ONDERZOEKSVERSLAG

FAILLISSEMENT PASANA

W.M. STURMS
J.C.M. SILVIUS

WERKZAAM BIJ DE HAAN ADVOCATEN & NOTARISSEN

DATUM: 11 DECEMBER 2018

Inhoud

1 ONDERZOEK 4

1.1. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 4
1.1.1. 2007 tot en met 2010: Financiële achteruitgang 4
1.1.2. 2011: Versnelling financiële achteruitgang na ondertoezichtstelling IGZ en sluiting cardiologie 5
1.1.3. 2009 tot maart 2012: Fusie 6
1.1.4. 2012: Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, een ambitieus plan 6
1.1.5. 2012: Jaar van de bestuurlijke fusie. 7
1.1.6. 2013: Omzetdaling en een nieuw plan. 8
1.1.7. Maart 2014: Nij Smellinghe verleent een continuïteitsgarantie. 9
1.1.8. De eerste helft van 2014 10
1.1.9. De tweede helft van 2014 11
1.1.10. Algemene conclusies 12
1.2. GEBRUIKTE WOORDEN EN AFKORTINGEN 15
1.3. INLEIDING 16
1.3.1. Doel, aanleiding en afbakening van het onderzoek 16
1.3.2. Onderzoek verantwoording 17
1.3.3. Het onderzoeksrapport 18
1.3.4. Vervolgstappen 19

2 JURIDISCHE STRUCTUUR 21

2.1 ALGEMEEN 21
2.2 STRUCTUUR VOOR EN NA DE BESTUURLIJKE FUSIE 22
2.3 SCHOONMAAK 23
2.4 TECHNIEK EN ONDERHOUD 23
2.5 THUISZORG 24

3 RAAD VAN BESTUUR 25

4 RAAD VAN TOEZICHT 27

5 ONTWIKKELING FINANCIËN PASANA 30

5.1. INLEIDING 30
5.2. FINANCIËLE SITUATIE BIJ DE START IN 2007 PER 31 DECEMBER 2006 31
5.3. ONTWIKKELING FINANCIËN EN RATIO'S 31 DECEMBER 2006 T/M 27 NOVEMBER 2014 32
5.4. ONTWIKKELING EIGEN VERMOGEN PER RECHTSPERSOON 33
5.5. ONTWIKKELING RESULTAAT DE SIONSBERG EN OUDERENZORG 34

6 PRODUCTIE EN MARKTAANDEEL DE SIONSBERG 35

6.1. ONTWIKKELING PRODUCTIE DE SIONSBERG 35
6.2. MARKTAANDEEL DE SIONSBERG 36

7 ONTWIKKELINGEN IN DE PERIODE 2007 T/M 2014 38

7.1. INLEIDING 38
7.2. 2007 TOT EN MET 2010: DE OPMAAT NAAR DE PROBLEMEN 38
7.3. ONTWIKKELINGEN VAN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG IN DE SIONSBERG VAN 1 JANUARI 2007 TOT EN MET MEDIO 2011 41
7.3.1. Kwaliteitscertificering 41
7.3.2. Diverse problemen tussen 2008 en 2011 42
7.4. ONDERTOEZICHTSTELLING IGZ 44
7.5. HET FUSIEPROCES TOT EN MET 2011 45
7.6. 2011: HET JAAR VAN DE ONDERTOEZICHTSTELLING 48
7.7. DECEMBER 2011 TOT OKTOBER 2012 BELEIDSPLAN HERPOSITIONERING DE SIONSBERG 51
7.7.1. KPMG Plexus fase 1: beschrijving van de bestaande situatie 51

7.7.2. KPMG Plexus fase 2: beoordeling ziekenhuis scenario's ... 52
7.7.3. Totstandkoming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg ... 53
7.7.4. KPMG Plexus fase 3: toetsing Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg ... 55
7.7.5. Koppeling bestuurlijke fusie aan Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg ... 57
7.7.6. Besluitvorming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg in de RvT ... 58
7.7.7. Implementatie van het beleidsplan, voorbereiding fusie en de financiën in 2012 tot de bestuurlijke fusie 59
7.7.8. Evaluatie besluitvorming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en implementatie 2012 daarvan tot de bestuurlijke fusie ... 63
7.8. De bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe ... 67
7.9. Maart 2013 t/m februari 2014: Plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis ... 71
7.9.1. Beoordeling plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis door EY ... 72
7.9.2. Besluitvorming plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis ... 73
7.9.3. Implementatie van het 7x24 / compact ziekenhuis en de financiën ... 74
7.9.4. Evaluatie besluitvorming 7x24 / compact ziekenhuis ... 75
7.10. Maart 2014: De vaststelling van de jaarrekening 2012 ... 78
7.10.1. Continuïteitsveronderstelling ... 78
7.10.2. Businesscase "een vooruitblik naar 2018" ... 79
7.10.3. Besluit continuïteitsgarantie ... 81
7.11. De eerste acht maanden van 2014 ... 81
7.12. Intermezzo 2014 ... 83
7.13. De laatste vier maanden van 2014 ... 84

8 FINANCIËLE ANALYSES ... 88

8.1. Financiële analyse De Sionsberg ... 88
8.1.1. Financiële ontwikkeling De Sionsberg 2008 t/m 2014 ... 88
8.1.2. Ontwikkeling bedrijfslasten De Sionsberg ten opzichte van de bedrijfsopbrengsten ... 91
8.2. Financiële ontwikkeling Ouderenzorg 2008 t/m 2014 ... 93
8.3. (Des)Investeringen ... 95
8.4. Financiering ... 97

9 BIJLAGEN ... 100

9.1. Bijlage 1 Commentaar van de geïnterviewden ... 100
9.2. Bijlage 2 Berekenwijze kentallen / ratio's ... 137
9.3. Bijlage 3 hypotheses eigen vermogen ... 138
9.4. Bijlage 4 Adviesrapport Fase 3 KPMG Plexus ... 139
9.5. Bijlage 5 Voorwaarden bestuurlijke fusie ... 151
9.6. Bijlage 6 Brief DFZ 29 maart 2012 ... 153
9.7. Bijlage 7 Rapportage Ernst & Young 21 augustus 2013 ... 157
9.8. Bijlage 8 Business case – vooruitblik 2018 ... 208
9.9. Bijlage 9 KPMG Rapport Project Friesland ... 227
9.10. Bijlage 10 Bronvermelding ... 270

1 Onderzoek

1.1. Samenvatting en conclusies

1.1.1. 2007 tot en met 2010: Financiële achteruitgang

Per 1 januari 2007 ontstaat de Stichting Zorgroep Pasana door een fusie van Talma Sionsberg (ziekenhuis De Sionsberg en de verpleeghuizen Waadwente en Talma Hûs) met de ouderenzorg instellingen De Stelp, Dongeradeel en Talma Hoeve. Pasana exploiteert een ziekenhuis, twee grote verpleeghuizen en verspreid over Noordoost-Friesland en het Waddeneiland Ameland zes verzorgingshuizen. Bij aanvang bedragen de bedrijfsopbrengsten ca. € 67 miljoen. De financiële positie is met een negatief werkkapitaal van -/- € 6 miljoen en een solvabiliteit van 12,1% ten opzichte van de benchmark zwak.

Vanaf de aanvang is sprake van liquiditeitskrapte, die mede wordt veroorzaakt doordat in de periode 2006-2008 voor een bedrag van ca. € 10 miljoen wordt geïnvesteerd in nieuwbouw. Deze investeringen zijn niet gedekt door externe financiering, maar worden voldaan uit het werkkapitaal. Bestuurlijk zijn er veel wisselingen.

In 2007 en 2008 lijdt Pasana aanzienlijke verliezen, met name in het ziekenhuis. Dit is aanleiding om in de tweede helft van 2008 een herstelprogramma in te zetten, gericht op kostenbeheersing. Ogenschijnlijk boekt Pasana hierdoor in 2009 een positief resultaat. In werkelijkheid wordt dit resultaat veroorzaakt door toename van de bedrijfsopbrengsten van € 3 miljoen, die het gevolg is van landelijke wijzigingen in de vergoedingensystematiek. Ondanks de geplande bezuinigingen stijgen de kosten.

In september 2010 wordt het duidelijk dat de tekorten blijven oplopen. Er wordt een actielijst opgesteld, die Pasana weer in de zwarte cijfers moet brengen. Deze inspanningen blijken onvoldoende. In 2010 stijgen de bedrijfslasten van het ziekenhuis met 9,2%, terwijl de opbrengsten maar 3,5% stijgen. Dit heeft andermaal een verlies tot gevolg. Voor de Ouderenzorg ziet het er beter uit. Dit onderdeel maakt vanaf 2008 onverminderd winst en levert daarmee een positieve bijdrage aan de vermogenspositie van Pasana. In 2010 wordt een langlopende financiering aangetrokken voor de in 2008 gerealiseerde nieuwbouw. De financiering bedraagt € 3,5 miljoen en is daarmee aanmerkelijk lager dan het geïnvesteerde bedrag. Het eigen vermogen van De Sionsberg daalt in deze periode van € 3 miljoen tot -/- € 64.000,-. Het eigen vermogen van de Ouderenzorg stijgt van € 2,4 miljoen naar € 4,8 miljoen.

Samenvattend 2007 tot en met 2010:

Conclusies:

1. *Pasana is in de periode van 2007 tot en met 2010 niet in staat om de kosten van het ziekenhuis beheersbaar te maken;*
2. *er is geïnvesteerd in nieuwbouw van het ziekenhuis, zonder te voorzien in een passende financiering. Door de bouw van De Hoed en de daaraan gerelateerde investeringen te financieren met eigen middelen is de financiële positie van De Sionsberg in de periode tussen 2006 en 2008 ernstig ondermijnd;*
3. *herstelplannen worden niet adequaat doorgezet. De verslagen van de RvT roepen het beeld op dat de bewaking en de beheersing van de bedrijfskosten niet op orde is en dat de RvT en RvB hier onvoldoende op acteren;*
4. *de resultaten over deze periode zijn niet toereikend om de gewenste solvabiliteitsverbetering te verkrijgen;*
5. *het werkkapitaal is gedurende deze periode voortdurend afgenomen en herstelt zich eind 2010 enkel vanwege het aantrekken van een langlopende financiering;*
6. *per saldo verbetert de financiële situatie in de periode tussen 2007 en 2010 niet, terwijl dit vanwege de veranderingen in de markt en de toenemende risico's wel noodzakelijk is;*

7. *het valt op dat er in de verslagen van de RvB en de RvT weinig tot geen aandacht is voor het bedrijfsmatig functioneren van het ziekenhuis, waaronder de medische staf. De noodzaak om met elkaar samen te werken wordt niet ervaren, ondanks de beperkte omvang van De Sionsberg;*
8. *het blijkt niet dat de RvB en de RvT kritisch zijn op hun eigen functioneren;*
9. *er wordt niet fundamenteel geïnvesteerd. Daarvoor ontbreekt de financiële ruimte. Daarmee is er feitelijk sprake van een algehele verslechtering van de uitgangspositie;*
10. *de kwaliteitsorganisatie en de kwaliteitscertificering van het ziekenhuis zijn niet op orde, medio 2010 zijn stappenplannen opgesteld voor de verbetering van verloskunde, AZA (Acute Zorg Afdeling) en MSO;*
11. *het rommelt al jaren op diverse plaatsen bij de medisch specialisten;*
12. *de Ouderenzorg maakt in tegenstelling tot het ziekenhuis structureel winst en levert daarmee een positieve bijdrage aan de vermogensontwikkeling, met de kanttekening dat het vermogen niet wordt geïnvesteerd in de zorg.*

1.1.2. 2011: Versnelling financiële achteruitgang na ondertoezichtstelling IGZ en sluiting cardiologie

Vanaf de aanvang van Pasana spelen er problemen bij de cardiologen. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg weigert in 2008 accreditatie (certificering) van De Sionsberg als geheel omdat er geen verbetercultuur is, de processen niet zijn geborgd en een planning en control cyclus ontbreekt. RvT en RvB zijn niet bij machte om deze processen beheersbaar te maken. De RvT houdt geen toezicht op verbeteringsprocessen.

Voor Pasana besluit IGZ op 27 mei 2011 als donderslag bij heldere hemel De Sionsberg onder verscherpt toezicht te stellen en wordt de klinische cardiologie op last van IGZ gesloten. De kwaliteitsorganisatie van de cardiologie en de SEH zijn niet op orde[1]. Pas in januari 2012, na de oplevering van een vernieuwd zorgbeleidsplan, heft IGZ het verscherpt toezicht op. De klinische cardiologie blijft gesloten.

Door sluiting van de klinische cardiologie en problemen op de SEH daalt het aantal verpleegdagen in het ziekenhuis met ca. 35%. Daarmee dalen de opbrengsten, terwijl de vaste kosten gelijk blijven. De variabele kosten daarentegen stijgen, omdat Pasana tal van maatregelen moet nemen om een nieuw zorgbeleidsplan op te stellen. Het terugdringen van de bedrijfslasten heeft in 2011 geen prioriteit.

DFZ en IGZ eisen, alvorens het verscherpt toezicht kan worden opgeheven, dat er een financieel haalbaar zorgbeleidsplan tot stand komt. Eind december 2011 is dit plan nog steeds niet gereed. Nadat DFZ, IGZ en het personeel de druk opvoeren wordt de bestuurder van Nij Smellinghe, de heer Meijer, belast met de opstelling van dit plan. Fusie met Nij Smellinghe wordt onderdeel van het plan. Het plan wordt in januari 2012 opgesteld en door de RvT op 2 februari 2012 vastgesteld als het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. Gelijktijdig heft IGZ het verscherpt toezicht op.

Het ziekenhuis sluit 2011 af met een verlies van € 5,3 miljoen. Het eigen vermogen daalt naar -/- € 5,4 miljoen. De Ouderenzorg maakt een winst van € 0,8 miljoen en eindigt met een eigen vermogen van € 5,6 miljoen. Het maatschappelijk jaarverslag 2011 meldt dat het voortbestaan van De Sionsberg afhankelijk is van de Ouderenzorg.

Conclusies:

1. *bestuur en toezichthouders hebben onvoldoende aandacht gehad voor de kwaliteitsorganisatie, dit heeft geleid tot een langdurige periode van verscherpt toezicht door IGZ;*
2. *bestuur en toezichthouders waren slechts met hulp van buitenaf en onder druk van DFZ, IGZ en personeel in staat een aanvaardbaar zorgbeleidsplan op te leveren;*

[1] Daarmee is niet gezegd dat de kwaliteit van de zorg beneden de maat is.

3. *in 2011 zijn bestuur en toezichthouders niet geslaagd in het structureel terugdringen van kosten, terwijl de afname van de productie daar alle aanleiding voor gaf;*
4. *eind 2011 was De Sionsberg met een negatief eigen vermogen van € 5,4 miljoen technisch failliet.*

1.1.3. 2009 tot maart 2012: Fusie

In 2009 groeit het besef dat het ziekenhuis te klein is om zelfstandig te overleven. Er vinden oriënterende gesprekken plaats met Nij Smellinghe en MCL. In december 2009 stelt de RvT een strategisch plan op. Men vraagt advies aan PwC. In 2010 concludeert PwC dat fusie noodzakelijk is vanwege de positionering van het ziekenhuis en omdat ingrijpende investeringen nodig zijn in materiele zaken en kwaliteit. Er vindt een afweging plaats tussen mogelijke kandidaten. Men kiest voor Nij Smellinghe. Begin 2011 nemen de contacten een serieuze vorm aan.

In dit traject ontstaan spanningen. Pasana acht zich, gerekend naar omzet en personeelsomvang, gelijkwaardig aan Nij Smellinghe. Nij Smellinghe ziet dat anders. Het ziekenhuis heeft tweeëneenhalf keer de omzet van De Sionsberg en heeft, als destijds rijkste ziekenhuis van Nederland, een zeer sterke vermogenspositie. Nij Smellinghe wil een eenhoofdige RvB, Pasana wil ook een plaats voor haar bestuurder in de RvB.

Het verscherpt toezicht van IGZ verzwakt de onderhandelingspositie van Pasana.

Deze spanningen leiden er toe dat Pasana op 3 augustus 2011 besluit de fusiebesprekingen voor in elk geval een half jaar on hold te zetten. Pasana wil de tijd gebruiken om intern zaken op orde te brengen en de strategische positie goed te bepalen.

Pas op 2 januari 2012 vindt er een bespreking plaats in de RvT over voortzetting van het fusietraject. Opvallend is dat de RvT alle opties wil openhouden (mogelijke samenwerking met UMCG, MCL en Nij Smellinghe en behoud autonomie voor de Ouderenzorg) en niet in staat is om een keuze te maken.

In januari 2012 wordt onder leiding van de heer Meijer het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg opgesteld. Kritische succesfactor voor het slagen van het beleidsplan is fusie met Nij Smellinghe.

Vervolgens stelt de RvT op 2 februari 2012 het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg vast en besluit bestuurlijk te willen fuseren met Nij Smellinghe. Uit de interviews met de toezichthouders blijkt dat men de voorgenomen fusie met Nij Smellinghe als een grote opluchting heeft ervaren.

Conclusies:

1. *Pasana weet dat fusie noodzakelijk is om te overleven;*
2. *gedreven door sentiment is er in het traject met Nij Smellinghe ruim een jaar verloren gegaan;*
3. *in dat jaar zijn de verliezen fors opgelopen. De Sionsberg was eind 2011 technisch failliet;*
4. *de RvT heeft geen principiële keuze voor Nij Smellinghe gemaakt;*
5. *het samengaan van Pasana en Nij Smellinghe is door de omstandigheden bepaald;*
6. *de RvT ervaart de fusie als een oplossing voor alle problemen.*

1.1.4. 2012: Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, een ambitieus plan

In 2011 geven DFZ en Pasana opdracht aan KPMG Plexus advies uit te brengen over reorganisatie en het opstellen van een zorgbeleidsplan. KPMG Plexus over de aangetroffen situatie:

- het niet ingrijpen in de productportfolio heeft geleid tot substantiële verliezen in het ziekenhuis;
- veel specialismen zijn sterk verlieslatend;
- de infrastructuur is sterk verouderd, situatie bij de OK's is acuut;

- lage productieaantallen maken het onmogelijk om op alle gebieden kwalitatief hoogstaande zorg te leveren;
- zonder derde partij is het niet mogelijk de noodzakelijke transitie te financieren.

Vervolgens weegt KPMG Plexus een aantal scenario's. DFZ brengt het scenario "Anderhalve lijncentrum" in. Uit berekeningen van KPMG Plexus blijkt dit kwalitatief en financieel het meest wenselijke scenario. Pasana zal evenwel kiezen voor de variant ziekenhuis met HAP+, met klinische cardiologie en zonder acute zorgfunctie en geboortezorg. Een variant die grote overeenkomst heeft met de bestaande situatie. KPMG Plexus acht dit scenario financieel ongewenst.

Pasana wil niet diep in de productportfolio snijden. Een objectieve afweging wordt niet gemaakt. Uit de interviews met toezichthouders worden werkgelegenheid, maatschappelijke/externe druk en fusie belangen (vergroting marktaandeel) als argumenten genoemd.

De heer Meijer werkt dit scenario in januari 2012 uit in het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. Een plan waarin de verliezen, in 2011 opgelopen tot € 5,3 miljoen, reeds in 2012 worden omgebogen naar een winst van € 3,2 miljoen. De salariskosten gaan in twee jaar met 40% terug. De cardiologie, aanleiding voor de ondertoezichtstelling, gaat weer open met een verwacht resultaat van € 1,2 miljoen per jaar (in 2010 bedroeg het verlies nog € 1,7 miljoen). Afvloeiingskosten worden betaald uit het resultaat van 2012. Noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van het plan is fusie met Nij Smellinghe en integratie van de medisch staven van Nij Smellinghe en De Sionsberg.

In de toetsing van dit plan stelt KPMG Plexus dat de overgang van 2011 naar 2013 erg groot is. De businesscase is ambitieus. Uit de interviews met de toezichthouders komt het beeld naar voren dat men geen zelfstandig oordeel heeft over het beleidsplan. Er is vertrouwen in de heer Meijer, de opsteller van het plan. Het KPMG Plexus rapport wordt positief uitgelegd en de in het rapport gestelde randvoorwaarden spelen in de besluitvorming geen rol.

Door het opheffen van de ondertoezichtstelling en het maken van financierings- en inkoopafspraken geven IGZ en DFZ hun akkoord aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg.

Conclusies:

1. *Pasana kiest voor instandhouding van een zo groot mogelijk aantal ziekenhuisvoorzieningen;*
2. *Pasana maakt geen objectieve afweging van de financiële haalbaarheid en verschuilt zich achter het oordeel van KPMG Plexus en de heer Meijer;*
3. *RvB, RvT, DFZ en IGZ wegen onvoldoende de door KPMG Plexus benoemde randvoorwaarden en risico's en kunnen op voorhand weten dat er voor 2012 een weinig realistisch scenario werd ingezet.*

1.1.5. 2012: Jaar van de bestuurlijke fusie.

De heer Wagenaar start op 1 maart 2012 als interim bestuurder. Hij zal aanblijven tot de bestuurlijke fusie. Zijn taken bestaan uit het besturen van Pasana, uitvoeren van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en het implementeren van de voorgenomen bestuurlijke fusie.

Op 5 maart 2012 tekenen Pasana en Nij Smellinghe het voorwaardelijk besluit tot bestuurlijke fusie. In het besluit worden voorwaarden aan DFZ gesteld, waarmee men beoogt een aantal financiële risico's naar DFZ te verleggen. Op basis van de beschikbare stukken concluderen curatoren dat DFZ op dat moment niet of zeer beperkt op deze voorwaarden in gaat:

- DFZ wil de beschikbaarheidsbijdrage 2013 niet voorschieten, omdat het voorschot al riant is en stelt zich evenmin garant voor overschrijding van de transitiekosten;
- DFZ zegt geen compensatie toe voor het open houden van de verlieslatende geboortezorg, omdat dit behoort tot het bedrijfsrisico van De Sionsberg;

- DFZ werkt alleen mee aan de heropening van de klinische cardiologie als Pasana voldoet aan de eisen van IGZ en NVvC.

Uit de verslagen van de RvT uit de periode tussen maart en oktober 2012 en de gehouden interviews blijkt niet dat de RvT zich actief bezighoudt met de implementatie van de reorganisatie. Met name uit de interviews blijkt dat de focus van de RvT zich richt op de bestuurlijke fusie . Tempo en sturing van de reorganisatie zijn daar ondergeschikt aan geworden. De RvB spant zich in deze periode wel in om het reorganisatieplan te implementeren. In deze periode moet de RvB zich evenwel ook bezig houden met de afronding van de voorgenomen bestuurlijke fusie.

In opdracht van Nij Smellinghe stelt KPMG een due diligence rapport op. Het rapport geeft in essentie aan dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg financieel niet is onderbouwd. KPMG verwacht forse verliezen voor de komende jaren.

De uitkomsten van het due diligence rapport, de opstelling van DFZ en het feit dat nog geen wezenlijke voortgang wordt geboekt met de reorganisatie weerhouden Nij Smellinghe niet de bestuurlijke fusie voort te zetten. Voor Nij Smellinghe telt vooral versterking van de adherentie/marktpositie als antwoord op het plan Friesland Voorop (meer ziekenhuisconcentratie), vergroting van het aantal handelingen om te kunnen voldoen aan kwaliteitseisen, ouderenzorg als aanvulling op het ziekenhuis en de maatschappelijke inzet van het grote eigen vermogen van Nij Smellinghe. Ter financiering van de fusie neemt Nij Smellinghe in 2011 een voorziening op van € 10 miljoen.

De bestuurlijke fusie wordt geformaliseerd op 3 oktober 2012. De bestuurlijke fusie houdt kort samengevat in dat Nij Smellinghe en Pasana onder één RvB en één RvT verder gaan, met als doel om op termijn juridisch te fuseren. Kort na aanvang constateert de heer Littooij, de eerste bestuurder van de nieuwe organisatie, dat de personeelsreductie minder ver was doorgevoerd dan verwacht. 2012 eindigt voor De Sionsberg met een verlies van € 9,9 miljoen. De klinische cardiologie wordt niet heropend. De Ouderenzorg sluit 2012 af met een positief resultaat van € 1,7 miljoen (een verdubbeling van het resultaat van 2011).

De medische staven van De Sionsberg en Nij Smellinghe maken in 2012 een voorzichtig begin met kennismaking en oriëntatie. Uitzonderingen daargelaten is er geen sprake van samenwerking. Op integratie van de staven heeft geen sturing of toezicht plaatsgevonden.

Conclusies:

1. *voor de uitvoering van de reorganisatie is 2012 grotendeels een verloren jaar;*
2. *dat is mede de reden dat er voor het tweede jaar op rij een megaverlies wordt geleden;*
3. *de bestuurlijke fusie brengt twee belangen bij elkaar: het belang van Pasana om een faillissement te voorkomen en het belang van Nij Smellinghe om haar markt te vergroten;*
4. *bekendheid met de slechte financiële prestaties van Pasana en de sombere toekomstverwachtingen zijn voor Nij Smellinghe geen reden van haar fusievoornemen af te zien;*
5. *van integratie van de medische staven is geen sprake.*

1.1.6. 2013: Omzetdaling en een nieuw plan.

Eind 2012 komt uit onderzoek van DFZ naar voren dat De Sionsberg veel zinloze zorg, zogenaamde “pamperzorg” levert. De heer Littooij schrikt hier van, concludeert dat het klopt en dat DFZ dit terecht niet meer wil vergoeden. Dit verklaart een grote omzetdaling in 2013.

Vanwege de financiële problemen *(door het niet adequaat uitvoeren van de reorganisatie)* en de terugloop van patiënten aantallen en omzet besluit de RvT in maart 2013 te stoppen met de uitvoering van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. De RvB gaat een nieuw reorganisatieplan uitwerken.

De RvB stelt drie scenario's op. Het "7x24 compact ziekenhuis" met 52 bedden, het "Weekziekenhuis" met 52 bedden en het "Dagziekenhuis" met 10 bedden. RvB en RvT kiezen voor verdere uitwerking van het 7x24 ziekenhuis.

Men acht de alternatieven, het Weekziekenhuis en het Dagziekenhuis, financieel en politiek niet haalbaar. Het 7x24 ziekenhuis is een compactere invulling van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. In de opgestelde businesscase daalt het eigen vermogen van De Sionsberg naar -/- € 29,5 miljoen in 2019.

De RvT vraagt EY de businesscase te beoordelen. Door gebrekkige informatie kan EY daar maar beperkt invulling aan geven. EY doet daarom geen uitspraak over de haalbaarheid. EY benoemt in haar rapportage een groot aantal onzekerheden en adviseert gedetailleerdere uitwerkingen.

De RvB en RvT zijn niet tevreden met de afstand die EY houdt. De RvB houdt vast aan het 7x24 ziekenhuis. De RvT stemt daar mee in. Onderdeel van het plan is een verbouwing van De Sionsberg voor € 4,6 miljoen. Evenals in 2012 worden alternatieve scenario's onvoldoende uitgewerkt en in de afweging mee genomen. Er is sprake van een "politiek" besluit. De interviews geven het beeld dat het vanwege de werkgelegenheid en het maatschappelijk draagvlak niet haalbaar is de verpleegkliniek te sluiten. Het 7x24 ziekenhuis is op dat moment bestuurlijk een noodzakelijke tussenstap.

De integratie van de medische staven is in 2013 niet gerealiseerd. In tegendeel, het wordt steeds duidelijker dat integratie niet van de grond komt. De RvB is niet bij machte dit proces om te buigen. Voor de RvT is het geen onderwerp, dat structureel en zichtbaar op de agenda staat.

2013 eindigt voor De Sionsberg met een verlies van € 9,2 miljoen en ruim € 5 miljoen minder omzet. De bedrijfskosten van De Sionsberg zijn niet gedaald. Het eigen vermogen van De Sionsberg daalt naar - /- € 21 miljoen. De Ouderenzorg sluit 2013 af met een winst van € 1,6 miljoen en verhoogt haar eigen vermogen naar € 7,8 miljoen.

Conclusies:

1. *de financiële positie van De Sionsberg blijft in 2013 onverminderd zorgelijk;*
2. *de bedrijfskosten van De Sionsberg zijn niet onder controle;*
3. *terwijl de ene reorganisatie nog niet is afgerond wordt de volgende in gang gezet;*
4. *door EY gesignaleerde tekortkomingen en risico's worden genegeerd;*
5. *de besluitvorming over de positionering van De Sionsberg is vooral politiek gedreven, gebaseerd op de wens om de werkgelegenheid in stand te laten en de publieke weerstand tegen sluiting van het ziekenhuis.*

1.1.7. Maart 2014: Nij Smellinghe verleent een continuïteitsgarantie.

De geconsolideerde jaarrekening 2012 vertoont een negatief eigen vermogen van € 5 miljoen en een voortdurende liquiditeitskrapte. Er is dan ook reden te twijfelen aan de continuïteitsveronderstelling van Pasana. Voor KPMG, de controlerend accountant, geeft dit aanleiding tot aanvullende eisen. De accountant wil waivers van de financierende banken, een continuïteitsgarantie van Nij Smellinghe en een businesscase, waaruit blijkt dat de kasstromen aansluiten bij de garantie. Alleen dan kan de accountant een goedkeurende controleverklaring verlenen. Dit probleem is mede aanleiding twee maal uitstel te vragen voor het indienen van de jaarrekening. Het laatste uitstel loopt op 1 april 2014 af.

De RvT keurt op 19 maart 2014 het voorgenomen besluit van de RvB goed, waarin Nij Smellinghe een continuïteitsgarantie verleent:

> *".. aan Zorggroep Pasana een maximale continuïteitsgarantie af te geven van € 40 miljoen, die is opgebouwd uit € 15 miljoen lening Zorggroep Pasana, € 20 miljoen investeringen in de Pasana Ouderenzorg en € 5 miljoen marge/onzekerheid die nodig is om u in staat te stellen uw bedrijfsactiviteiten duurzaam voort te zetten en aan al uw verplichtingen te voldoen gedurende ten minste de komende twaalf maanden zoals blijkt uit de businesscase Pasana".*

De businesscase voorspelt voor de jaren tot en met 2018 voor De Sionsberg verliezen tussen de € 4,9 en € 5,8 miljoen per jaar. Voor de Ouderenzorg worden winsten voorspeld, die in 2015 oplopen tot € 4,6 miljoen. Op basis van deze voorspellingen blijft het tekort in het werkkapitaal beperkt tot € 15 miljoen, welk bedrag door de garantie is gedekt. De banken verlenen de waiver.

Een en ander vormt de basis voor de goedkeurende verklaring van de accountant, waarna de jaarrekening 2012 wordt vastgesteld.

Wel stelt de RvT dat de businesscase grote zorgen geeft en aandacht vraagt, zodanig dat de komende maanden diverse vervolgscenario's moeten worden uitgewerkt. Voorts stelt de RvT dat met deze informatie binnenkort kan worden besloten over te gaan tot een juridische fusie.

Conclusies:

1. *met het afgeven van de continuïteitsgarantie geeft Nij Smellinghe aan door te willen gaan met Pasana;*
2. *consolidatie van de resultaten in ziekenhuis en Ouderenzorg is de enige manier om voldoende werkkapitaal te behouden;*
3. *bestuurlijk wordt een winsttoename in de Ouderenzorg verwacht, die oploopt tot 10-15% van de omzet, terwijl de benchmark van de ouderenzorg een marge aangeeft van 2-3%.*

1.1.8. De eerste helft van 2014

Op 1 februari 2014 vindt in Dokkum de feestelijke opening plaats van het compact ziekenhuis, de invulling van het 7x24 ziekenhuis. De poliklinieken zijn verbouwd en opnieuw ingericht. Alles oogt fris en nieuw. Dit betekent evenwel niet dat de problemen van De Sionsberg daarmee verleden tijd zijn.

Bezorgdheid over de businesscase, die ten grondslag ligt aan de jaarrekening 2012, de resultaten van 2013 en een geprognotiseerd verlies in de begroting 2014 zijn aanleiding een plan B te ontwikkelen. Plan B behelst het sluiten van de klinische zorg in Dokkum en het transformeren van De Sionsberg naar een polikliniek plus/anderhalvelijnscentrum. De RvB vraagt de medische staf van De Sionsberg om input voor dit plan.

Pasana en DFZ geven gezamenlijk opdracht aan KPMG om de contouren te schetsen voor afschaling van De Sionsberg.

DFZ stelt in een brief van 27 juni 2014 over het gewenste profiel van De Sionsberg dat substitutie van zorg naar de eerste lijn, integrale zorg voor chronische patiënten en ouderen alsmede sluiting van de klinische zorg centraal moeten staan.

In het tweede kwartaal van 2014 geeft de heer Littooij aan dat hij per 1 oktober 2014 ontslag neemt als voorzitter van de RvB. De RvT begint een werving voor een interim bestuurder, die als taakopdracht krijgt de medische staven succesvol te integreren en de juridische fusie te realiseren.

Conclusies:

1. *uit het onderzoek blijkt niet dat RvB en RvT het 7x24 ziekenhuis evalueren of bijsturen. Onder invloed van de omstandigheden van het moment besluiten RvB en RvT een nieuw plan te ontwikkelen. Het oude plan lijkt hiermee op voorhand achterhaald;*
2. *het afgeven van de continuïteitsgarantie in maart 2014 en de formulering van de taakopdracht aan de interim bestuurder wijzen er op dat Nij Smellinghe de bestuurlijke fusie op korte termijn wil omvormen tot een juridische fusie.*

1.1.9. De tweede helft van 2014

Uit een selectie van drie personen kiest de RvT de heer Hoefsmit als plaatsvervanger van de heer Littooij. De heer Hoefsmit treedt op 1 oktober 2014 aan als interim-bestuurder van de Combinatieholding. Hij is enkele weken daarvoor al gestart. De heer Hoefsmit aanvaardt de taakopdracht van de RvT niet zonder meer. Hij wil eerst de stand van zaken kennen en een plan van aanpak maken.

In het interview met de heer Hoefsmit schetst hij de stand van zaken zoals hij die aantreft. Hij stelt dat de vorige bestuurder de organisatie op een cruciaal moment verlaat. Er is een discussie over de toekomst van De Sionsberg en er zijn conflicten tussen de medische staven. De politiek heeft het voornemen de beschikbaarheidsbijdrage af te schaffen. Het ziekenhuis in Dokkum is technisch failliet en hij ziet geen maatschappelijke noodzaak om het ziekenhuis in Dokkum open te houden. Hij stelt dat het open houden van De Sionsberg als ziekenhuis onaanvaardbaar is, omdat Nij Smellinghe daar nog jaren geld naar toe moet brengen.

Hij plaatst ook vraagtekens bij de bestuurlijke fusie van 2012. Volgens hem is er vanaf het begin sprake van een hopeloze situatie, waarin iedereen doormoddert en hij verbaast zich dat er in De Sionsberg in 2013 zo veel is geïnvesteerd. Van integratie van de medische staven is weinig terecht gekomen.

De heer Hoefsmit erkent dat er veel maatschappelijke druk is om De Sionsberg open te houden, maar in een ronde langs diverse stakeholders blijkt dat niemand bereid is om geld in De Sionsberg te steken.

In de tweede helft van 2014 wordt discussie gevoerd met DFZ over de bereidheid om voor 2015 te contracteren. DFZ wil een duidelijk profiel en financiële houdbaarheid. Pas dan kan worden gecontracteerd.

In oktober 2014 verschijnt het eerste concept van KPMG. Daarin is een visie ontwikkeld voor de transitie naar een anderhalvelijnscentrum in Dokkum. De kosten van sanering van De Sionsberg worden door KPMG geraamd op ruim € 23 miljoen. Aanvullend zullen er in de Ouderenzorg nog aanzienlijke investeringen moeten plaatsvinden.

De heer Hofenk van DFZ stelt:

> *"Het was DFZ duidelijk dat reorganisatie aanzienlijke kosten met zich mee zou brengen voor reductie van personeel en versnelde afschrijving. Daarover is ook met betrokkenen gesproken. De discussie is evenwel nooit volledig gevoerd, omdat de betrokkenen bleven steken in een impasse over de principiële keuzes die moesten worden gemaakt. DFZ heeft in de tweede helft van 2014 duidelijk gemaakt dat bij de contractering de (financiële) houdbaarheid doorslaggevend is. Er is evenwel niet geweigerd om te contracteren, omdat de discussie uiteindelijk ingehaald is door de aanvraag van het faillissement. DFZ is niet aan de contractering over 2015 toegekomen, omdat het profiel van de Sionsberg nooit helder is geworden".*

Volgens de heer Hoefsmit is de belangrijkste oorzaak om het faillissement aan te vragen het feit dat DFZ niet meer met De Sionsberg wil contracteren. Dit is in tegenspraak met de hiervoor aangehaalde uitlating van de heer Hofenk. Wellicht dienen de uitlatingen van de heer Hofenk en de heer Hoefsmit aldus te worden geïnterpreteerd dat in oktober 2014 duidelijk wordt dat De Sionsberg niet kan voldoen aan de randvoorwaarden die DFZ bij contractering stelt, met name een duidelijk zorgprofiel en financiële houdbaarheid. Wat daar ook van zij, het rapport van KPMG maakt wel pijnlijk duidelijk dat een transitie van ziekenhuis naar anderhalvelijnscentrum zodanig kostbaar is, dat het daardoor niet haalbaar is.

Op 18 november 2014 vergaderen RvT en RvB over een faillissementsaanvraag van Pasana. Het blijkt dat de heer Hoefsmit onbekend is met de in maart 2014 door Nij Smellinghe aan Pasana afgegeven continuïteitsgarantie. Er wordt op dat moment nog niet besloten in te stemmen met een faillissements-aanvraag.

Op 21 november 2014 doet de heer Hoefsmit verslag van de stand van zaken aan de financierende banken. Daarin meldt hij ondermeer dat Nij Smellinghe afziet van een juridische fusie. Dit is voor ING Bank reden om het betaalverkeer over de rekeningen van Pasana per direct op te schorten. Op 25 november 2014 volgt Rabobank met een zelfde besluit. Deze situatie is aanleiding om de RvT op 25 november 2014 bijeen te roepen. De RvT gaat unaniem akkoord met het voorstel het faillissement van Pasana aan te vragen. In de dagen vóór 28 november 2014 voeren alle betrokken instanties, zoals DFZ, NZa en IGZ, overleg met de RvB. Dit overleg resulteert in een gecontroleerde sluiting van de kliniek van De Sionsberg en het beëindigen van behandelprogramma's ter waarborging van de patiëntveiligheid. Ten behoeve van de continuïteit van zorg in de Ouderenzorg wordt voorgesorteerd op de oprichting van een ten dienste van de curatoren op te richten vangnetstichting[2].

Conclusies:

1. *in de eerste helft van 2014 leek een juridische fusie de enige denkbare weg;*
2. *deze route is in de tweede helft verlaten. De bestuurswisseling is bepalend geweest voor de faillietverklaring van Pasana;*
3. *de heer Hoefsmit heeft kort na diens aantreden reeds gestuurd op een faillissementsaanvraag voor De Sionsberg. Opvallend is dat hij zich tien dagen vóór de faillissementsdatum niet bewust is geweest van de door Nij Smellinghe aan Pasana verstrekte continuïteitsgarantie;*
4. *de directe aanleiding voor het aanvragen van het faillissement van Pasana is het besluit van de banken om creditgelden te blokkeren, als gevolg waarvan Pasana niet meer over liquiditeit beschikte;*
5. *de RvB heeft samen met DFZ met de oprichting van de vangnetstichting, gegeven de omstandigheden, een adequate voorziening getroffen ten behoeve van de curatoren, waarmee de exploitatie en de continuïteit van zorg in de Ouderenzorg is geborgd.*

1.1.10. Algemene conclusies

Onder de hoofdstukken 1.1.1 tot en met 1.1.9 hebben curatoren conclusies opgenomen, die betrekking hebben op deze specifieke hoofdstukken. In dit onderdeel worden algemene conclusies opgenomen. Overigens zijn curatoren zich bewust dat uit het onderzoek naast de hieronder weergegeven conclusies nog meer en andere conclusies kunnen worden getrokken.

Ten aanzien van De Sionsberg:

a. *vanaf 1 januari 2007 zijn alle boekjaren verliesgevend, op één jaar na;*
b. *vanaf 2008 volgen reorganisaties elkaar op, waarbij de planvorming veel tijd en geld kost;*
c. *geen enkel reorganisatieplan is volledig uitgevoerd;*
d. *zonder de financiële ondersteuning van de Ouderenzorg zou De Sionsberg al in 2011 zijn gefailleerd.*

Ten aanzien van de Ouderenzorg:

e. *hoewel de Ouderenzorg zowel in personeelsomvang als in omzet het ziekenhuis aanzienlijk overtreft, overheerst de ziekenhuisproblematiek in hoge mate de beleidsagenda en het bestuurlijk handelen;*
f. *de Ouderenzorg levert jarenlang een grote financiële bijdrage aan de instandhouding van De Sionsberg doordat haar resultaten jaarlijks aangewend worden om de tekorten van het ziekenhuis op te vangen;*

[2] De vangnetstichting fungeert na de faillietverklaring van Pasana Care als ondersteuning voor de curatoren om de Ouderenzorg te continueren. Het bestuur van de vangnetstichting voorziet onder leiding van de curatoren in het dagelijkse management. Daarnaast stelt de vangnetstichting, gesteund door DFZ, zich financieel borg voor alle kosten van de exploitatie van de Ouderenzorg. Van deze borgstelling hebben curatoren geen gebruik hoeven maken. In de afwikkeling van het faillissement hebben de curatoren en DFZ nader afgesproken de kosten van de vangnetstichting bij helfte te delen tussen de boedel van Pasana Care en DFZ.

g. *dit beleid is niet eeuwig vol te houden omdat er een forse investeringsachterstand ontstaat in de Ouderenzorg, met name in kwaliteitsbevordering van het personeel alsmede in verbouw en nieuwbouw van vastgoed;*
h. *desalniettemin blijft de Ouderenzorg, mede door de inzet van het personeel, een vitale organisatie met toekomstperspectief;*
i. *het faillissement van de Ouderenzorg is een rechtstreeks gevolg van de verwevenheid met het ziekenhuis.*

Ten aanzien van het bestuur [3] en toezicht over Pasana:

j. *de RvB is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Pasana heeft vanaf 1 januari 2007 in acht jaar achtereenvolgend zeven bestuurders. Daarmee is een continuïteitsrisico een gegeven, dat zich onder meer manifesteert in het niet volledig uitvoeren van opeenvolgende reorganisatieplannen. Met uitzondering van de laatste bestuurder (ad interim) heeft geen der bestuurders een zichtbaar stempel op de organisatie kunnen drukken;*
k. *de RvT heeft tot taak toezicht te houden op het bestuur en op de algemene gang van zaken van de zorgorganisatie. Curatoren kunnen uit de beschikbare informatie en interviews niet opmaken dat:*
   - de RvT stelselmatig de beleidsvorming toetst aan de hand van risico's;
   - de RvT stelselmatig de beleidsuitvoering toetst aan de hand van prestatie indicatoren en succesfactoren;
   - de RvT werkt met een PDCA-cyclus of vergelijkbare methode, dit manifesteert zich onder meer bij het Herstelplan uit 2008, het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg uit 2012 en het 7x24 ziekenhuis uit 2013[4].
l. *de conclusie van de toenmalig minister van VWS, mevrouw drs. E.I. Schippers, op pagina 7 van haar brief d.d. 8 maart 2016 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende de evaluatie van de faillissementen van het Ruwaard van Putten en De Sionsberg[5], dat de RvT de koers van de RvB onvoldoende heeft kunnen corrigeren en dat de RvT op te grote afstand stond komt niet in alle opzichten overeen met het beeld, dat de curatoren in hun onderzoek hebben gekregen. De curatoren hebben de indruk dat de RvT dicht op het beleid zit en een grote mate van betrokkenheid heeft. Overigens betekent dit niet dat de curatoren een hoogstaande kwaliteit toedichten aan de wijze van raadgeven en toezichthouden door de RvT, hetgeen ook wel blijkt uit de in deze paragraaf getrokken conclusies;*
m. *het is een gemiste kans dat de RvT begin 2012 geen directeur verandermanagement aanstelt ter uitvoering van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg voor een periode van één tot anderhalf jaar naast de nieuwe bestuurder van de fusieorganisatie. Deze functionaris had borg kunnen staan voor een strakke aansturing van de uitvoering van de beleidsvoornemens en de integratie van de medische staven. Deze conclusie is mede gebaseerd op het feit dat de heer Littooij in de functie, die hij vóór zijn aantreden als bestuurder bij Nij Smellinghe/de Combinatieholding had, geen eindverantwoordelijke functie heeft vervuld en geen aantoonbare ervaring had met crisissituaties;*
n. *bestuurders en Toezichthouders laten veel tijd verloren gaan in de voorbereiding, besluitvorming en uitvoering van reorganisaties en fusieplannen, waardoor de organisatie constant achter de feiten aanloopt. Dit heeft een grote financiële impact gehad. Zie hiervoor met name de hoofdstukken 7.5 en 7.8 voor het fusieproces, hoofdstuk 7.7 voor het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en hoofdstuk 7.9 voor het 7x24 ziekenhuis;*

---

[3] Curatoren merken in dit verband op dat zij de bestuurders uit de periode tussen 1 januari 2007 en 1 maart 2012 niet hebben gehoord. Bij hen is derhalve geen hoor en wederhoor toegepast – zie in dit verband ook hoofdstuk 1.3.2. Met betrekking tot de bestuurder a.i. uit de periode van 1 maart 2012 tot en met 1 oktober 2012 merken curatoren op dat deze bestuurder slechts een beperkte taakopdracht had.

[4] Deze conclusie roept de vraag op of en in welke mate de RvT heeft voldaan aan artikel 4.1.1 van de Zorgbrede Governance Code 2010 (zie hoofdstuk 4, laatste alinea). Curatoren menen dat de RvT niet of slechts in beperkte mate hieraan heeft voldaan.

[5] www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/08/kamerbrief-over-evaluatie-faillissementen-ruwaard-van-putten-en-de-sionsberg

o. *met uitzondering van de laatste bestuurder hebben de bestuurders zich steeds gericht op de instandhouding van het ziekenhuis met een breed zorgaanbod. Maatschappelijke overwegingen (en druk) hebben geprevaleerd boven bedrijfseconomische factoren;*
p. *op basis van de door de RvT ingewonnen externe adviezen had het voor de hand gelegen om in 2011 de keus te maken om af te schalen naar een anderhalvelijnscentrum;*
q. *uit het onderzoek blijkt dat de RvT zowel bij de totstandkoming van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en het 7x24 ziekenhuis lichtvaardig omgaat met de door ingeschakelde deskundigen gesignaleerde risico's en randvoorwaarden;*
r. *voor de RvT van Pasana is de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe aangegrepen als redmiddel om verdere teloorgang en een mogelijk faillissement af te wenden;*
s. *voor de RvT van Nij Smellinghe is het vergroten van het marktaandeel in de zorg, mede onder druk van Friesland Voorop, de belangrijkste reden geweest voor de bestuurlijke fusie met Pasana, waarbij de slechte financiële conditie van Pasana, de gebrekkige onderbouwing van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en een negatief due diligence rapport op de koop toe genomen is;*
t. *de RvT heeft op 25 november 2014 het voorgenomen besluit van de RvB voor het indienen van een faillissementsaanvraag voor Pasana goedgekeurd, terwijl men wist dat Nij Smellinghe voor een periode van maart 2014 tot en met maart 2015 een continuïteitsgarantie heeft afgegeven. Curatoren constateren dat de financiële ontwikkeling van Pasana op dat moment niet wezenlijk afweek van de verwachtingen ten tijde van de afgifte van de garantie.*

1.2. Gebruikte woorden en afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
ADOA	Acute Diagnose en Opname Afdeling
BDO	BDO Accountancy en Bedrijfsadvies Diensten
BW	Burgerlijk Wetboek
Combinatieholding	Stichting Combinatie Holding Nij Smellinghe/Zorgroep Pasana
De Sionsberg	Ziekenhuis De Sionsberg te Dokkum
DFZ	De Friesland Zorgverzekeraar
EY	Ernst & Young Transaction Advisory services (adviesbureau)
Friesland Voorop	Een initiatief van de Friesland Zorgverzekeraar om tot een andere inrichting c.q. concentratie van de zorg in Friesland te komen
HAP+	Huisartspraktijk plus
HDIA	Hoofd Dienst Administratie en Informatie
HCSG	Health Care Strategy Group (adviesbureau)
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
KPMG	KPMG Accountants N.V.
KPMG Plexus	KPMG Plexus (advies bureau)
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden B.V.
MCS	Stichting Multifunctioneel Centrum Sionsberg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
Nij Smellinghe	Stichting Ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten
NVvC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Operatiekamer
OR	Ondernemingsraad Pasana
Pasana	Stichting Zorggroep Pasana te Dokkum
Pasana Cure	Pasana Cure B.V., exploitant van De Sionsberg
Pasana Care	Pasana Care B.V., exploitant van de Ouderenzorg
PDCA-cyclus	De PDCA-cyclus geeft het principe weer van continue verbetering en wordt gevormd door de facetten Plan-Do-Check-Act. Met dit principe wordt aangegeven dat voor het bereiken van een hogere kwaliteit een continue cyclus op gang moet worden gebracht van het plannen van acties, het ten uitvoer brengen van geplande acties, het checken of de resultaten van de acties werkelijk zijn zoals was beoogd, en het bijsturen of bijstellen van de uitvoering of plannen naar aanleiding van de checkresultaten.
PNIL	Personeel niet in loondienst
PwC	PricewaterhouseCoopers B.V.
RAK	Reserve Aanvaardbare Kosten, “Balanspost die alleen kan wijzigen door toevoegingen en onttrekkingen die ieder jaar ontstaan als gevolg van verschillen tussen exploitatiekosten van dat jaar en de aanvaardbare kosten van dat jaar” (NZA definitie t/m 2014)
RC	Rechter-commissaris
RvB	Raad van Bestuur Pasana/Combinatieholding
RvT	Raad van Toezicht Pasana/Combinatieholding
SEH	Spoedeisende eerste hulp
VMS	Vereniging Medische Staf
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen

1.3. Inleiding

1.3.1. Doel, aanleiding en afbakening van het onderzoek

Stichting Zorggroep Pasana, hierna te noemen: “Pasana”, is op 28 november 2014 gelijktijdig met haar dochterondernemingen de besloten vennootschappen Pasana Cure B.V., hierna te noemen “Pasana Cure”, Pasana Care B.V., hierna te noemen: “Pasana Care”, Pasana Kreas B.V. en Pasana Techniek en Onderhoud B.V. op eigen verzoek door de Rechtbank Noord-Nederland in staat van faillissement verklaard. Korte tijd nadien is op 14 januari 2015, eveneens op eigen verzoek, het faillissement uitgesproken van Stichting Pasana Vastgoed, hierna te noemen: “Pasana Vastgoed”. In alle faillissementen zijn mrs. W.M. Sturms en J.C.M. Silvius, werkzaam bij De Haan Advocaten & Notarissen, tot curatoren aangesteld en mr. J. Smit is benoemd tot RC.

Met ingang van 30 december 2015 is mr. Smit, wegens zijn benoeming tot raadsheer in het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, vervangen door mr. H. Idzenga. In het rapport wordt met het faillissement van Pasana bedoeld alle hierboven genoemde faillissementen, tenzij uit de tekst blijkt dat een faillissement van één der onderdelen wordt bedoeld.

Het faillissement van Pasana heeft een grote publieke belangstelling. Deze belangstelling bestaat niet alleen in de regio, maar het faillissement van Pasana trekt ook landelijke belangstelling. Het publiek wil antwoord hebben op de vraag waarom het tot een faillissement heeft geleid en of er aanwijsbare fouten zijn gemaakt die ten grondslag liggen aan het faillissement. Zowel de Tweede Kamer als lokale volksvertegenwoordigers hebben de noodzaak van een dergelijk onderzoek onderstreept.

Voor de afwikkeling van het faillissement van Pasana is het noodzakelijk dat curatoren een zo juist en volledig mogelijk inzicht verkrijgen in de oorzaak daarvan. Bovendien zal een antwoord moeten worden gegeven op de vraag of bestuurders, toezichthouders of andere betrokkenen wegens onbehoorlijke taakvervulling (onbehoorlijk bestuur of onbehoorlijk toezicht houden) dan wel anderszins een ernstig persoonlijk verwijt kan worden gemaakt. Op het punt van aansprakelijkheid wordt nader ingegaan in hoofdstuk 1.3.4.

Curatoren hebben in hun onderzoek in beperkte mate de verhouding met Nij Smellinghe betrokken, zoals deze zich heeft ontwikkeld vanaf de bestuurlijke fusie. In het bijzonder hebben de curatoren aandacht besteed aan de door Nij Smellinghe aan Pasana verleende continuïteitsgarantie, zie daarvoor hoofdstuk 7.10. Op het punt van de afwikkeling van de continuïteitsgarantie wordt nader ingegaan in hoofdstuk 1.3.4.

De toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van het medisch handelen zijn geen onderwerpen die in het onderhavige onderzoek aan de orde komen. Overigens benadrukken curatoren dat hen in het onderzoek niet is gebleken dat toegankelijkheid van de zorg en kwaliteit van de zorg van onvoldoende niveau is.

De beweegredenen van verwijzers, vooral huisartsen en patiënten, om voor bepaalde zorg wel of niet voor De Sionsberg te kiezen is niet onderzocht.

In het onderzoek ligt de focus op De Sionsberg (Pasana Cure) en minder op de Ouderenzorg (Pasana Care). Hoewel de Ouderenzorg in kwantitatieve zin uitstak boven De Sionsberg, met name in omzet, werkgelegenheid en aantal bewoners en verpleegden, gaat de aandacht in het onderzoeksverslag met name uit naar De Sionsberg, omdat de financiële exploitatie en resultaten van de Ouderenzorg vanaf 2009 markconform zijn geweest. De positieve resultaten van de Ouderenzorg hebben er toe bijgedragen dat het ziekenhuis niet eerder failliet is gegaan.

De RvB is vanaf de tweede helft van 2013 in gesprek geweest met de raden van bestuur van Kwadrant Groep en Antonius Zorggroep.
Met deze Friese zorgaanbieders is gesproken in het zogenaamde KANS traject. KANS behelst een fusie dan wel vergaande vorm van samenwerking tussen de ziekenhuizen te Drachten, Sneek en Dokkum, twee omvangrijke thuiszorgorganisaties en twee omvangrijke organisaties voor ouderenzorg. Curatoren hebben vastgesteld dat met name de RvT niet enthousiast stond tegenover deze fusie dan wel vergaande vorm van samenwerking. Curatoren hebben verder vastgesteld dat de besprekingen over KANS niet van wezenlijke invloed zijn geweest op de bedrijfsmatige ontwikkelingen tussen de tweede helft van 2013 en de faillissementsdatum, zodat KANS verder niet in het onderzoek is betrokken.

De kern van het onderzoek is gericht op bedrijfsmatige en financiële afwegingen en beslissingen die samenhangen met de exploitatie van De Sionsberg, alsmede de externe factoren, die hebben geleid tot het faillissement van Pasana.

1.3.2. Onderzoek verantwoording

In het kader van het onderzoek zijn alle beschikbare verslagen van de RvB en de RvT doorgenomen over de periode van 1 januari 2007 tot en met 14 januari 2015. De begindatum is gekozen omdat per 1 januari 2007 Pasana is opgericht als fusie-instelling van een groot aantal instellingen voor ouderenzorg met De Sionsberg. De datum, waarop Pasana Vastgoed failliet is gegaan, markeert het einde van de onderzoeksperiode. De nadruk ligt daarbij op de verslagen van de RvT, omdat de verslagen van de RvB doorgaans summier zijn. De verslagen van de RvT zijn meer beschrijvend en bieden daardoor meer informatie voor het onderzoek van curatoren.

Daarnaast is een groot aantal documenten onderzocht, waaronder diverse rapporten van externe deskundigen, die merendeels zijn uitgebracht in opdracht van Pasana, management letters van de externe accountant, financiële jaarverslagen en maatschappelijke jaarverslagen. In het onderzoek is een beperkt aantal documenten betrokken waarvan bekend is dat deze niet voorkomen op de agenda's van de RvB en RvT, maar die wel relevant zijn en waarvan bekend is dat RvB en/of leden van de RvT hier kennis van hebben genomen.

Om een vergelijking te kunnen maken en om te toetsen op volledigheid zijn onder andere publieke benchmark rapporten, publieke IGZ documenten, kamerstukken en jaarverslagen van regionale zorgaanbieders bestudeerd.

Er is kennis genomen van het onderzoek "Eiland op de wal", dat is opgesteld in opdracht van de Gemeente Dongeradeel over de dreigende sluiting van de klinische verloskunde en de door de Leeuwarder Courant gepubliceerde reconstructie en achtergrondrapportage van het faillissement van Pasana.

De informatie uit de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2010 is gebruikt om de uitgangspositie vast te stellen, waarmee de bestuurders, toezichthouders en andere betrokkenen het in de periode vanaf 1 januari 2011 te doen hadden. Het feitelijke onderzoek richt zich in hoofdzaak op de periode tussen 1 januari 2011 en de faillissementsdata.

De geraadpleegde documenten zijn gebruikt om relevante onderwerpen te verzamelen en deze in een tijdslijn te plaatsen. Waar nodig heeft het onderzoek zich verdiept en is er gezocht naar verbanden.

Er is een financiële analyse gemaakt die aansluit op de vastgestelde en gecontroleerde jaarrekeningen over de boekjaren 2007 tot en met 2012. Over 2013 is uitsluitend een concept jaarrekening voorhanden, waarvan overigens wel wordt gesteld dat de cijfers zijn gecontroleerd. Van het boekjaar 2014 is geen (concept) jaarrekening meer voorhanden. Wel beschikken de curatoren over de financiële administratie die is bijgewerkt tot en met 31 oktober 2014. De curatoren hebben de cijfers tot en met 31 oktober 2014 geëxtrapoleerd tot en met 31 december 2014.

In de tekst van het onderzoek komen veelvuldig getallen voor. In enkele gevallen wordt een getal volledig genoemd, meestal wordt volstaan met de vermelding “0,8 miljoen” of “3,9 miljoen”. In die gevallen zijn de getallen steeds afgerond.

De curatoren hebben interviews gehouden met voorzitters van de RvB en met leden van de RvT. De voorzitters van de RvB die zijn geïnterviewd zijn de heer J. Wagenaar, de heer P. Littooij en de heer N.M.H. Hoefsmit. De voorganger van de heer Wagenaar, de heer H.C.A. Krappel, was niet beschikbaar. Hiermee wordt de periode van 1 maart 2012 tot en met de faillissementsdata bestreken. Van de RvT zijn de navolgende leden gehoord: de heer A.A.T Doppenberg, mevrouw S.M.A. Twickler, de heer T. Dijk, de heer W. Adema, de heer E.S. van der Haar, de heer C.J.P. Derks, de heer W.G. Numan, de heer G.J. de Jong, mevrouw L.J.M. Hobert en de heer J.A. Kruijer.

Naast de leden van de RvT en de voorzitters van de RvB hebben de curatoren interviews gehouden met de heer H.C. Homan, kandidaat bestuurder uit de periode december 2011, de heer C. Meijer, voorzitter RvB Nij Smellinghe in de periode tot 14 juni 2012, mevrouw H.I.F. Royen, voorzitter VMS in de periode tot 1 december 2012, de heer M.J.W. Möllers, haar opvolger, mevrouw S. Kazimier en mevrouw J. Voersma, voorzitter respectievelijk vicevoorzitter van de ondernemingsraad van Pasana, de heer S. Hofenk, lid van de RvB van DFZ, de heer K.S. Heldoorn, burgemeester van de gemeente Dantumadiel, de heer R. Bos, wethouder van de gemeente Dantumadiel, de heer M.T van Opzeeland, de destijds aan KPMG verbonden controlerend accountant en de heer M. van den Hoek, partner bij EY, Transaction Advisory Services.

De interviews zijn, op een uitzondering na, opgenomen en uitgewerkt in schriftelijke verslagen, die door de geïnterviewden zijn geaccordeerd. Deze verslagen zijn niet openbaar en blijven in bewaring bij de curatoren en de RC.

Wanneer in het onderzoeksrapport citaten worden opgenomen van voorzitters van de RvB en leden van de RvT, dan wordt volstaan met vermelding van hun achternaam. Bij alle overige citaten vermeldt het onderzoeksrapport de functie van de betrokkene.

De leden van de RvT en de voorzitters van de RvB hebben allen voorafgaand aan hun interview toegang gehad tot een door de curatoren ingerichte digitale dataroom.

Voordat het onderzoeksrapport is uitgebracht hebben de geïnterviewden inzage gekregen in het concept en de gelegenheid ontvangen om commentaar te leveren. Enkele geïnterviewden hebben van die gelegenheid gebruik gemaakt. Hun commentaar is deels in de tekst verwerkt. De voorzitters van de RvB uit de periode, die aanvangt met de bestuurlijke fusie, tien toezichthouders alsmede de heer Meijer hebben gezamenlijk commentaar geleverd. Hun commentaar is in beperkte mate aanleiding om de tekst van het rapport aan te passen. Het commentaar van deze groep is integraal opgenomen als **bijlage 1**.

De curatoren proberen in hoofdzaak de feiten weer te geven. Waar dat de leesbaarheid bevordert zijn dwarsverbanden gelegd. De curatoren nemen de vrijheid soms blijk te geven van hun eigen opvatting en trekken conclusies. Curatoren benadrukken dat het rapport in hoofdzaak is gebaseerd op schriftelijke stukken en de interviews met betrokkenen, ook als dat niet uitdrukkelijk uit de tekst blijkt.

1.3.3. Het onderzoeksrapport

Het onderzoeksrapport beschrijft in hoofdstuk 2 de juridische structuur van Pasana. In de hoofdstukken 3 en 4 worden de RvB en RvT beschreven. Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de financiële situatie van Pasana over de periode van 1 januari 2007 tot en met 28 november 2014. Hoofdstuk 6 beschrijft de ontwikkeling van de productie en het marktaandeel van De Sionsberg. Hoofdstuk 7 behandelt de ontwikkelingen van Pasana vanaf het moment van de fusie op 1 januari 2007 tot de faillissementsdatum.

Hoofdstuk 7 begint met de periode tussen 2007 en 2010. Deze periode wordt slechts kort beschreven, omdat deze periode al wat verder in de geschiedenis is en daarmee minder relevant is voor curatoren. Wel ligt hier de opmaat voor de problemen, die na 2010 manifest worden. Hoofdstuk 7.4 behandelt de ondertoezichtstelling door IGZ. Dit is een maatregel die diep ingrijpt bij Pasana. Hoofdstuk 7.5 behandelt de aanloop naar de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe. Hoofdstuk 7.7 gaat uitvoerig in op de in 2011 noodzakelijke aanpassing van de productportfolio en reorganisatie. In dit hoofdstuk wordt ook een koppeling gelegd met de bestuurlijke fusie. Hoofdstuk 7.8 beschrijft de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe. In hoofdstuk 7.9 beschrijft het rapport de opvolgende reorganisatie: het 7x24 ziekenhuis. Hoofdstuk 7.10 gaat uitvoerig in op de vaststelling en controle van de jaarrekening 2012. In de hoofdstukken 7.11 tot en met 7.13 volgt het jaar 2014, waarin uiteindelijk het faillissement wordt aangevraagd. In hoofdstuk 8 wordt de financiële situatie van Pasana nader geanalyseerd.

De curatoren hebben zich in hun onderzoek laten bijstaan door de heer R. de Vries, zelfstandig consultant. De heer De Vries beschikt over kennis van de organisatie en financiering van de zorg. Hij is met name behulpzaam geweest bij het doornemen en analyseren van het onderzoeksmateriaal en heeft het merendeel van de interviews met één der curatoren bijgewoond.

1.3.4. Vervolgstappen

Curatoren hebben uitvoerig overleg gehad met de Raad van Bestuur van Nij Smellinghe over de uitleg, die aan de continuïteitsgarantie moet worden gegeven. In dit overleg is ook de vraag betrokken of curatoren (voormalige) bestuurders en toezichthouders persoonlijk aansprakelijk houden voor het faillissementstekort wegens onbehoorlijk taakvervulling. In hun standpuntbepaling hebben curatoren het commentaar meegewogen van (voormalige) bestuurders en toezichthouders, dat als bijlage 1 aan het rapport is gehecht.

Curatoren zijn van oordeel dat inzet en inspanningen van bestuurders en toezichthouders niet altijd effectief zijn geweest en dat het sturend vermogen onvoldoende is geweest. Ook merken curatoren op dat bestuurders en toezichthouders een voor de Ouderenzorg risicovolle holding- en financieringsstructuur hebben ingericht en in stand hebben gehouden. In hoofdstuk 1.1.10 trekken curatoren algemene conclusies ten aanzien van het bestuur en toezichthouders, die bepaald niet positief zijn. Op deze plaats volstaat een verwijzing naar dat hoofdstuk.

Het commentaar, dat als bijlage 1 aan het rapport is gehecht bevestigt het beeld, dat tijdens de interviews bij curatoren is ontstaan: (voormalige) bestuurders en toezichthouders leggen de oorzaak, dat van Pasana geen succes kon worden gemaakt, buiten de eigen organisatie. Externe factoren zoals wijzigingen in de financiering van de zorg, de opstelling van DFZ, het optreden van IGZ, het door de lokale bevolking geïnitieerde verzet tegen inkrimpen en sluiten van voorzieningen en het massaal wegblijven van patiënten, die de voorkeur geven aan behandeling en opname in andere ziekenhuizen. Het commentaar getuigt naar het oordeel van curatoren niet van reflectie op het eigen functioneren.

Bij de weging van het commentaar, dat als bijlage 1 aan het rapport is gehecht alsmede de eigen bevindingen van curatoren moet in ogenschouw worden genomen dat bestuurders en toezichthouders verbonden zijn geweest aan een organisatie, die actief is in een zeer complex werkveld. In artikel 3.1.2 van de Zorgbrede Governance Code 2010 wordt de zorgorganisatie aangemerkt als maatschappelijk onderneming, die vanwege haar taakstelling anders moet worden beoordeeld dan het handelen en de keuzes van commerciële ondernemingen. De code erkent dat bij de besturing van een zorgorganisatie regelmatig afwegingen moeten worden gemaakt in een spanningsveld tussen cliëntenbelangen, organisatiebelangen, maatschappelijke belangen, publieke belangen en individuele preferenties van burgers. Curatoren zijn zich dan ook bewust dat dit met zich meebrengt dat zij enige terughoudendheid dienen te betrachten in hun oordeel, ook als de gemaakte afwegingen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid[6].

[6] Verwezen wordt naar hoofdstuk 3, laatste alinea

Ook moet worden erkend dat de overlevingskansen van een klein ziekenhuis als De Sionsberg gedurende nagenoeg de gehele onderzoeksperiode niet groot zijn geweest.

Het is dan ook alleszins begrijpelijk dat vanaf 2010 een fusie met een sterke partner voor bestuurders en toezichthouders richtinggevend is geweest voor het realiseren van een oplossing. Dat deze fusie uiteindelijk geen doorgang vindt kan op basis van de eind 2014 bekende feiten en omstandigheden worden gerechtvaardigd.

Hoewel inzet en inspanningen niet altijd effectief zijn geweest zijn curatoren er wel van overtuigd dat bestuurders en toezichthouders betrokken zijn geweest en een niet aflatende inzet hebben getoond.

Bovenstaande overwegingen, ieder voor zich en in onderlinge samenhang beschouwd, wegen juridisch mee en brengen curatoren tot het oordeel dat het allerminst zeker is dat bestuurders en/of toezichthouders in juridische zin zijn tekortgeschoten in hun taakvervulling en dat hen daarvan een ernstig verwijt kan worden gemaakt, wat nodig is voor een succesvolle aansprakelijkstelling. Indien de rechter daar niettemin van kan worden overtuigd, dient vervolgens rekening te worden gehouden met de bevoegdheid van de rechter tot matiging van aansprakelijkheid. Bij dit alles speelt tenslotte mee dat procedures tegen bestuurders en toezichthouders kostbaar en tijdrovend zijn. Curatoren achten het om deze redenen met het oog op een voortvarende afwikkeling van het faillissement en belangen van de crediteuren gewenst en verantwoord om de kwestie van mogelijke aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders mee te nemen in een overall regeling, die met Nij Smellinghe is getroffen en die hieronder nader wordt toegelicht.

Curatoren hebben met de Raad van Bestuur van Nij Smellinghe vastgesteld dat er op verschillende wijzen uitleg kan worden gegeven aan de continuïteitsgarantie. Vast staat dat een continuïteitsgarantie niet op één lijn met een borgtocht kan worden gesteld. Ook anderszins is een continuïteitsgarantie niet verankerd in het Nederlandse recht. Rechtspraak over dit onderwerp is schaars en biedt geen houvast voor de uitkomst van de onderhavige casus. Bovendien is het ongewis of Nij Smellinghe, indien zij gehouden is enig bedrag op grond van de continuïteitsgarantie te betalen, voor dat bedrag ook weer als crediteur in het faillissement kan opkomen. Beide partijen realiseren zich dat een juridisch proces over de uitleg en consequenties van de continuïteitsgarantie vele jaren in beslag zal nemen en veel geld zal kosten.

Gelet op de onzekerheid over de uitleg van de continuïteitsgarantie en de vraag naar aansprakelijkheid hebben curatoren, met toestemming van de RC, een allesomvattende regeling getroffen met Nij Smellinghe die inhoudt dat curatoren er van afzien acties, uit welke hoofde dan ook, te ondernemen tegen Nij Smellinghe en/of tegen (voormalige) bestuurders en toezichthouders, waarbij Nij Smellinghe enerzijds haar ter verificatie ingediende vorderingen uit hoofde van kredietverlening en leveranties van diensten en materialen ter hoogte van bijna € 17 miljoen intrekt en anderzijds een storting doet van € 1 miljoen in de boedel van Pasana Zorggroep. Op deze plaats dient te worden benadrukt dat Nij Smellinghe noch de (voormalige) bestuurders en toezichthouders door het aangaan van een schikking tussen Nij Smellinghe en de curatoren op enigerlei wijze aansprakelijkheid erkennen. Voor de effecten van deze regeling op de uitdeling aan concurrente crediteuren in het faillissement van Pasana Zorggroep verwijzen curatoren naar het eerstvolgende openbare faillissementsverslag.

2 Juridische structuur

2.1 Algemeen[7]

Per 1 januari 2007 fuseren de Stichting Christelijke Zorgvoorzieningen Talma Sionsberg te Dokkum, Stichting Bejaardenverzorging Ameland te Hollum, Stichting Zorgcentra Dongeradeel te Dokkum en Stichting Zorgcentrum Talma Veenwouden te Veenwouden. Partijen richten een nieuwe stichting op onder de naam Stichting Zorggroep Pasana, gevestigd te Dokkum.

De vier fuserende stichtingen richten gelijktijdig met de fusie een aantal besloten vennootschappen op waarin de zorgactiviteiten zijn ondergebracht. De onroerende zaken blijven achter in de stichtingen. Na de fusie wordt de naam van de gefuseerde stichting gewijzigd in Stichting Pasana Vastgoed. Met Stichting Zorggroep Pasana vormt Stichting Pasana Vastgoed een personele unie. De RvB en RvT van beide stichtingen is samengesteld uit dezelfde personen.

Tussen Stichting Zorggroep Pasana en de vier opgerichte besloten vennootschappen worden twee holdings geplaatst, Pasana Cure Holding B.V. en Pasana Care Holding B.V., waarvan de aandelen worden gehouden door Stichting Zorggroep Pasana. De twee holdings houden de aandelen van de opgerichte werkmaatschappijen. De werknemers van De Sionsberg zijn ondergebracht in Pasana Cure Holding B.V., de werknemers van de Ouderenzorg zijn ondergebracht in Pasana Care Holding B.V. De werknemers van de ondersteunende diensten zijn in dienst getreden van Stichting Zorggroep Pasana. Pasana Cure Holding B.V. houdt de aandelen in De Sionsberg B.V., dat De Sionsberg zal exploiteren. Pasana Care Holding B.V. houdt de aandelen in De Waadwente B.V., Talma Hûs B.V., Zorgcentra Dongeradeel B.V., Zorgcombinatie Ameland B.V. en Talma Hoeve B.V. Deze vennootschappen exploiteren Verpleeghuis De Waadwente te Dokkum, Verpleeghuis Talma Hûs te Veenwouden, Zorgcentrum Dongeradeel te Dokkum, Zorgcentrum de Spiker te Ternaard, Zorgcentrum de Skule te Metslawier, Zorgcentrum De Stelp te Hollum (Ameland), Zorgcentrum Talma Hoeve te Veenwouden en Zorgcentrum De Hale te Damwoude.

De jaarrekening van Stichting Multifunctioneel Centrum Sionsberg, eigenaar van een aantal gebouwen op het terrein van De Sionsberg, wordt vanaf 2008 geconsolideerd in de jaarrekening van Stichting Zorggroep Pasana. Stichting Multifunctioneel Centrum Sionsberg heeft met Stichting Zorggroep Pasana bestuurlijk een personele unie. In de Jaarrekening 2012 staat voor het eerst een gesegmenteerde resultatenrekening van de stichting.

Op 29 juni 2010 geeft Stichting Zorggroep Pasana een 403 verklaring af voor haar dochter-ondernemingen Pasana Cure Holding BV en Pasana Care Holding BV, alsmede voor De Sionsberg BV, De Waadwente BV, Talma Hûs BV, Talma Hoeve BV, Zorgcentra Dongeradeel BV en Zorgcombinatie Ameland BV. Op grond van artikel 2:403 BW is de Stichting Zorggroep Pasana naast de genoemde dochtervennootschappen hoofdelijk aansprakelijk voor de nakoming van uit rechtshandelingen voortvloeiende verbintenissen.

In 2011 wordt de structuur van Pasana vereenvoudigd. Pasana Care Holding B.V. fuseert met de vennootschappen, die de Ouderenzorg exploiteren. Na de fusie wordt de naam gewijzigd in Pasana Care B.V. Pasana Cure Holding B.V. en De Sionsberg B.V. fuseren eveneens. De naam wordt gewijzigd in Pasana Cure B.V.

Stichting Zorggroep Pasana richt in 2011 Pasana Techniek en Onderhoud B.V., Pasana Kreas B.V. en Pasana Thuis B.V. op om efficiëntieverbeteringen en kostenbesparingen te realiseren en om de thuiszorgmarkt effectief te kunnen betreden.

[7] In tegenstelling tot de overige onderdelen van dit rapport worden ter bevordering van de duidelijkheid in dit onderdeel van het rapport alle juridische entiteiten bij hun volledige naam genoemd.

Het merendeel van de schoonmakers is na oprichting van Pasana Kreas B.V. in deze vennootschap ondergebracht. De plannen om schoonmaak, techniek en onderhoud en thuiszorg door middel van joint ventures in aparte entiteiten te plaatsen bevatten geen uitgewerkte businesscases en implementatie-plannen. De beoogde ontwikkelingen kosten energie, tijd en geld, maar leveren uiteindelijk geen relevante bijdrage aan herstel van het rendement.

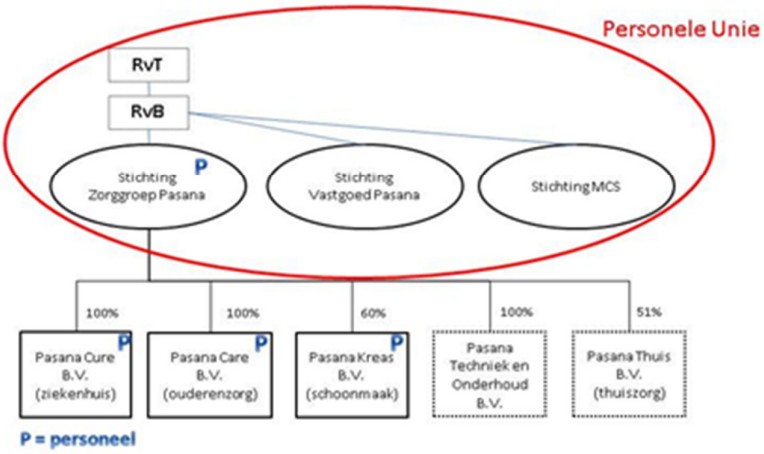
In oktober 2012 vindt de bestuurlijke fusie plaats tussen Stichting Ziekenhuis Nij Smellinghe en Stichting Zorggroep Pasana. Voor dat doel wordt de Stichting Combinatie Holding Nij Smellinghe/Zorgroep Pasana opgericht. Stichting Combinatie Holding Nij Smellinghe/Zorgroep Pasana gaat bij oprichting bestuurlijk een personele unie vormen met Stichting Zorggroep Pasana, Stichting Ziekenhuis Nij Smellinghe, Stichting Multifunctioneel Centrum Sionsberg en Stichting Pasana Vastgoed. Deze stichtingen krijgen daarmee allen dezelfde RvB en RvT. De Stichting Combinatieholding Nij Smellinghe/ Pasana wordt bestuurder van Pasana Care B.V. en Pasana Cure B.V.

Op 18 november 2013 wordt de door Stichting Zorggroep Pasana afgegeven 403 verklaring ingetrokken, die op dat moment nog geldt voor Pasana Cure B.V. en Pasana Care B.V.

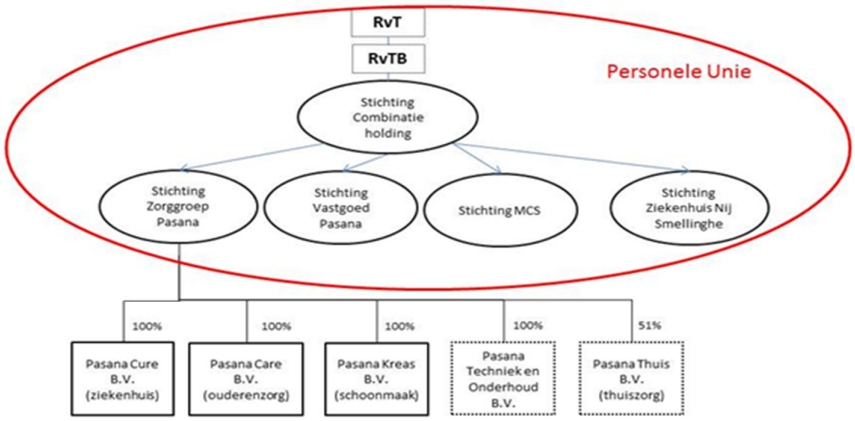
De intrekking van de 403 verklaring laat onverlet dat Stichting Zorggroep Pasana, Pasana Cure B.V., Pasana Care B.V. en Stichting Pasana Vastgoed in compte-joint verband hoofdelijk aansprakelijk zijn jegens de financiers. Daarnaast is sprake van een grote mate van verwevenheid tussen de rechtspersonen ter zake van personeel, ICT en organisatie.

2.2 Structuur voor en na de bestuurlijke fusie

Pasana voor de bestuurlijke fusie per oktober 2012:



Pasana na bestuurlijke fusie per oktober 2012:



2.3 Schoonmaak

- In 2008 wordt een verkenning uitgevoerd van het uitbesteden van de schoonmaak-werkzaamheden. In het herstelplan van 2009 wordt het reorganiseren van schoonmaak-werkzaamheden opgenomen met een gepland resultaat van € 100.000,- in 2010.
- Op 10 december 2009 gaat de RvT op basis van een studie akkoord met het oprichten van Pasana Kreas B.V., een joint venture met het schoonmaakbedrijf HECTAS Facility Services B.V. te Drachten. Pasana Kreas B.V. wordt opgericht op 16 maart 2011.
- Als onderbouwing van het besluit van de RvT wordt genoemd een geleidelijke kostenreductie die over vijf jaar (2015) € 500.000,- per jaar moet opleveren. Deze besparing zou gerealiseerd worden door efficiënter te werken en door een goedkopere cao. Een financiële onderbouwing is niet aangetroffen bij de stukken van de RvT.
- In de jaarrekening van 2011 wordt Pasana Kreas B.V. genoemd; aandelenverhouding 60% Pasana en 40% HECTAS.
- In de jaren die volgen ontbreekt een zichtbare monitoring van de schoonmaakkosten door de RvT.
- Op de faillissementsdatum valt een aanmerkelijk gedeelte van de schoonmaakmedewerkers nog steeds onder de cao's van het ziekenhuis en VVT.
- In 2013 zijn de aandelen van HECTAS Beheermaatschappij B.V. overgenomen door de Stichting Zorggroep Pasana voor € 7.200,-. In 2014 is het plan opgevat om de schoonmaak over te hevelen naar het schoonmaakbedrijf ISS. Dit is niet meer geeffectueerd.

2.4 Techniek en onderhoud

- In het herstelplan van 2009 wordt het reorganiseren van techniek en onderhoud opgenomen met een gepland resultaat in 2010 van € 200.000,-.

- In de vergadering van de RvT d.d. 27 mei 2010 wordt op basis van een notitie besloten tot de oprichting van een joint venture met Bouwgroep Dijkstra Draisma en Pranger Rosier Installaties, beiden gevestigd te Dokkum. Pasana Techniek en Onderhoud B.V. wordt op 16 maart 2011 opgericht met een aandelenverhouding: Pasana 52%, Bouwgroep Dijkstra Draisma 24% en Pranger Rosier Installaties 24%. Naast de in het herstelplan genoemde besparing van € 200.000 euro per jaar zou in de jaren tot en met 2013 € 100.000,- per jaar kunnen worden bespaard op de instandhouding van gebouwen en installaties. Een financiële onderbouwing is niet aangetroffen bij de RvT stukken.
- In de jaren die volgen ontbreekt een zichtbare monitoring van de kosten van techniek en onderhoud door de RvT.
- In de jaarrekening van 2011 wordt Pasana Techniek en Onderhoud B.V. genoemd, onder vermelding dat alle aandelen worden gehouden door Stichting Zorgroep Pasana.
- In het verslag van de vergadering van de RvB d.d. 7 en 10 juli 2014 wordt melding gemaakt van het besluit om Pasana Techniek en Onderhoud B.V., die kennelijk leeg was, op te heffen.

2.5 Thuiszorg

- In 2008 en 2009 wordt samenwerking met de thuiszorg van Interzorg Noord-Nederland verkend; dit leidt uiteindelijk niet tot samenwerking.
- In de vergadering van de RvT d.d. 27 mei 2010 wordt op basis van een notitie besloten tot het aangaan van een joint venture met Zorgkompas van Alliade Zorggroep te Heerenveen om gezamenlijk thuiszorg uit te voeren.
- Pasana Thuis B.V. wordt op 21 februari 2011 opgericht met een aandelenverhouding van 51% voor Stichting Zorggroep Pasana en 49% voor Zorgkompas.
- In de jaarrekening van 2011 wordt Pasana Thuis B.V. genoemd.
- Uit de verslagen van de RvT blijkt niet dat het ontplooien van thuiszorg aandacht heeft gehad.
- Pasana Thuis B.V. is in 2013 geliquideerd.
- In 2014 wordt de WTZi-toelating van Pasana Thuis B.V. ingetrokken.

3 Raad van Bestuur

Direct na de fusie, op 1 januari 2007, bestaat de RvB uit de heer A.J. Pruis, die optreedt als voorzitter, en de heer E. Koetje, beide afkomstig uit de fuserende onderdelen. Omdat de bestuurders volgens de RvT "niet voldoen aan het gewenste profiel" wordt per 10 januari 2008 de heer E. Elsinga aangesteld als interim bestuurder. De heer Elsinga wordt gedetacheerd door adviesbureau BMC. Per 1 mei 2008 wordt in formele zin afscheid genomen van de heren Pruis en Koetje.

Medio 2008 blijkt dat de VMS kritisch is over het functioneren van de RvB en de RvT. In stukken uit deze periode wordt gesteld dat het bedrijf, de RvB en de RvT al jaren niet functioneren. Meer specifiek stelt de VMS dat disfunctionerende leden van het management en specialisten niet worden aangepakt. In november 2008 behandelt de RvT een brief van de VMS met dezelfde strekking, namelijk het disfunctioneren van de RvB en de rol van adviesbureau BMC. Er wordt kritiek geuit op de onderbouwing en de maatregelen van het in 2008 opgestelde herstelplan.

Adviesbureau Klaus Schmitt & Partners krijgt van de RvT opdracht een nieuw bestuursmodel uit te werken. Besloten wordt een eenhoofdige RvB in te stellen en daarvoor wordt een functieprofiel opgesteld. De invulling van het management wordt nader uitgewerkt. Ook het medisch management wordt opnieuw ingevuld. Per 1 december 2008 benoemt de RvT de heer H.C.A. Krappel tot enig bestuurder.

Onder de leiding van de heer Krappel nemen de problemen van Pasana toe. Er zijn financiële problemen en de kwaliteit van de organisatie van de zorg in De Sionsberg laat te wensen over. Begin 2011 plaatst IGZ de afdeling cardiologie onder verscherpt toezicht. Eind 2011 wordt een plan opgesteld om de financiële positie en de organisatie van De Sionsberg te versterken. Dit plan wordt als Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg in januari 2012 vastgesteld. Onderdeel van het plan is een voorgenomen bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe.

In het voorwaardelijk besluit bestuurlijke fusie, dat door Pasana en Nij Smellinghe op 5 maart 2012 wordt ondertekend, staat dat:

> *"De RvT van de Pasana Groep dient zorg te dragen voor een goede besturing van dit project en maakt afspraken met de RvT van Nij Smellinghe teneinde bestuurlijke duidelijkheid en daadkracht te kunnen realiseren".*

De RvT is van mening dat de heer Krappel niet aan dit profiel beantwoordt en benoemt in zijn plaats de heer J. Wagenaar. De heer Wagenaar wordt door het bureau Boer & Croon als interim bestuurder gedetacheerd. De heer Wagenaar zal tot het moment van de bestuurlijke fusie deze functie vervullen. Zij belangrijkste taken zijn het besturen van Pasana, het implementeren van het beleidsplan en het verwezenlijken van de bestuurlijke fusie.

Begin 2012 is Nij Smellinghe op zoek naar een opvolger van de heer C. Meijer, die vele jaren voorzitter is geweest van de RvB van Nij Smellinghe. De heer Meijer, die een leidende rol vervult bij de totstandkoming van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, wordt op 14 juni 2012 opgevolgd door de heer Littooij. In het kader van de voorgenomen bestuurlijke fusie wordt de Combinatieholding opgericht, die vanaf de datum van de realisatie van de bestuurlijke fusie aan het hoofd zal staan van Nij Smellinghe en Pasana.

De RvT benoemt de heer P. Littooij per 3 oktober 2012 tot enig lid van de RvB van de Combinatieholding. De bestuurlijke fusie is dan een feit. De Combinatieholding wordt de bestuurder van Nij Smellinghe en van Pasana. In mei 2014 kondigt de heer Littooij aan dat hij per 1 oktober 2014 zal vertrekken. Per 1 oktober 2014 wordt hij opgevolgd door de heer N.M.H. Hoefsmit, die als interim bestuurder van de Combinatieholding wordt aangesteld.

De verslagen van de RvB zijn tot de bestuurlijke fusie beknopt tot zeer beknopt. Verslagen uit 2007 en 2012 over de periode vanaf februari ontbreken in het archief. Het valt op dat in de periode van 2009 tot en met januari 2012 de verslagen van de RvB geen beeld geven van het functioneren van de organisatie. Zo komen het herstelplan 2009/2010 en diverse maatregelen uit 2010 om het resultaat te verbeteren niet voor op de agenda van de RvB. De ondertoezichtstelling door IGZ wordt zeer summier benoemd, evenals de problemen met cardiologie, de SEH en de infrastructuur. Na de totstandkoming van de bestuurlijke fusie neemt de kwaliteit van de verslaglegging toe.

Overzicht Kamer van Koophandel:

Stichting Zorggroep Pasana			Opgericht: 29-12-2006
Bestuurders (KvK informatie)			
Stichting Combinatieholding Ziekenhuis "Nij Smellinghe"/Zorggroep Pasana			
dhr. J. Wagenaar	1-3-2012 - 3-10-2012	voorzitter Raad van Bestuur	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. H.C.A. Krappel	1-12-2008 - 1-3-2012	voorzitter Raad van Bestuur	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. E. Elsinga	10-1-2008 - 1-12-2008	functie onbekend	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. A.J. Pruis	29-12-2006 - 17-1-2008	voorzitter	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. E. Koetje	29-12-2006 - 8-1-2008	functie onbekend	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. A.A.T. Doppenberg	21-12-2007 - 29-12-2007	tijdelijk bestuurder	alleen/zelfstandig bevoegd
Stichting Combinatieholding Ziekenhuis "Nij Smellinghe"/Zorggroep Pasana			Opgericht: 3-10-2012
dhr. N.M.H. Hoefsmit	1-10-2014 - heden	bestuurder	alleen/zelfstandig bevoegd
dhr. P. Littooij	3-10-2012 - 1-10-2014	bestuurder	alleen/zelfstandig bevoegd

Tabel 1

De brancheorganisaties in de zorg hebben in 2005 een Zorgbrede Governancecode ingevoerd. Deze code dient te worden opgevat als een samenbundeling van moderne en breed gedragen algemene opvattingen over goed bestuur, toezicht en verantwoording in de zorg. In 2010 en 2017 is de Zorgbrede Governancecode herzien.

Uit de toelichting op artikel 3.1.2. (referentiekader taakvervulling Raad van Bestuur) wordt de volgende passage ontleend:

> *"In dit artikel wordt bepaald dat de Raad van Bestuur zich bij de vervulling van zijn taak richt naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming. Zorgorganisaties zijn als maatschappelijke onderneming primair gericht op het verlenen van verantwoorde zorg door middel van een cliëntgerichte, veilige, doelmatige, doeltreffende en transparante bedrijfsvoering. Het feit dat zorgorganisaties maatschappelijke ondernemingen zijn, maakt dus dat het handelen en de keuzes van zorgorganisaties anders moeten worden beoordeeld dan het handelen en de keuzes van commerciële ondernemingen. Zorgorganisaties zullen immers – als een direct gevolg van hun maatschappelijk ondernemerschap – regelmatig afwegingen en keuzes moeten maken in een spanningsveld tussen cliëntenbelangen, organisatiebelangen, maatschappelijke en publieke belangen en individuele preferenties van burgers. Ondernemerschap, risico's en rendement dienen een optimum te vinden in een adequate afweging van deze belangen".*

4 Raad van Toezicht

De RvT bestaat per 1 januari 2007 uit zeven leden. Voorzitter is de heer A.A.T. Doppenberg, die deze functie tot de oprichting van de Combinatieholding vervult.

De RvT vergadert doorgaans eens per twee maanden. In bijzondere situaties vindt frequenter overleg plaats. De voorzitter van de RvT heeft daarnaast maandelijks informeel overleg met de voorzitter van de RvB. De vergaderingen vinden plaats aan de hand van een schriftelijke agenda. Van de vergaderingen worden schriftelijke verslagen opgesteld. De RvT heeft uit zijn midden een auditcommissie en een renumeratiecommissie ingesteld. De RvB woont de vergaderingen steeds bij.

Uit de maatschappelijke jaarverslagen blijkt dat de RvT in de periode tussen 2007 en 2012 gemiddeld zeven tot acht keer per jaar vergadert. Over de periode na 1 januari 2013 zijn geen maatschappelijke jaarverslagen voorhanden. De indruk bestaat dat de RvT ook na deze datum minstens acht keer per jaar vergadert. Uit de interviews blijkt dat de RvT daarnaast veelvuldig informeel overleg voert. Daarvan is geen verslaglegging opgesteld. De heer Doppenberg verklaart dat hij in 2012 88 bijeenkomsten heeft bijgewoond, waaronder ook overleg met IGZ en DFZ. Uit de interviews blijkt een grote inzet en betrokkenheid van de toezichthouders.

Kritiek uit de VMS is aanleiding om in december 2008 de Nederlandse Vereniging Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) in te schakelen. De heer J. Gerards van de NVTZ wordt belast om de “communicatie” van de RvB, RvT en de VMS te evalueren.

Bij de stukken van de RvT is een niet geagendeerde brief gevoegd d.d. 7 april 2009 van de VMS aan de heer Gerards waarin wordt gesteld dat de RvT vervroegd zou moeten aftreden wegens disfunctioneren op drie aspecten: niet toetsbare opstelling, het niet ingrijpen bij financieel wanbeheer bij de ontwikkeling van De Hoed en de gevolgde procedure bij het aanstellen van een interim bestuurder eind 2007.

Uit de agenda’s en verslagen van vergaderingen van de RvT d.d. 6 augustus 2009 en 26 oktober 2009 blijkt dat de rapportage van de heer Gerards wordt besproken. Een bij de stukken aangetroffen PowerPoint presentatie behandelt de positie van de RvT en de "gedragslijnen verantwoord toezicht" van de NVTZ.

De rapportage van de heer Gerards gaat vooral over de verbetering van de communicatie, bijbehorende structurering (vastlegging) en over deskundigheidsbevordering. In de rapportage wordt geen aandacht besteed aan beleidsbeoordeling en doelrealisatie/effectmeting. Het valt op dat de structurering door het vastleggen van onderwerpen en besprekingen in stukken en verslagen toeneemt vanaf 2009, de inhoudelijke beoordeling van het beleid en de doelrealisatie/effectmeting verbetert niet.

In het verslag van de vergadering van de RvT d.d. 17 maart 2011 wordt melding gemaakt van een *self assessment* met score 3-4 op schaal van 5.

De financiële problemen, die in de loop van 2008 het beeld over De Sionsberg gaan bepalen, zijn voor DFZ aanleiding om nauwer bij het toezicht op Pasana betrokken te worden. Met ingang van 18 december 2008 wordt de heer W. Adema door DFZ naar voren geschoven als adviseur/toehoorder van de RvT en toegevoegd lid van de financiële commissie van de RvT. Volgens een overeenkomst met DFZ zal de heer Adema deze functie één jaar vervullen. Deze periode is nadien kennelijk verlengd. De heer Adema treedt vervolgens op 8 april 2010 toe als lid van de RvT.

Algemeen beeld van de RvT over de periode van 2008 tot en met 2012 (bestuurlijke fusie) op basis van de verslagen van de RvT en de agenda’s:

- er worden in de RvT geen verslagen van de RvB behandeld. Bestuursbesluiten worden niet zichtbaar gemonitord in de RvT;

- met uitzondering van de reguliere financiële rapportage en de monitoring van het herstelplan in de periode 2009 tot april 2010 blijkt uit de stukken van de RvT geen gestructureerde monitoring van plannen, kritische succes factoren, ontwikkelingen en risico's;
- IGZ issues komen pas vanaf de ondertoezichtstelling door IGZ, medio 2011, op de agenda van de RvT;
- er wordt tot en met 2012 zeer beperkt verdiepende of aanvullende informatie opgevraagd. Is dit wel het geval, dan komt dit meestal niet zichtbaar terug in een volgend verslag;
- in 2009 wordt een auditcommissie ingesteld. Er ontbreken evenwel stukken en verslaglegging;
- uit de beschikbare stukken blijkt niet dat de RvT zichtbare acties onderneemt om een totaalbeeld op te bouwen c.q. te volgen van de medische staf. Het lijkt er op dat alleen de excessen aan de orde komen;
- uit de (rommelig aandoende) verslagen ontstaat het beeld van een meepratende RvT en een meebesturende voorzitter van de RvT in plaats van een sterk toezicht houdende en controlerende RvT die vraagt om totaaloverzicht, verheldering en verdieping;
- aandacht voor de Ouderenzorg in de RvT is nihil;
- uit de beschikbare stukken blijkt niet dat de RvT een PDCA-cyclus of daarmee vergelijkbare werkwijze hanteert.

Drie leden van de RvT, de heer Doppenberg (vanaf 1 januari 2007 voorzitter), de heer T. Dijk (vanaf 22 januari 2009 lid) en de heer E.S. van der Haar (vanaf 8 april 2010 lid) blijven na de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe van 3 oktober 2012 aan als vicevoorzitter respectievelijk leden van de RvT van de Combinatieholding. De heer Doppenberg heeft zich voor de vergaderingen van de RvT, die na 3 oktober 2012 zijn gehouden, afgemeld. De heer Doppenberg heeft schriftelijk meegedeeld per 1 januari 2013 terug te zullen treden. In de eerste vergadering van de RvT van de Combinatieholding stelt de RvB dat de RvB moeite heeft met het schema van aftreden. Hij vraagt zich af waarom de resterende leden van de RvT van Pasana ook niet hun verantwoordelijkheid nemen door af te treden. Als argumenten voert hij onder meer aan dat de bestuurlijke fusie in hoge mate het karakter heeft van een overname, het beeld van de buitenwacht niet bepaald positief is, Pasana een zwaar verwaarloosde organisatie is, die jaren heeft stil gestaan en waarop de RvT niet heeft ingegrepen. Het standpunt van de RvB wordt door de RvT voor kennisgeving aangenomen. In januari 2014 volgt de herbenoeming van de leden de heer T. Dijk en de heer E.S. van der Haar.

Algemeen beeld van de RvT vanaf de bestuurlijke fusie tot faillissement op basis van de verslagen van de RvT en de agenda's:

- de verslagen van de RvB worden zichtbaar in de RvT behandeld. Komen gestructureerd over, bevatten besluiten met toelichting, financiële informatie en productieontwikkeling;
- naast de financiële rapportage is er geen zichtbare regelmatige en adequate rapportage van de voortgang van implementaties van de opeenvolgende reorganisatieplannen, ontwikkelingen en risico's;
- ook in deze fase hanteert de RvT geen PDCA-cyclus of daarmee vergelijkbare werkwijze;
- de RvT formuleert geen prestatie-indicatoren en succesfactoren, op basis waarvan de voortgang van opeenvolgende reorganisatieplannen wordt gemeten;
- de verslagen van de RvB en RvT geven geen goed beeld van het functioneren van de medische staven en hun bijdrage aan de implementatie van plannen. De integratie van de medische staven van Nij Smellinghe en Pasana is geen onderwerp en wordt kennelijk niet structureel gemonitord.

De aandacht voor de Ouderenzorg is minimaal. De Ouderenzorg komt in de herstelplannen alleen in beeld vanwege de van de Ouderenzorg verwachte bijdrage aan het resultaat.

Stichting Zorgroep Pasana			Opgericht: 29-12-2006
Raad van Toezicht			
dhr. A.A.T. Doppenberg	29-12-2006 - 3-10-2012	voorzitter RvT	
mw. S.M.A. Twickler	29-12-2006 - 3-10-2012	lid RvT	
dhr. T. Dijk	22-1-2009 - 3-10-2012	lid RvT	
dhr. G. Huisman	29-12-2006 - 31-12-2011	lid RvT	
dhr. O. de Jong	29-12-2006 - 31-12-2009	lid RvT	
dhr. W. Beugelink	29-12-2006 - 31-12-2009	lid RvT	
dhr. G.J. Sijtsma	22-1-2009 - 31-10-2009	lid RvT	
mw. A. Meirink-Veenland	29-12-2006 - 22-1-2009	lid RvT	
dhr. R. Brouwer	29-12-2006 - 22-1-2009	lid RvT	
dhr. W. Adema	8-4-2010 - 3-10-2012	lid RvT	niet op het KvK overzicht, was vanaf 18-12-2008 adviseur toehoorder namens DFZ
dhr. E.S. van der Haar	8-4-2010 - 3-10-2012	lid RvT	niet op het KvK overzicht
Stichting Combinatieholding Ziekenhuis "Nij Smellinghe"/Zorggroep Pasana			Opgericht: 3-10-2012
Raad van Toezicht			
dhr. F.C. Breedveld	15-9-2015 - heden	voorzitter RvT	
dhr. C.J.P. Derks	3-10-2012 - 1-1-2016	voorzitter RvT	
dhr. A.A.T. Doppenberg	3-10-2012 - 1-1-2013	vice voorzitter RvT	
dhr. E.S. van der Haar	3-10-2012 - heden	lid RvT	
dhr. W.G. Numan	3-10-2012 - heden	lid RvT	
dhr. G.J. de Jong	3-10-2012 - heden	lid RvT	
mw. L.J.M. Hobert	3-10-2012 - heden	lid RvT	
dhr. T. Dijk	3-10-2012 - heden	lid RvT	
dhr. E.A. de Boer	15-4-2015 - heden	lid RvT	
dhr. J.A. Kruijer	1-1-2007 - 1-3-2015	lid RvT	

Tabel 2

In artikel 4.1.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010 is bepaald op welke wijze de RvT inhoud geeft aan zijn werkzaamheden. Samengevat houdt de RvT met name toezicht op de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen. De RvT heeft daarnaast ook tot taak toezicht te houden op de wijze waarop het bestuur inhoud geeft aan artikel 3.1.2 van de code. Dit artikel is nader toegelicht in hoofdstuk 3. Voor het onderzoek van curatoren is met name van belang dat in dit artikel is bepaald dat de RvT toezicht houdt op realisatie van statutaire en andere doelstellingen, strategie en risico's verbonden aan de activiteiten en de opzet en werking van interne risicobeheersings- en controlesystemen.

5 Ontwikkeling financiën Pasana

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de financiën van Pasana door de jaren heen beschreven. In hoofdstuk 8 wordt een nadere analyse van de cijfers opgenomen, uitgesplitst naar De Sionsberg en de Ouderenzorg. De cijfers zijn ontleend aan de jaarrekeningen en maatschappelijke jaarverslagen van 2006 tot en met 2012 en de concept jaarrekening 2013. In een aantal gevallen sluit de beginbalans in een jaarverslag niet aan op de eindbalans van het voorgaande jaar. In die gevallen is in de vergelijking de beginbalans van het nieuwe jaar opgenomen.

De jaarrekeningen van 2006 tot en met 2012 zijn gepubliceerd op: https://www.jaarverslagenzorg.nl. De jaarrekeningen zijn tot en met 2012 vastgesteld en getekend door RvB en toezichthouders.

De jaarrekening 2013 is nimmer vastgesteld. Over 2013 is slechts een concept voorhanden. In het verslag van de vergadering van de RvT d.d. 14 mei 2014 wordt opgemerkt dat de jaarrekening 2013 gereed is en gecontroleerd is door de externe accountant, maar dat deze nog niet kan worden vastgesteld omdat er landelijk een discussie is ontstaan over fouten in de zorgregistratie. Deze discussie heeft er toe geleid dat de ziekenhuizen een self assessment hebben gehouden. Met instemming van de Minister van VWS hebben de ziekenhuizen landelijk voor het vaststellen van de jaarrekening over het boekjaar 2013 om die reden uitstel gekregen.

Over 2014 beschikken curatoren over een tot en met 31 oktober 2014 bijgewerkte administratie, die in opdracht van de curatoren kort na de faillissementsdatum is uitgewerkt in een proefbalans en resultatenrekening. In het onderzoeksrapport zijn voor de periode tussen 1 november 2014 en 31 december 2014 schattingen opgenomen, die zijn gebaseerd op de proefbalans per 31 oktober 2014 en resultatenrekening over de eerste tien maanden. De resultatenrekening is op basis van kalenderdagen geëxtrapoleerd naar de peildata 27 november 2014 en 31 december 2014. Op basis daarvan zijn schattingen gemaakt van het eigen vermogen per faillissementsdatum. Hierop is nog een correctie doorgevoerd, omdat de transitievergoeding ziekenhuizen 2012 en 2013, die voor € 5,4 miljoen op de balans van 31 december 2013 stond, dient te worden afgewaardeerd tot € 3,6 miljoen. In december 2014 wordt bekend dat in plaats van de verwachte € 5,4 miljoen slechts € 3,6 miljoen transitievergoeding wordt toegekend. Op grond daarvan daalt het eigen vermogen met € 1,8 miljoen.

In de stukken van de RvT over 2013 en 2014 wordt melding gedaan van een mogelijke asbestsanering, waarvan de kosten € 2 miljoen zouden bedragen. Deze kosten zijn nog niet in de budgetten verwerkt. Vanwege de onduidelijkheid van deze post is deze niet als correctie opgenomen.

5.2. Financiële situatie bij de start in 2007 per 31 december 2006

Bron Jaarrekeningen 2006 (1-1-2007) bedragen x1000	de Stelp	Dongeradeel	Talma Hoeve	Talma Sionsberg	totaal
Balans totaal	3.168	5.487	5.056	55.121	68.832
Eigen vermogen	456	2.303	492	5.072	8.322
Vreemd vermogen	2.712	3.183	4.565	50.049	60.510
Solvabiliteit	14,4%	42,0%	9,7%	9,2%	12,1%
Werkkapitaal*	28	1.521	-1.421	-6.097	-5.969
Current ratio	1,04	1,81	0,23	0,60	0,69
Bedrijfsresultaat	201	76	193	1.957	2.428
Netto resultaat	97	76	23	64	260
Rentabiliteit	5,0%	0,8%	0,8%	0,1%	0,4%
Rendement	6,3%	1,4%	3,8%	3,6%	3,5%

Tabel 3

Van de instellingen, die per 1 januari 2007 gaan fuseren, is Talma Sionsberg veruit de grootste. Talma Sionsberg exploiteert onder andere De Sionsberg en de verpleeghuizen Waadwente en Talma Hûs.

Het werkkapitaal van Talma Sionsberg stond op 31 december 2006 al onder druk, mede als gevolg van de eerste investeringen in de bouw van De Hoed (zie hierna in hoofdstuk 7.2). Het negatieve werkkapitaal duidt erop dat er bij aanvang van Pasana al spanning op de liquide middelen was. Voor een toelichting op de ratio's wordt verwezen naar **bijlage 2.**

In 2007 en 2008 heeft de NZa de vermogensmonitor zorgaanbieders uitgebracht:

gemiddelde solvabiliteit obv NZa monitor			
	2006	2007	2008
algemene en top klinische ziekenhuizen (cure)	9%	10%	11%
VV&T (care)	20%	19%	20%
ongewogen gemiddelde*	15%	15%	15%

Tabel 4

Een vergelijking van de balans per 31 december 2006 met de landelijke cijfers wijst uit dat het weerstandsvermogen van Pasana bij de fusie in 2007, in vergelijking met de branche, zwak/beneden gemiddeld is. Immers, Talma Sionsberg scoort met 9,2% solvabiliteit in lijn met het landelijk gemiddelde, maar de balans van Talma Sionsberg wordt voor een groot deel gevormd door twee grote verpleeghuizen, die volgens de NZa monitor in de branche gemiddeld 20% solvabiliteit scoren. De solvabiliteit van De Stelp en Talmahoeve blijft ook achter bij het landelijk gemiddelde. In het kader van destijds aangekondigde plannen om de zorg verder te liberaliseren, waarbij zorgaanbieders meer ruimte krijgen maar ook meer risico's gaan lopen, is het lage weerstandsvermogen zorgelijk.

In het accountantsverslag d.d. 28 mei 2008 naar aanleiding van de controle van de jaarrekening 2007 wijst de accountant op de verslechterde financiële positie en stelt dat in de toekomst een solvabiliteitsratio van 20% noodzakelijk is. Dit betekent dat Pasana een behoorlijke vermogensgroei zal moeten doormaken. De accountant waarschuwt dat als deze niet wordt gerealiseerd, Pasana problemen zal gaan ondervinden met bancaire financiering en dat Pasana onvoldoende financiële weerbaarheid zal hebben.

5.3. Ontwikkeling financiën en ratio's 31 december 2006 t/m 27 november 2014

bedragen x 1000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	27 nov 2014*	31 dec 2014*
Balanstotaal	68.698	72.184	70.557	71.982	73.751	62.954	56.959	61.807	62.446		
Eigen vermogen	**8.322**	**6.846**	**5.449**	**7.172**	**7.289**	**3.041**	**-5.017**	**-12.371**	**-14.052**	**-16.036**	**-16.223**
Vreemd vermogen	60.375	65.338	65.108	64.810	66.462	59.913	61.976	74.178	71.586		
Solvabiliteit	12,1%	9,5%	7,7%	10,0%	9,9%	4,8%	-8,8%	-20,0%	-22,5%		
Werkkapitaal	-5.969	-9.578	-13.832	-11.049	-4.601	-8.683	-12.557	-19.519	-19.754		
Quick ratio	0,56	0,51	0,36	0,26	0,36	0,33	0,35	0,23			
Current ratio	0,69	0,53	0,39	0,54	0,80	0,52	0,46	0,42	0,45		
Bedrijfsopbrengsten	66.502	67.133	70.786	73.519	75.813	74.299	79.826	74.300	59.426	64.704	71.350
Bedrijfslasten	64.074	65.729	69.515	69.536	73.173	76.324	85.912	79.750	59.366	64.639	71.278
Bedrijfsresultaat	2.428	1.404	1.271	3.982	2.640	-2.025	-6.086	-5.450	60	65	72
Financiële baten en lasten	-2.168	-2.686	-2.669	-2.463	-2.523	-2.236	-1.962	-1.911	-1.741	-1.896	-2.089
Netto resultaat	**260**	**-1.282**	**-1.398**	**1.519**	**117**	**-4.308**	**-8.030**	**-7.350**	**-1.681**	**-1.830**	**-2.017**
Rentabiliteit	3,5%	1,9%	1,8%	5,5%	3,6%	-3,2%	-10,7%	-8,8%	0,1%		
Rendement	0,4%	-1,9%	-2,0%	2,1%	0,2%	-5,8%	-10,1%	-9,9%	-2,8%	-2,8%	-2,8%

* voor schattingen per 27 november en 31 december 2014 zie paragraaf 5.1

Tabel 5

Ter vergelijking op basis van de jaarrekeningen 2013:

Jaarrekeningen 2013	MCL	Nij Smellinge	Kwadrantgroep	Zuidoostzorg
Solvabiliteit	33,5%	47,5%	37,8%	28,0%
Current ratio	1,21	1,62	1,30	0,84

Tabel 6

Bij de start is de financiële positie al zwak.

Uit het verloop van tabel 5 blijkt dat het werkkapitaal door de jaren heen achteruit gaat, de solvabiliteit neemt af van 12,1% naar -/- 22,5% en de current ratio neemt af van 0,69 naar 0,45. Pasana heeft slechts één jaar een redelijk resultaat gehad, namelijk in 2009 en in één jaar, in 2010, een resultaat dat dichtbij 0 uitkwam.

Uit tabel 6 blijkt dat Pasana het af moet leggen tegen collega-instellingen in Friesland, die een veel beter weerstandsvermogen hebben en een betere liquiditeit.

Ontwikkeling eigen vermogen uitgesplitst naar rak en vrij vermogen

bedragen x1000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	27 nov 2014*
kapitaal				326	180					
collectief gefinancierd gebonden vermogen:										
RAK ziekenhuis				3.835	2.916	-2.322	-12.179	-21.341	-24.118	-26.201
RAK ouderenzorg				2.529	3.409	4.033	5.730	7.454	8.231	8.300
collectief gefinancierd vrij vermogen				482	784	1.269	1.399	1.510	1.835	1.864
aandeel derden						61	33	6		
totaal	8.322	6.846	5.449	7.172	7.289	3.041	-5.017	-12.371	-14.052	-16.036

** voor schattingen per 27 november 2014 zie hoofdstuk 5.1*

Tabel 7

In tabel 7 is over de jaren 2006 t/m 2008 geen uitsplitsing opgenomen, omdat het inzicht in deze cijfers ontbreekt. Als gevolg van afrondingsverschillen geven de cijfers op jaarbasis geen volledige aansluiting.

5.4. Ontwikkeling eigen vermogen per rechtspersoon

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	27 nov 2014*
Pasana Cure B.V.	2.014	-95	854	-64	-5.374	-11.999	-21.162	-23.939	-26.022
Pasana Care B.V.	2.672	3.429	3.881	4.761	5.642	6.095	7.819	8.596	8.665
Pasana Kreas B.V.						51	-99	-68	-65
Pasana Techniek en ond.B.V.						16	16	16	16
Pasana Thuis B.V.						25	14		
St Vastgoed Pasana & MCS	1.045	2.318	2.437	2.475	2.713				
St Vastgoed Pasana						2.184	2.184	2.184	2.184
MCS						704	948	1.237	1.263
verschil	1.115	-203		117	61	-2.093	-2.091	-2.078	-2.077
totaal geconsolideerd ev	6.846	5.449	7.172	7.289	3.041	-5.017	-12.371	-14.052	-16.036

** voor schattingen per 27 november 2014 zie hoofdstuk 5.1*

Tabel 8

Het overzicht uit tabel 8 sluit niet aan op het overzicht uit tabel 7. De afwijking staat in de regel “verschil”. De verklaringen voor het verschil zijn:

- er zijn enkele kleine verschillen ontstaan omdat in het overzicht uit tabel 7 de beginstand van het eigen vermogen wordt ontleend aan de jaarrekening van het volgende jaar en in tabel 8 het eigen vermogen wordt ontleend uit de jaarrekening van het betreffende jaar;
- aandeel van derden in het eigen vermogen veroorzaakt enkele kleine verschillen;
- verschil van 2007 kan niet worden verklaard, mogelijk wordt dit veroorzaakt door Pasana Vastgoed en/of MCS;
- vanaf de jaarrekening 2012 wordt het eigen vermogen van Pasana Vastgoed en MCS gesplitst;
- voor het verschil in 2012 en 2013 van 2,1 miljoen is nog geen verklaring. Er is mogelijk een fout geslopen in de toelichting van de jaarrekening 2012. Mogelijkheden:
    - geen onderdeel van de deelnemingen (specifiek Zorggroep Pasana);
    - er moet net als in voorgaande jaren worden toegerekend aan Pasana Cure en Pasana Care (hypothese a);

- in 2012 is er een forse afwaardering geweest die voor het verschil niet is toegerekend aan Pasana Vastgoed (hypothese b).

Wat verder opvalt is dat een bijzondere waardevermindering van de vaste activa in 2012 van € 4,5 miljoen geen zichtbaar effect heeft op het eigen vermogen van Pasana Vastgoed.

Wanneer in het vervolg van dit onderzoeksverslag wordt verwezen naar het eigen vermogen, dan wordt, tenzij anders vermeld, verwezen naar bovenstaande overzicht. De hypotheses a en b zijn uitgewerkt in **bijlage 3**.

5.5. Ontwikkeling resultaat De Sionsberg en Ouderenzorg

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	extrapolatie 27 nov 2014	extrapolatie dec 2014
Netto resultaat cure De Sionsberg	-1.024	-2.026	1.067	-844	-5.263	-9.894	-9.195	-2.777	-3.025	-3.335
bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	extrapolatie 27 nov 2014	extrapolatie dec 2014
Netto resultaat care Ouderenzorg	-258	628	452	961	880	1.667	1.598	777	846	932

** voor schattingen per 27 november 2014 zie hoofdstuk 5.1*

Tabel 9

Tabel 9 laat het verloop zien van het resultaat. De Sionsberg heeft alleen in 2009 een positief resultaat, de Ouderenzorg heeft alleen in 2007 een negatief resultaat. In hoofdstuk 8 is een analyse opgenomen van de cijfers van De Sionsberg en de Ouderenzorg.

Op de fusiedatum 1 januari 2007 heeft Pasana een geconsolideerd eigen vermogen van € 8,3 miljoen en een op dat moment al matige en voor verbetering vatbare solvabiliteit van 12%. Het lukt Pasana de jaren daarna niet haar financiële positie door kostenbeheersing te verbeteren. Eind 2011 en na de ondertoezichtstelling van De Sionsberg, de daarop volgende sluiting van de afdeling cardiologie en de SEH, is de stand van het geconsolideerd eigen vermogen gedaald naar € 3 miljoen en bedraagt de solvabiliteit nog slechts 4,8%.

In 2012, het jaar van de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe, vermindert het geconsolideerd eigen vermogen met € 8 miljoen, waarmee dat uitkomt op -/- € 5 miljoen. In de jaren daarna zakt het geconsolideerde eigen vermogen door diverse ontwikkelingen, beslissingen en investeringen verder weg. Eind 2013 is de stand -/- € 12,3 miljoen en vlak voor faillissement -/- € 16 miljoen.

Het eigen vermogen van de Ouderenzorg is vanaf de fusiedatum in 2007 opgelopen van € 2,7 miljoen naar € 8,7 miljoen voorafgaand aan het faillissement. Dit betekent dat de Ouderenzorg vanaf de fusie in 2007 tot het faillissement in 2014 gemiddeld ruim € 850.000,- winst per jaar heeft gerealiseerd. Opvallend is dat de resultaten van de Ouderenzorg in de laatste jaren vóór het faillissement aanmerkelijk hoger zijn dan in de eerste jaren na de fusie in 2007. Op een omzet van € 35 tot € 40 miljoen werd hiermee een uitstekend resultaat gerealiseerd, dat overeenkomt met de bedrijfstak. Voor detailinformatie over de cijfers van de Ouderenzorg wordt verwezen naar tabel 16 in hoofdstuk 8.2.

De negatieve vermogensontwikkeling is volledig toe te schrijven aan De Sionsberg. Ultimo 2011 is het ziekenhuis al technisch failliet met een eigen vermogen van -/- € 5,4 miljoen. De verliezen van De Sionsberg zijn evenwel nog opgelopen naar -/- € 26 miljoen ultimo 2014. De Sionsberg heeft dit uitsluitend kunnen volhouden door de ondersteuning van de Ouderenzorg en Nij Smellinghe.

6 Productie en marktaandeel De Sionsberg

6.1. Ontwikkeling productie De Sionsberg

Ontwikkeling productieaantallen	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Opnamen	4.914	4.791	4.745	4.411	3.336	2.642	2.541
Verpleegdagen	27.154	26.148	25.296	18.232	15.792	12.113	10.978
Dagverpleging	3.741	4.416	5.049	4.798	4.145	4.190	4.744
1e polibezoek/nieuw ziektegeval	27.481	28.010	29.258	29.935	28.356	29.629	37.791
Mutatie:							
Opnamen	456	-123	-46	-334	-1.075	-694	-101
Verpleegdagen	717	-1.006	-852	-7.064	-2.440	-3.679	-1.135
Dagverpleging	349	675	633	-251	-653	45	554
1e polibezoeken	1.176	529	1.248	677	-1.579	1.273	
Opnamen	10%	-3%	-1%	-7%	-24%	-21%	-4%
Verpleegdagen	3%	-4%	-3%	-28%	-13%	-23%	-9%
Dagverpleging	10%	18%	14%	-5%	-14%	1%	13%
1e polibezoek/nieuw ziektegeval	4%	2%	4%	2%	-5%	4%	

Tabel 10

De aantallen van de jaren 2007 tot en met 2012 zijn ontleend aan de maatschappelijke jaarverslagen. De jaren 2013 en 2014 zijn ontleend aan door Nij Smellinghe beschikbaar gestelde rapportage tot faillissement. 2014 is geëxtrapoleerd naar 365 dagen. Tot en met 2013 worden 1e polikliniek bezoeken gerapporteerd, vanaf 2014 nieuwe ziektegevallen. Deze cijfers zijn daarom niet vergelijkbaar.

Vanaf 2009 is een teruggang van opnamen en verpleegdagen te zien:

- voor een klein gedeelte is de teruggang waarschijnlijk te verklaren door de landelijke tendens;
- medio 2011 wordt de klinische cardiologie gesloten en zijn er problemen met de acute zorg;
- vanaf dat moment wordt een sterke en blijvende daling ingezet van opnamen en verpleegdagen;
- in 2012 neemt de daling van opnamen en verpleegdagen toe. Voor een gedeelte is dit te verklaren door de sluiting van de klinische cardiologie in mei 2011;
- de daling zet door in 2013 en 2014. Dit zal mede een gevolg zijn van de sluiting van de geboortezorg tegen het einde van 2012 en van de constatering dat een deel van de klinische zorg als “pamperzorg” moet worden gekwalificeerd (zie hoofdstuk 7.8). De daling zal daarnaast een gevolg zijn van overheveling van klinische zorg naar Nij Smellinghe.

De bestuurders geven in de interviews het volgende aan over de productie afname vanaf 2011:

De heer Wagenaar:

> “*Dat had natuurlijk ook met de OK's te maken. Als je bepaalde operaties niet kan doen, ook de chirurgie, dan neem je mensen die evident zo'n operatie nodig hebben hier niet op maar die gaan dan door naar Drachten of Leeuwarden” en “Dat zit dus in het stoppen met geboortezorg, het stoppen met de klinische cardiologie en de gebrekkige OK's”*

De heer Littooij:

> *“Ik denk dat dat te maken heeft omdat er in 2011, door het verscherpt toezicht een negatief beeld is ontstaan. Daardoor worden patiënten huiverig, waarschijnlijk zal dat invloed hebben, daarop terugkijkend, hoeveel weet ik niet. We konden hier ook niet alles meer aanbieden, daarmee kwam de trek naar Leeuwarden op gang.*

We hebben overigens goede contacten gehad met de huisartsen, maar wat er in die spreekkamers gebeurt, daar heb ik geen invloed op. Ik had wel het gevoel dat ze anders verwezen, daar nu op terugkijkend. Dat zie je pas als je de productiecijfers na een jaar ziet."

De heer Littooij over de afname van opnamen en verpleegdagen in 2013 en 2014:

"Vervolgens bleek er begin 2013 nog een ander probleem, dat niemand had kunnen voorzien. Een deel van de zorg was geen zinnige zorg zoals wij die kenden, we hebben dat toen pamperzorg genoemd. Uit onderzoek van DFZ bleek dat er een heleboel zorg was die niet in een ziekenhuis thuis hoorde" (zie hoofdstuk 7.8).

Uit de interviews blijkt dat RvB, RvT en specialisten vanaf 2011 tot begin 2014 vasthouden aan een zo breed mogelijk ziekenhuisaanbod, inclusief klinische functies. Het maatschappelijk belang voor de regio en behoud van werkgelegenheid spelen daarin een belangrijke rol. Ook bestaat de gedachte dat De Sionsberg uitsluitend bestaansrecht behoudt door een samenhangend aanbod van poliklinische en klinische zorg op zoveel mogelijk specialistische terreinen. Door dit los te laten zal ook het financiële fundament onder De Sionsberg verdwijnen.

6.2. Marktaandeel de Sionsberg

Onderstaande tabel is ontleend aan een uitwerking van de RvB van het rapport "Ziekenhuiszorg in de polders" van januari 2010. Hierin wordt het marktaandeel van De Sionsberg per specialisme uitgewerkt. Dit rapport is gebaseerd op cijfers van Prismant over de jaren 2006 – 2008.

Specialisme	**Gemiddeld marktaandeel**	**Trend 2006-2008**
Chirurgie	57%	Stabiel
Interne	60%	Groeiend op vasteland, dalend op eilanden
Cardiologie	51,8%	Licht groeiend op vasteland, dalend op eilanden
Gynaecologie	65%	Licht groeiend op vasteland, ruim groeiend op eilanden
Neurologie	55,6%	Gemiddeld dalend
Kindergeneeskunde	56%	Overal groei, met uitzondering van Schiermonnikoog
Dermatologie	21,7%	Van dalend tot stabiel
Orthopedie	25%	Zowel afname als toename per deelgebied
Longgeneeskunde	9%	
Urologie	4%	
Oogheelkunde	88%	Groeiend, m.u.v. enkele gebieden

Tabel 11

Het marktaandeel van De Sionsberg is historisch gezien laag. In de opeenvolgende herstel- en reorganisatieplannen wordt telkens uitgegaan van de veronderstelling dat het marktaandeel zal groeien, hetgeen moet leiden tot productieverhoging. Op basis van het beperkte marktaandeel van De Sionsberg biedt de markt daar in beginsel ook ruimte voor en is deze veronderstelling te begrijpen. Uit de verslagen van de RvB en RvT uit de periode van 2010 tot en met 2014 en de interviews blijkt evenwel niet dat er nader onderzoek is gedaan naar marktaandelen van ziekenhuizen in de regio en de mogelijkheden om patiëntenstroom naar De Sionsberg te beïnvloeden.

Het ziekenhuis is (te) klein. Mevrouw Royen (voorzitter VMS tot 1 december 2012):

> *"De adherentie was héél laag. Je kan er op verschillende manieren naar kijken. Als je het gewoon als een bedrijf ziet, wat een ziekenhuis ook is, dan was het een bedrijf dat steun nodig zou hebben om te kunnen overleven, want boven Dokkum is niks. Dus, je hebt een veel te lage adherentie om als bedrijf te kunnen overleven. Maar ik denk dat dat niet het hele verhaal moet zijn over kleine ziekenhuizen. Maar goed, dat was het toen wel."*

In de interviews komt naar voren dat het vergroten van het marktaandeel voor Nij Smellinghe een belangrijke argument is om de bestuurlijke fusie door te zetten. Enerzijds om te voldoen aan de opkomende volumenormen voor behandelingen/operaties en anderzijds als weerwoord op het plan van Friesland Voorop van DFZ om te komen tot meer concentratie van de ziekenhuiszorg in Friesland. Uit de verslagen van RvB en RvT uit de periode na de bestuurlijke fusie blijkt niet dat het marktaandeel van Nij Smellinghe ook daadwerkelijk is vergroot na 2012.

Uit het interview met mevrouw Royen komt naar voren dat een fusie met Drachten voor de adherentie beter zou uitpakken dan een fusie met het MCL. Mevrouw Royen:

> *"…Leeuwarden leek een natuurlijke partner om mee te fuseren, maar de staf, medische staf, waar ik toen voorzitter was, zei: "Nou, dat doen we niet, want we kunnen beter met Drachten fuseren, want Drachten móet ons hoog houden. Want als Drachten ons helemaal uitkleedt… Stel je voor, wij fuseren met Drachten, dan kunnen ze ons niet uitkleden en opheffen en een poli maken, want dan gaat de adherentie naar Leeuwarden …"*
>
> *"…We hadden al specialisten uit Leeuwarden hier, die trokken al aan onze adherentie, want die namen ze mee naar Leeuwarden. Dus, dat merkten wij wel en dat vonden we vervelend…"*
>
> *"Maar hier was dat in ieder geval zo, dat als je niet hierheen ging, zou je naar Leeuwarden gaan. Dus, wij dachten, als wij met Leeuwarden fuseren, dan trekken ze ons leeg en zijn we binnenkort een buitenpoli van Leeuwarden. Ik zeg het even een beetje overdreven, maar dat dachten we. En toen hadden wij bedacht, als we nou met Drachten fuseren, kan dat uitkleedscenario niet gebeuren….."*

Bijzonder is dat in de periode na de bestuurlijke fusie de specialisten uit het MCL in Dokkum blijven werken en dat daarmee de verwijslijn naar het MCL in stand blijft.

7 Ontwikkelingen in de periode 2007 t/m 2014

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de verhaallijn weergegeven van de analyse, planning, prognose en realisatie van het resultaat vanaf 1 januari 2007 tot en met de faillissementsdatum van Pasana. Ook zijn de waargenomen ontwikkelingen in de zorg opgenomen. De nadruk ligt op De Sionsberg. De Ouderenzorg wordt alleen genoemd waar dat zinvol is of voortvloeit uit de gebruikte documenten.

7.2. 2007 tot en met 2010: de opmaat naar de problemen

2007

De jaarrekening van 2007 is het vertrekpunt voor het onderzoek van de curatoren. Het resultaat van Pasana bedraagt in 2007 -/- € 1,3 miljoen. Ruim -/- € 1 miljoen daarvan komt voor rekening van De Sionsberg. De jaarrekening meldt als bijzondere kosten het afscheid van de heren Koetje en Pruis als bestuurders van Pasana (€ 0,9 miljoen), een extra afboeking op goodwill (€ 0,6 miljoen) en fusiekosten (€ 0,45 miljoen). Zonder deze bijzondere lasten zou er een licht positief resultaat zijn behaald in het eerste jaar na de fusie.

2007 is evenwel geen zorgeloos jaar. Het verslag van de RvT d.d. 2 april 2007 meldt dat op 8 mei 2007 de eerste paal voor “De Hoed” zal worden geslagen. De Hoed is een afkorting voor “huisartsen onder één dak”. In dit gebouw wordt huisvesting geboden aan alle huisartsen, die in Dokkum zijn gevestigd en het gebouw biedt plaats aan een spoedapotheek. Tot de ingebruikname van De Hoed waren de huisartsen verspreid gevestigd over de stad Dokkum. Het gebouw wordt aan de oudbouw van De Sionsberg gebouwd en zal daarmee één geheel vormen. Het gebouw wordt gesticht door Stichting Pasana Vastgoed, die ongeveer de helft van het gebouw zal verhuren aan de huisartsen. De andere helft wordt aan de polikliniek toegevoegd en biedt voorts onderdak aan het bestuur en management van Pasana. In mei 2008 wordt De Hoed betrokken.

Het besluit om De Hoed op te richten is genomen door de bestuurders van Stichting Christelijke Zorgvoorziening Talma Sionsberg, voorafgaand aan de fusie van 1 januari 2007. Een plan over de omvang van de investeringskosten en de financiering van de investeringen ontbreekt.

In de verslagen van de vergaderingen van de RvT van 2007 komt de investering en de financiering van De Hoed niet aan de orde. De investering bedraagt uiteindelijk € 5,6 miljoen. Hoewel dat niet duidelijk uit de stukken kan worden opgemaakt dient dit bedrag nog te worden verhoogd met (een gedeelte van) een bedrag van € 2,2 miljoen voor aanloopkosten en van € 2,6 miljoen voor investeringen in inventaris. Het geheel van de investeringen wordt gefinancierd uit het rekening-courant krediet, dat wordt aangehouden bij ING Bank. In 2008 leidt deze investering tot ernstige liquiditeitsproblemen. In de verslagen van de vergaderingen van de RvT van 2009 wordt gemeld dat De Hoed is getaxeerd op € 3,1 miljoen. Eerst in 2010 slaagt Pasana er in bij de RABO Bank een financiering op het gebouw af te sluiten van € 3,5 miljoen. In hoofdstuk 8.3 worden de investeringen nader geanalyseerd.

De heer Doppenberg over de situatie bij zijn start in 2007:

> *“Het ziekenhuis was toen nog in een comfortabele financieringspositie: als je tekort komt aan het einde van het jaar wordt dat aangevuld.”*

De heer Doppenberg over de financiering van De Hoed uit de rekening courant en besluitvorming voor zijn aantreden:

“Je zou zeggen, een noodlijdend ziekenhuís kan niet zomaar even nieuwbouw plegen zonder deugdelijke financiering.”

De heer Doppenberg over de vraag of de investeringen nog konden worden stopgezet:

“Toen ik daar aantrad waren ze nog even de deuren aan het verven, maar alles was al gebouwd.”

Deze laatste opmerking is feitelijk onjuist, omdat de eerste paal op 8 mei 2007 is geslagen en de huisartsen pas in mei 2008 De Hoed betrekken. Uit de verslagen van de RvT en interviews komt niet naar voren dat er is bijgestuurd om de kosten te verminderen.

2008

Medio 2008 worden de administraties van de fusiepartners geïntegreerd. Vanaf dat moment zijn de maandrapportages beter leesbaar.

In de vergadering van de RvT d.d. 6 februari 2008 geeft de interim-voorzitter van de RvB een presentatie van de problemen waar Pasana mee kampt. Dit geeft op alle fronten een negatief beeld, onder meer over het negatieve resultaat, de noodzaak om de solvabiliteit te verbeteren en de zorgen over de bestaande productportfolio. De RvT stemt in met het voorstel van de RvB om te starten met een inventarisatie van mogelijkheden, die in een ombuigoperatie kunnen worden uitgewerkt en met de voorbereiding van een beleidsplan.

In het accountantsverslag van PwC naar aanleiding van de controle van de jaarrekening 2007 stelt PwC dat de financiële positie verslechtert, de solvabiliteit daalt van 10,74% naar 8,68%. PwC stelt dat banken een percentage van ten minste 20% noodzakelijk achten en dat dit voor Pasana betekent dat een behoorlijke vermogensgroei zal moeten worden gerealiseerd om in de toekomst op aanvaardbare voorwaarden te kunnen worden gefinancierd. In de jaren die volgen komt de solvabiliteit niet meer boven de 10% en deze zal uiteindelijk dalen tot -/- 22,5%, zie tabel 5 in hoofdstuk 5.3.

In vergadering van de RvT d.d. 20 september 2008 wordt de raad verrast door een slechte prognose over het boekjaar 2008. Er wordt een verlies van € 1,3 miljoen voorspeld, een tegenvaller van € 2,1 miljoen ten opzichte van de begroting.

Het verslag van de vergadering van de RvT vermeldt de volgende opmerking van de RvB:

“de draai die we hadden moeten maken hebben we nog niet volledig gemaakt”.

Tot dat moment is er in RvT nog geen herstelplan gepresenteerd.

In de vergadering van de RvT d.d. 18 november 2008 presenteert de RvB een herstelplan, dat door de RvT wordt goedgekeurd. Het herstelplan beoogt een structurele ombuiging van € 3,7 miljoen in 2009. Cumulatief bedragen de bezuinigingen € 5,6 miljoen, die in 2009 en 2010 moeten worden gerealiseerd. Daarnaast zal er een incidentele besparing zijn van € 1,8 miljoen. De begroting voor 2009 wordt vastgesteld met een te realiseren resultaat van € 2,1 miljoen positief.

Pasana sluit 2008 af met een resultaat van -/- € 1,4 miljoen. De Sionsberg heeft een resultaat van -/- € 2 miljoen.

2009

In de vergadering van de RvT d.d. 22 januari 2009 vraagt de RvT hoe het gesteld is met de financiering van De Hoed. In 2009 komt dit onderwerp evenwel niet meer terug in de verslagen.

Op de agenda's van de vergaderingen van de RvT van 2009 staat telkens de herstelplan-rapportage, waarin melding wordt gedaan van de te realiseren en gerealiseerde besparingen. Op deze wijze volgt de RvT het herstelplan uit 2008.

In de vergadering van de RvT d.d. 25 mei 2009 behandelt de RvT het concept accountantsverslag van PwC, dat naar aanleiding van de controle op de jaarrekening 2008 is opgesteld. In het verslag stelt PwC dat de solvabiliteit daalt naar 8% en daarmee uitkomt beneden het gemiddelde. PwC waarschuwt dat zekerheden, die de overheid verschaft, zullen vervallen. De interne beheersing is voor verbetering vatbaar. PwC keurt de jaarrekening 2008 goed met een "6 ". De RvT stelt de jaarrekening vast.

In dezelfde vergadering meldt de RvB dat de formatie met 40 Fte is gedaald. In de vergadering van de RvT d.d. 22 juni 2009 wordt gesteld dat de personeelskosten te hoog zijn. In de vergadering van de RvT d.d. 3 september 2009 stelt de RvB dat het resultaat slechter is dan geprognosticeerd, dat de formatie weer is opgelopen en gereduceerd moet worden naar het niveau van april 2009. Volgens de jaarverslagen van 2008, 2009 en 2010 bedraagt de formatie respectievelijk 937 Fte, 910 Fte en 926 Fte. Hieruit blijkt dat Pasana ondanks de inspanningen die men zich in het herstelplan van 2009 heeft opgelegd, niet in staat is de personeelsomvang structureel te verminderen. In de rest van 2009 wordt in de verslagen van de RvT gematigd positief op de realisatie van het herstelplan van 2008 gereageerd.

In 2009 is de financiële positie iets verbeterd. De begroting van het ziekenhuis is "gered" door een forse opbrengststijging in het ziekenhuis (9%) en een verhoudingsgewijs beperkte stijging van de personeelskosten (2,6%). In latere jaren zal blijken dat de sector in 2009 een overproductie heeft gehad, als gevolg waarvan De Sionsberg in 2011 met € 0,5 miljoen wordt gekort. Het financiële resultaat van Pasana bedraagt over 2009 € 1,5 miljoen positief, waarvan ruim € 1 miljoen positief resultaat van De Sionsberg. Dit zal na 1 januari 2007 het enige jaar zijn waarin De Sionsberg winst maakt.

In de vergadering van de RvT d.d. 10 december 2009 wordt de management letter van PwC besproken. PwC is positief, er is een prioriteitenlijstje dat volgens PwC de nodige aandacht krijgt. Er zijn geen valkuilen geconstateerd. Pasana is volgens de accountant op de goede weg. Achteraf is het opvallend dat PwC geen aandacht vraagt voor het doorvoeren van structurele bezuinigingen.

2010

De begroting voor 2010 wordt in de vergadering van de RvT d.d. 10 december 2009 behandeld. De heer Adema vindt de begroting te summier en wenst meer aansluiting met het herstelplan, duidelijke doelstellingen en actieplannen. De RvT keurt de cijfers op hoofdlijnen goed. De heer Adema vraagt om doelstellingen en actieplannen. De doelstellingen en actieplannen, waar de heer Adema om vraagt, worden niet op de agenda's voor de volgende vergaderingen van de RvT geplaatst en komen als onderwerp ook niet meer terug in de verslagen van de RvT. De RvT beslist in de vergadering van 18 maart 2010 om het herstelplan van 2008 in te schuiven in de begroting van 2010. De rapportage, waarmee de RvB de RvT in 2009 informeerde over het herstelplan van 2008, eindigt. De voortgang van de nog openstaande besparingspunten is in de managementrapportage niet meer te volgen.

In de eerste helft van 2010 blijven de financiële resultaten achter op de prognose. De RvT vraagt in de vergadering d.d. 8 april 2010 aan de RvB om acties om op prognose te komen.

In de vergadering van 2 september 2010 schrikt de RvT van “fors oplopende tekorten”, uit haar bezorgdheid en vraagt naar de huidige stand van zaken in het herstelplan en de effecten daarvan op de cijfers over 2010. De RvB geeft aan dat hij, op basis van het rendement van de afdelingen, met portfoliomanagement bezig is om sturing te geven aan de financiën. Opvallend is dat de productportfolio in de periode vanaf 2007 niet zal wijzigen. Eerst als gevolg van maatregelen van buitenaf zal de productportfolio in 2011 feitelijk veranderen.

De RvT vraagt de RvB een notitie te schrijven met de tien belangrijkste korte termijn acties, de tien belangrijkste lange termijn strategische doelstellingen (de samenwerking met Nij Smellinghe buiten beschouwing gelaten) en mogelijk te blokkeren investeringen. Na ontvangst van dit schrijven stelt de RvT dat deze actiepunten tot zwarte cijfers moeten leiden.

In de vergadering van de RvT d.d. 21 oktober 2010 wordt de managementletter van PwC behandeld. PwC stelt dat de ingezette bezuinigingsacties nog niet structureel zijn geborgd en dat budget-overschrijdingen met name het gevolg zijn van te hoge kosten voor eigen personeel.

De heer Doppenberg stelt over 2010:

> *“En dan gaat het toch weer de verkeerde richting uit. Dat heeft natuurlijk alles te maken met het effect van die nieuwe financiering”.*

Deze constatering komt niet overeen met de uitkomsten van de financiële analyse van de bedrijfsopbrengsten en bedrijfskosten van De Sionsberg, die is opgenomen in hoofdstuk 8: van 2007 tot en met 2010 stijgen de opbrengsten, maar in 2010 staat ten opzichte van een opbrengstenstijging van 3,5% een kostenstijging van in totaal 9,1%. Daarbinnen stijgen de personeelskosten met 8% en de overige bedrijfskosten met 16,1%. Op basis van deze analyse heeft de organisatie in toenemende mate een kostenprobleem, dat ondanks het herstelplan van 2008 niet onder controle is gebracht.

In de vergadering van de RvT d.d. 3 februari 2011 wordt nog aangenomen dat het resultaat over 2010 uitkomt op circa € 0,65 miljoen. In de daaropvolgende vergadering is de verwachting gedaald naar € 0,2 miljoen, inclusief enkele incidentele baten en lasten. Het resultaat van Pasana blijkt uiteindelijk uit te komen op € 118.000,- positief. Het resultaat van De Sionsberg is -/- € 844.000,-.

7.3. Ontwikkelingen van de organisatie van de zorg in De Sionsberg van 1 januari 2007 tot en met medio 2011

In dit onderzoek is geen specifieke aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorg, die door het ziekenhuis is geboden. Er zijn geen indicaties dat de zorg op enig moment beneden de maat is. Dit hoofdstuk behandelt de kwaliteit van de organisatie van de zorg, in het perspectief van de problemen, waarmee De Sionsberg sinds 2007 wordt geconfronteerd.

7.3.1. Kwaliteitscertificering

De Sionsberg beschikt niet over een kwaliteitskeurmerk. Voor dat doel is contact gelegd met het NIAZ. Het NIAZ ontwikkelt sinds 1998 kwaliteitsnormen in de zorg. Het NIAZ beoordeelt of een zorginstelling de zaken structureel goed heeft geregeld. Daarmee beoogt het NIAZ structurele tekortkomingen uit te sluiten.

In de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2008 wordt gemeld dat De Sionsberg geen NIAZ-accreditatie verkrijgt en dat een actieplan volgt.

In de vergadering van de RvT d.d. 3 april 2008 wordt de uitkomst van een gesprek met het NIAZ teruggekoppeld: het NIAZ weigert de accreditatie omdat er geen verbetercultuur is, de processen niet zijn geborgd en een planning- en controlecyclus ontbreekt.

In de vergadering van de RvT d.d. 29 mei 2008 wordt een gebrekkig onderhoudssysteem voor de medische instrumenten in de OK en in de Ouderenzorg genoemd als oorzaak van de weigering van de accreditatie.

In de vergadering van de RvT d.d. 26 oktober 2009 wordt een strategiedocument besproken, waarin wordt aangegeven dat de NIAZ-accreditatie een speerpunt is.

In de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2010 wordt gesteld dat er nog geen NIAZ-certificering is.

In de vergadering van de RvT d.d. 18 maart 2010 wordt gesteld dat het NIAZ-traject enigszins is vertraagd en dat er een audit is gepland in april 2011.

In de vergadering van de RvT d.d. 27 mei 2010 wordt gemeld dat NIAZ-accreditatie in 2011 wordt verwacht.

Na de onder toezicht stelling van IGZ in 2011 wordt het stil rond dit onderwerp. Ook na de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe staan in de verslagen van RvB en RvT geen zichtbare acties om de certificering (nieuw) leven in te blazen.

7.3.2. Diverse problemen tussen 2008 en 2011

In de vergadering van de RvT d.d. 6 februari 2008 wordt opgemerkt dat er problemen zijn in de vakgroepen interne geneeskunde en cardiologie. Als laatste redmiddel is een externe deskundige ingezet.

In de vergadering van de RvT d.d. 3 april 2008 wordt het verslag van de externe deskundige besproken. Positief over interne geneeskunde, zorgen over met name twee cardiologen (het rapport van de deskundige geeft een wankele situatie weer).

In de vergadering van de RvT d.d. 29 mei 2008 wordt gesteld dat er voor cardiologie in het najaar van 2007 een traject is gestart ter bevordering van professioneel samenwerken. Dit traject moet de RvB ook kansen bieden voor het nemen van juridische maatregelen. De RvB acht de kans groot dat het traject niet lang gaat duren.

In een notitie van 5 juni 2008 en later in een brief spreekt de VMS over jarenlang wanbestuur, waaronder het negeren door de RvB en de RvT van problemen met een cardiologe, een specialist en een anesthesist en dat er bewust is afgeweken van de VMS adviezen.

In de vergadering van de RvT d.d.10 september 2008 wordt een haalbaarheidsonderzoek IC level 1 besproken, waarin onder andere wordt benoemd dat de anesthesisten IC-patiënten afwijzen, vakgroepen geen plan hebben, vakgroepen geen inzicht hebben in hun functioneren en de VMS naar de RvB verwijst. Er zijn onvoldoende IC-verpleegkundigen en opgeleide artsen, medische behandelprotocollen ontbreken en er is onvoldoende participatie van de IC in regionale overleggen.

In de vergadering van de RvT d.d. 18 november 2008 wordt besproken dat de RvB heeft besloten (via de rechter) afscheid te nemen van een cardioloog.

Op 18 maart 2010 wordt in de vergadering van de RvT gemeld dat het jaargesprek met IGZ goed is verlopen en dat de inspectie positief is over de voortgang binnen het ziekenhuis.

In de vergadering van de RvT d.d. 2 september 2010 wordt het bovenstaande nogmaals aan de orde gesteld met de mededeling dat er voor drie thema's een stappenplan is opgesteld: verloskunde, AZA (Acute Zorg Afdeling) en MSO (medische spoed opvang). Op de vraag naar het standpunt van de RvB over de relatieve kwetsbaarheid van anesthesie en OK-management wordt aangegeven dat de andere gebieden een goede verbetering laten zien, waarmee de kwetsbaarheid wordt opgeheven.

In de vergadering van de RvT d.d. 3 februari 2011 wordt besproken dat IGZ naar aanleiding van een bezoek op 24 november 2010 constateert dat de SEH niet voldoet aan de eisen. Dit leidt tot aanvullende vragen aan ketenpartners. De verwachting is dat De Sionsberg op dezelfde wijze door gaat maar niet meer onder de naamgeving SEH. Daarnaast is er een inspectiebezoek in het kader van Toezicht Operatief Proces op 11 januari 2011: uitslag positief en boven het landelijk gemiddelde.

Uit de vergaderingen van de RvT uit deze periode komt het beeld naar voren dat in de RvT uitsluitend zaken over het functioneren van vakgroepen, specialisten, SEH, OK en medisch instrumentarium aan de orde komen als zich incidenten voordoen.

De interviews geven het beeld dat bestuurders en RvT kritisch zijn over de medewerking van de specialisten in de ontwikkeling van De Sionsberg. Enkele citaten:

De heer Doppenberg:

> *"Wij hadden regelmatig overleg met de medische staf. Hoe vaak ik daar niet heb proberen uit te leggen dat de zaak fout ging, een paar keer ook met een externe om het ook aan de specialisten uit te leggen waar het met de wereld naar toe ging, ook wat de relatie is tussen RvT en de specialisten, daar hebben we voor de club gestaan, een paar keer. Jongens, het is niet meer zoals het was".*

De heer Doppenberg:

> *"Niet alleen het bestuur kwam onder druk te staan door externe omstandigheden, ook de medisch specialisten zagen dat hun verworvenheden onder druk kwamen te staan. Er werd vanuit het bestuur, maar ook vanuit de Raad van Toezicht ook van de medische specialisten wat verwacht. Ze moesten niet langer denken in termen van "onze salarissen worden wel betaald en het komt wel goed" tot "nee, je wordt betaald voor prestaties". En daar hadden een aantal die daar al tientallen jaren zitten toch moeite mee. Er was sowieso een cultuur tussen de specialisten en het bestuur van: alles wat goed gaat komt door ons en alles wat fout gaat daar spreken we het bestuur op aan. Dat ís wel een cultuur die heel lang is blijven hangen".*

De heer Doppenberg:

> *"Zeker als er weer een dip was, was er regelmatig communicatie tussen de bestuurder en ons. Bovendien had ik op enig moment ook rechtstreeks contact met de voorzitter van de medische staf, die overigens volstrekt andere gezichtspunten had dan de bestuurder".*

Mevrouw Kazemier (voorzitter OR):

> *"(….) maar ik wist wel dat er heel veel trammelant was onderling bij vakgroepen. Met name bij de cardiologie en meer vakgroepen was geen sprake van een prettige samenwerking"*

7.4. Ondertoezichtstelling IGZ

Op 27 mei 2011 besluit IGZ De Sionsberg onder verscherp toezicht te stellen en wordt de klinische cardiologie op last van IGZ gesloten.

Citaten uit de correspondentie van IGZ op en na 27 mei 2011:

- *"Wij stelden ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum voor maximaal zes maanden onder verscherpt toezicht. Wij hadden onvoldoende vertrouwen in de kwaliteit en de resultaten van de bestuurlijke maatregelen die de Raad van Bestuur tot dan toe had genomen om de patiëntveiligheid te verbeteren. Er was al eerder sprake van een zeer moeizame samenwerking tussen de vakgroep cardiologie en de bestuurder, overige medisch specialisten en medewerkers. Verbeteringen bleken niet te zijn doorgevoerd".*
- *"Het verscherpt toezicht is ingesteld en blijft van kracht omdat de bestuurder eerdere toezeggingen om maatregelen te nemen ter verbetering van de kwaliteit van zorg onvoldoende is nagekomen. Zo heeft de bestuurder verzuimd maatregelen te treffen om de cardiologische zorg te verbeteren. In een visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie van februari 2009 werd al geconstateerd dat er een zeer moeizame samenwerking was tussen de vakgroep cardiologie enerzijds en de bestuurder, overige medisch specialisten en medewerkers in het ziekenhuis anderzijds. Ook constateerde de commissie onacceptabele werkafspraken waardoor de acute zorg onvoldoende kon worden gewaarborgd".*
- *"Hoewel de bestuurder aan de inspectie een jaar geleden toezegde een extra vijfde cardioloog aan te stellen, was dit ten tijde van het inspectiebezoek d.d. 25 mei 2011 nog niet gerealiseerd. De bestuurder plaatste de vakgroep op 19 april 2011 onder intern verscherpt toezicht. Concrete afspraken over de wijze waarop hierop wordt toegezien en of het besluit wordt gehandhaafd ontbraken echter".*
- *"Ook toezeggingen over het borgen van de spoedeisende hulp in de regio zijn niet nagekomen. Omdat ziekenhuis De Sionsberg niet voldoet aan de minimale kwaliteitseisen voor het leveren van spoedeisende hulp kunnen en mogen zij niet alle acute zorg bieden. Zij moeten afspraken maken met huisartsen, ambulancediensten en ziekenhuizen in de regio over welke zorg zij wel zelf leveren en welke patiënten moeten worden overgeplaatst naar andere ziekenhuizen".*

De RvT bespreekt de problemen in een extra vergadering op 9 juni 2011. In de vergadering van 12 juli 2011 wordt het concept plan van aanpak besproken en in de maanden daarna volgt de RvT de voortgang.

In de vergadering van de RvT d.d. 12 juli 2011 wordt gemeld dat PwC in samenwerking met de vereniging voor cardiologie onderzoek gaat doen naar de vakgroep cardiologie en komt aan de orde dat ook de vakgroep anesthesie op orde moet worden gebracht. Bij de vergaderstukken van de RvT van 1 december 2011 zit de diagnose van het door PwC uitgevoerde onderzoek naar de cardiologie, gedateerd 14 november 2011. Hieruit komt het volgende beeld naar voren: Bestuurder en vakgroep zijn vergevorderd met het nemen van maatregelen naar aanleiding van de door de IGZ geconstateerde punten. Voor wat betreft de onderliggende processen geeft PwC aan dat de problematiek rond de vakgroep cardiologie complex en diepgeworteld is. De samenwerking tussen betrokkenen wordt ernstig belemmerd door niet effectieve communicatie en gebrek aan feedback. Dit betreft het gehele speelveld waarin naast cardiologie ook de vakgroep interne, de RvB en het stafbestuur een rol spelen.

In de vergadering van de RvT d.d. 15 september 2011 wordt een mail behandeld met de criteria van IGZ voor het heropenen van de klinische cardiologie. De klinische cardiologie blijft gesloten ondanks de wens om deze weer te heropenen.

Uit de interviews met de toezichthouders blijkt dat zowel de RvB als de RvT volstrekt overvallen is door de ondertoezichtstelling van de IGZ.

Niemand had dit zien aankomen. De heer Dijk*:*

> *"dat kwam als een donderslag bij heldere hemel".*

De toezichthouders ervaren de ondertoezichtstelling als een kantelpunt. De heer Doppenberg stelt dat het fusieproces met Nij Smellinghe hierdoor sterk negatief is beïnvloed. Men had verwacht dat het fusieproces per 1 januari 2012 kon worden afgerond. De heer Doppenberg*:*

> *"Ja, in feite hadden wij al begin 2011 de prognose: per 1 januari 2012 hebben wij een fusiepartner gevonden en is er overeenstemming bereikt. Vanaf de ondertoezichtstelling waren wij geen gelijkwaardige partners meer".*

De heer Doppenberg stelt over de financiële gevolgen:

> *"En je ziet dan ook dat het vertrouwen in het ziekenhuis bij de patiënten en de huisartsen keldert. Je ziet ook dat er een enorme productieafname ontstaat. Uiteindelijk is 2011 min € 6 miljoen geworden voor het ziekenhuis, en min € 4,5 miljoen voor de totale groep. Dat was niet op die schaal gebeurd als we dit incident niet hadden gehad. Ik heb analyses gezien dat € 3 miljoen alleen al toe te schrijven was aan de kosten die je niet meer kon dekken door het verscherpt toezicht. Je had natuurlijk wel die mensen in dienst, die geen productie maakten, waaronder de cardiologen. Je ging ook kosten maken om het verscherpt toezicht weer van de baan te krijgen, onder andere door een dure ontslagprocedure van een cardioloog. Tegelijkertijd had je geen klanten".*

Het verscherpt toezicht zal uiteindelijk tot 2 februari 2012 duren. Na goedkeuring van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg heft IGZ de ondertoezichtstelling op.

De heer Doppenberg over de duur van het verscherpt toezicht:

> *"Je verwacht niet dat het verscherpt toezicht zo lang zou gaan duren. Gebaseerd op ervaring elders, het Maasland Ziekenhuis stond tegelijkertijd onder verscherpt toezicht, er waren drie doden gevallen, die waren binnen drie maanden van het verscherpt toezicht af. Je verwacht niet dat vanwege een incident als dit dat je zo lang onder verscherpt toezicht blijft. Dus je verwacht dat je misschien wel in september van het verscherpt toezicht af bent en daarom maak je ook die investeringen in het compleet maken van het cardiologenteam. Op dat moment wordt er van alles aan vast gekoppeld, ineens werden we geconfronteerd met het gegeven dat IGZ en DFZ de focus van het verscherpt toezicht verbreedden naar het hele ziekenhuis. En dan gaat het proces van het verscherpt toezicht veel langer duren. Dat duurt dan zeven maanden in plaats van drie maanden".*

7.5. Het fusieproces tot en met 2011

De heer Adema stelt over de schaalgrootte van De Sionsberg in het interview met hem:

> *"Toen, 2009 eind, begin 2010 hadden we (..) een strategisch onderzoek laten doen naar: welke opties voor de toekomst zijn er? Daar kwam als beste optie uit: dit bedrijf is te klein om zelfstandig door te gaan. De beste optie is fusie/overname Nij Smellinghe en als tweede optie MCL Leeuwarden.*
>
> *Als ik even keek naar (..)"de kritische massa", voor het ziekenhuis was die gewoon (..) te klein.*
>
> *(..) het ziekenhuis maakte verlies. Binnen het ziekenhuis waren (..) een stuk of zes tot acht verschillende productgroepen. Gevoelsmatig, toen we dat nog niet wisten hoe die productgroepen precies draaiden, wist je één ding wel.*

Als het totaal verlies maakt, zullen een aantal van die productgroepen ook verlies maken; dat kan niet anders. Eén draaide heel goed, dat was oogheelkunde.

Dus tegen die achtergrond was de gedachte: "Willen we dat überhaupt gezond krijgen, dan kan dat eigenlijk niet stand alone; altijd met een partner. (..) de synergie zou dan moeten bestaan in: je krijgt meer kritische massa; specialisten kunnen efficiënter worden ingezet en op die manier heb je meer kans dat er dan een positief resultaat komt. Wat alleen niet kan, kan vaak samen wel, want (..) je hebt niet twee ICT's nodig, (..) je hebt niet twee directeuren nodig, (..) niet vijf secretaresses.

Dus in dat opzicht was het samengaan een geweldig hulpmiddel om de vereiste synergie te krijgen, want het ziekenhuis was dusdanig beperkt in omvang, dat lagere kosten stand alone onmogelijk was".

Op 22 januari 2009 geeft de RvT de RvB toestemming om vrijblijvende gesprekken te voeren over samenwerking met Nij Smellinghe en MCL. In 2009 verkent Pasana haar eigen positie, strategie en kansen. In december 2009 wordt een strategisch plan opgeleverd. In verslagen van de RvT wordt melding gemaakt van oriënterende gesprekken met Nij Smellinghe en MCL.

De RvT behandelt op 18 maart 2010 een door PwC opgeleverde position paper. PwC stelt:

> *"Kleinschaligheid ziekenhuis is kwetsbaar punt, zowel financieel als bedrijfsmatig; de schaalgrootte beïnvloedt ook de invloed in de regio. Eindconclusie: samenwerking is noodzakelijk; investeringen zijn nodig in OK's en ICT. Voor de SEH zijn poortartsen noodzakelijk. De Sionsberg is te klein voor deze investeringen. Het is nodig om de Ouderenzorg te versterken; thuiszorg bieden".*

Uit de rapportage komt naar voren dat zowel samenwerking met MCL als met Nij Smellinghe veel voordelen biedt. MCL heeft als minpunt het dreigende verlies van identiteit en invloed voor het ziekenhuis en de Ouderenzorg. De RvB krijgt toestemming om samenwerking met Nij Smellinghe te onderzoeken. Uit een notitie van de VMS van 28 april 2010, die door de RvT op 27 mei 2010 wordt behandeld, blijkt dat de VMS in ruime meerderheid voor een niet vrijblijvende samenwerking is met Nij Smellinghe. Opvallend is de volgend passage in de conclusie:

> *"In de discussies die achtereenvolgens in de VMS zijn gevoerd komt ook duidelijk naar voren dat er geen absolute noodzaak lijkt om te komen tot een dergelijke "niet vrijblijvende samenwerking": het huis is weer toenemend op orde, we maken winst, er worden investeringen gedaan onder andere in de bezetting van vakgroepen, het NIAZ accreditatietraject slaan we weer in, de IGZ is aangenaam verrast met de ontwikkelingen alhier. We beseffen allen dat de financiële marges nog smal zijn en dat de toekomst vraagt om efficiency en (op sommige terreinen) schaalvergroting en focus. Grotere investeringen zullen een sterkere financiële ruggengraat vereisen, dat wel. Samenwerking dient bij voorkeur op basis van gelijkwaardigheid gezocht te worden."*

Uit deze passage blijkt dat de VMS weinig inzicht heeft in de financiële en organisatorische problemen van De Sionsberg. Ook de wens van gelijkwaardigheid geeft te denken.

In het verslag van de RvT d.d. 14 april 2011 wordt gemeld dat de RvB op 8 april 2011 een gesprek heeft gehad met de RvB van Nij Smellinghe, gericht op een niet vrijblijvende samenwerking. Gezamenlijk is de onderzoeksopdracht geformuleerd en verstrekt aan BS Health Consultancy. Het rapport staat op de agenda van de RvT van 12 juli 2011. Van de behandeling van het rapport is geen verslag opgesteld, het rapport is niet beschikbaar voor dit onderzoek.

Aan de heer Doppenberg wordt in het interview de vraag voorgelegd of de ondertoezichtstelling door IGZ een kantelmoment in de geschiedenis is. De heer Doppenberg bevestigt dat:

> *"Ja, in feite hadden we al begin 2011 de prognose: per 1 januari 2012 hebben we een fusiepartner gevonden en hebben we overeenstemming bereikt. Vanaf de ondertoezichtstelling waren we geen gelijkwaardige partners meer".*

De RvT constateert in de vergadering van 9 juni 2011 met de RvB dat de positie van Pasana in het fusietraject zwakker is geworden. In het verslag van de RvT d.d. 9 juni 2011 staat:

> "*Bovendien kunnen we door hogere kosten en productieverlies opnieuw in een liquiditeitsprobleem komen aan het eind van het jaar. Gedwongen door de omstandigheden zullen we nu de verschillende opties op tafel moeten hebben, we kunnen ze nu doordrukken gedwongen en geholpen door de omstandigheden. Opties:*
> *1. (fusie) Drachten;*
> *2. stand alone als ziekenhuis/Pasana;*
> *3. samenwerken (coöperatie) Martiniziekenhuis, Wilhelmina ziekenhuis, Drachten, Dokkum;*
> *4. samenwerken UMCG."*

De heer De Jong verklaart over de fusiegesprekken in 2010 en 2011:

> *"De Sionsberg heeft op enig moment Kees Meijer benaderd. Er zijn gesprekken geweest en op een gegeven moment is er door Kees Meijer gezegd, ik kan wat moeilijk met Krappel, de toenmalige directeur van De Sionsberg door één deur, op basis van gelijkwaardigheid, ze hebben het idee dat ze groter zijn dan Nij Smellinghe. Op deze voet gaan we dat niet doen".*

Aan het verslag van de RvT d.d. 3 augustus 2011 wordt de volgende passage ontleend:

> "*De heer Doppenberg vraagt ieder lid om een reactie op de gesprekken gevoerd met Nij Smellinghe en door hem beknopt weergegeven in bijgevoegde notitie. (notitie niet beschikbaar voor het onderzoek)*
>
> *De heer Dijk: "Nij Smellinghe maakt op een respectloze wijze gebruik van onze zwakke positie. Zij benaderen de samenwerking bedrijfseconomisch, wij worden als organisatie uitgehold. Nij Smellinghe werpt een blokkade op. We moeten de besprekingen opschorten, maar wel de deur openhouden."*
>
> *De heer Huisman: "Gezien de ontwikkelingen m.b.t. het vormen van een coöperatie tussen Nij Smellinghe, het Martiniziekenhuis en het Wilhelminaziekenhuis moet de conclusie zijn dat de intentie van Nij Smellinghe naar ons toe nooit zuiver is geweest. Ik ben er klaar mee."*
>
> *De heer Van der Haar: "Het diskwalificerende oordeel van Nij Smellinghe over de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van Pasana is buitengewoon arrogant. We moeten de onderhandelingen stoppen. Wel in een later stadium bespreken wat ons "wisselgeld" is bij onderhandelingen."*
>
> *De heer Adema: "Het rapport van BS Health Consultancy gaf voor beide partijen een win-win situatie. Beide partijen zijn even groot, beide partijen waren enthousiast over de resultaten van het onderzoek. Nu opeens deze houding, die kunnen we niet accepteren. We hebben dan als Pasana geen enkel "stuur" meer, het wordt dan in verhoogd tempo onrustig binnen Pasana. Als ze geen water bij de wijn doen kunnen we niet verder. Hoe ziet de heer Krappel het uitwerken van "andere" opties, ziet hij daarin een uitdaging."*

De heer Doppenberg vraagt wat nu de boodschap naar Nij Smellinghe van de Raad zal zijn. "Hij voegt daaraan toe dat de heer Derks heeft aangegeven dat het punt van de eenhoofdige Raad van Bestuur ononderhandelbaar is. Stel dat er een compromisvoorstel wordt gedaan heeft de Raad daar dan vertrouwen in vraagt hij.

De heer Adema geeft aan dat de houding van Nij Smellinghe een onderhandelingsstandpunt kan zijn. Bij een compromisvoorstel kunnen we altijd verder kijken mits onze bestuurder maar invloed houdt in de komende 2 tot 3 jaar, aldus de heer Adema.

De heer Van der Haar voegt toe dat het vertrouwen dan wel terug moet komen bijvoorbeeld door vetorechten t.a.v. bepaalde besluiten."

De RvT besluit in deze vergadering de besprekingen voor in elk geval een half jaar on hold te zetten, ongeacht het eventuele tegenvoorstel van Nij Smellinghe. Het beeld moet volgens de RvT ontstaan dat Nij Smellinghe de besprekingen onmogelijk heeft gemaakt. De zo ontstane tijd zal Pasana gebruiken om intern de zaken (verder) op orde te brengen en de strategische positie goed te doordenken.

De heer Meijer stelt over de fusiegesprekken in mei, juni en juli 2011:

"Uit die gesprekken, twee of drie, hebben wij toen de conclusie getrokken dat er bij de Pasanagroep geen urgentiegevoel was om wat te doen. Ze voelden zich blijkbaar belangrijk, grote groep, Care en Cure. De Pasanagroep, de Raad van Toezicht en de bestuurder waren van mening dat ze eisen konden stellen aan de nieuwe samenwerkingspartner. Dat vonden wij niet en daar hield het eigenlijk een beetje op."

Uit de interviews met de betrokkenen kan de conclusie worden getrokken dat binnen de geledingen van Pasana een fusie met een sterke partner wordt nagestreefd. Pasana acht zich ten opzichte van Nij Smellinghe gelijkwaardig. Men heeft een begroting van ruim € 75 miljoen en een personeelsbezetting van ruim 1.500 mensen. Nij Smellinghe heeft in 2010 een omzet van € 89 miljoen. Dat de productie van De Sionsberg ongeveer een derde is van die van Nij Smellinghe en dat Nij Smellinghe een sterke vermogenspositie heeft, heeft uiteraard invloed op de wijze waarop Nij Smellinghe de opstelling van Pasana beleeft. Zoals in bijna ieder fusietraject gaat het ook hier om de bezetting van de toekomstige RvB. Nij Smellinghe houdt vast aan een eenhoofdige RvB, terwijl Pasana een plaats opeist voor haar voorzitter van de RvB. Uit het verslag van de vergadering van de RvT d.d. 3 augustus 2011 blijkt dat deze sentimenten in hoge mate bepalend zijn om de fusie on hold te zetten. Van de zijde van Nij Smellinghe, in het bijzonder bij de heer Meijer, wordt dit besluit van Pasana opgevat als een bevestiging dat de sense of urgency bij Pasana ontbreekt.

Op verzoek van DFZ wordt de heer Meijer door Pasana eind december 2011 ingeschakeld om het zorgbeleidsplan voor Pasana op te stellen. Onderdeel van dit plan is dat Pasana en Nij Smellinghe in de loop van 2012 bestuurlijk zullen fuseren. De ontwikkelingen van januari 2012 worden behandeld in hoofdstuk 7.7.5. In dat hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de wijze waarop de discussie zich op dat moment in de RvT ontwikkelt.

7.6. 2011: het jaar van de ondertoezichtstelling

2011 wordt het jaar waarin Pasana wordt geconfronteerd met de ondertoezichtstelling van De Sionsberg door IGZ. Als gevolg daarvan wordt de afdeling klinische cardiologie gesloten en de SEH wordt gedeeltelijk gesloten. Pasana staat voor de uitdaging om IGZ en de zorgverzekeraar te overtuigen dat de kwaliteit van de organisatie van de zorg van voldoende niveau is en de financiën op orde zijn.

Dit laatste zal niet eenvoudig zijn, omdat de verliezen in de voorgaande jaren het weerstandsvermogen van De Sionsberg hebben verminderd. Met het herstelplan van 2008, gericht op een besparing van € 5,6 miljoen per jaar en een structurele verlaging van de personeelsomvang, zijn de gewenste effecten niet gerealiseerd.

In de vergadering van de RvT d.d. 16 december 2010 stelt de RvT de begroting voor 2011 vast met een begroot resultaat van € 1,3 miljoen positief (€ 0,4 miljoen ouderenzorg en € 0,9 miljoen ziekenhuis). De begroting bevat een taakstellende besparing van € 2 miljoen en een budgetkorting van 3% in verband met de landelijke overproductie in de ziekenhuizen in 2009.

De RvB geeft aan dat dit een realistische begroting is, maar dat de discussie met DFZ en IGZ over de productportfolio en het uitkleden van de SEH nog invloed kunnen hebben:

- de RvB geeft aan dat de discussie over de status van de SEH gevoerd wordt met derde partijen, namelijk met IGZ en DFZ. Indien de uitkomst van deze discussie is dat de SEH gedeeltelijk wordt gesloten dan levert dat geld op zonder dat De Sionsberg daar zelf toe heeft beslist. De RvB meent dat gedeeltelijke sluiting op die manier kan worden uitgelegd aan de bevolking;
- bij de begrotingsbehandeling wordt ook de discussie over de verloskunde/gynaecologie gevoerd. Er zijn te weinig patiënten om de faciliteit rendabel open te houden. DFZ zal moeten meebetalen of patiënten zullen op gezette tijden worden doorverwezen naar MCL, wat neerkomt op een gedeeltelijke sluiting;
- RvB en RvT realiseren zich dat een sluiting van SEH, verloskunde en gynaecologie vanwege een tekort aan productie lastig is om uit te leggen aan de bevolking. Sluiting levert wel een rendementsverhoging op.

Reeds in het verslag van de RvT d.d. 14 april 2011 staat dat men verwacht dat het ziekenhuis in 2011 negatief zal uitkomen en dat de Ouderenzorg positief blijft. In het verslag van de RvT d.d. 19 mei 2011 is de prognose voor het ziekenhuis € 1 miljoen negatief. Het plan wordt gelanceerd om in het ziekenhuis versneld in te zetten op een effectiever gebruik van de bedden, waarmee bespaard kan worden op vijftien tijdelijke arbeidskrachten en waarmee vanaf juni 2011 bespaard kan worden op vaste arbeidskrachten. Deze maatregelen moeten € 1 miljoen besparing opleveren in 2012 en € 0,35 miljoen in 2011.

In het verslag van de RvT d.d. 12 juli 2011 staat dat er een zorgprofiel moet worden opgesteld, afgestemd met de ketenpartners. Het beleidsplan, onder de naam Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, zal pas op 2 februari 2012 door de RvT worden vastgesteld.

Na de zomer van 2011 gaat het financieel snel bergafwaarts:

- in de vergadering van de RvT d.d. 15 september 2011 wordt op basis van de cijfers tot en met juli 2011 voor het ziekenhuis een resultaat voor 2011 van € 2,5 miljoen negatief gerapporteerd, terwijl de begroting uitging van € 0,9 miljoen positief. Als oorzaken worden structureel hoge personeelskosten en extra uitgaven in de laatste drie maanden genoemd. In het concept verslag van deze vergadering wordt een aantal posten genoemd ter verklaring van deze tegenvallers;
- in het verslag van de RvT d.d. 1 december 2011 staat als verwacht resultaat van het ziekenhuis over 2011 € 3 miljoen negatief;
- in de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2012 wordt het resultaat over 2011 besproken. Het resultaat voor De Sionsberg is € 4.4 miljoen negatief. Als verklaring wordt genoemd de ondertoezichtstelling IGZ en sluiting van de klinische cardiologie (€ 3,1 miljoen), het ontbreken van indexering over 2010 (€ 0,45 miljoen) en de korting in verband met de budgetoverschrijding en overproductie in 2009 (€ 0,5 miljoen).

- in de jaarrekening over 2011, die in de vergadering van de RvT d.d. 14 juni 2012 wordt vastgesteld, sluit het verlies van De Sionsberg op € 5,3 miljoen negatief, waarvan volgens de toelichting € 2 miljoen wordt veroorzaakt door de sluiting van de klinische cardiologie. Het verlies wordt nader uitgewerkt in het maatschappelijk jaarverslag 2011 op pagina 49.

In de jaarrekening 2011 is het geconsolideerd eigen vermogen van Pasana per 31 december 2011 gedaald naar € 3 miljoen, waarvan € 5,4 miljoen negatief voor De Sionsberg, € 5,6 miljoen positief voor Ouderenzorg en € 2,7 miljoen positief voor Pasana Vastgoed. In het maatschappelijk jaarverslag van 2011 staat dat het voortbestaan van De Sionsberg afhankelijk is van de Ouderenzorg. De RvT eist dat De Sionsberg in 2013 weer een positieve exploitatie heeft. In het rapport van BDO over de benchmark 2012 wordt De Sionsberg veelvuldig genoemd vanwege haar verhoudingsgewijs slechte prestaties.

Volgens de heer Doppenberg keldert door de ondertoezichtstelling van IGZ het vertrouwen van huisartsen en patiënten, als gevolg waarvan een enorme productieafname ontstaat. De omzet neemt af, maar de kosten voor de instandhouding en verbetering van de klinische cardiologie lopen wel gewoon door.

In de interviews valt op dat de sluiting van de klinische cardiologie, de gedeeltelijke sluiting van de SEH en later de sluiting van de geboortezorg vooral aan de invloed van de IGZ en DFZ wordt toegeschreven. Men ziet niet in dat de oorzaak hiervan gelegen is in het onvermogen van de organisatie om een goede kwaliteitsborging te realiseren (zie hoofdstuk 7.3.1), gebrek aan investeringen (o.a. OK's), het ontbreken van samenwerking en onvoldoende volume (geboortezorg en SEH). De uitspraak van de heer Van der Haar illustreert dit:

> *"Het viel ons absoluut rauw op ons dak dat daar dus kennelijk binnen die cardiologie de zaken zodanig niet op orde waren dat verscherpt toezicht nodig was. Daar is vervolgens direct een verbeterplan opgesteld en er zijn acties uitgevoerd. Ik heb Christiaan (bedoeld wordt de heer Krappel) ook gevraagd hoe kan dat nu dat jij dit niet weet. Heb jij dan geen voeling daarmee. Het antwoord was dat dat toen een interne aangelegenheid was van de specialisten. In 2011 is door Christiaan aangegeven het kan niet zo zijn dat de bestuurder van een ziekenhuis niet gewoon qualitate qua de rapportages van de visitatiebezoeken krijgt. En dat is toen ook veranderd. Ik durf u wel te vertellen dat ik altijd sterk de indruk daarna hield dat wat wij ook deden, de kaarten waren geschud. Het was duidelijk, dat waren ook de opvattingen van de IGZ en van De Friesland dat die klinische cardiologie gesloten moest worden en dat die ook niet meer open moest. En dat is daarna ook gebeurd met de SEH. Toen kwam de discussie over geboortezorg. In het verlengde daarvan kindergeneeskunde, daarmee verloor het ziekenhuis zijn bestaansrecht en eigenlijk raakte ik daar ook van overtuigd."*

Het interview met de voorzitter van de medische staf geeft het beeld dat de bezettingsgraden te klein waren om effectief in de avond de OK's en een volwaardige SEH in de lucht te houden.

Mevrouw Royen (voorzitter VMS tot 1 december 2012):

> "*Ja, dat wou ik ook nog zeggen: toen ik stafvoorzitter was, ben ik bijna afgezet omdat ik zei: (….) Laten we de OK om 8 uur 's avonds dicht doen." Gewoon helemaal dicht. Want het in de lucht houden van zo'n OK-team daar was héél duur. En het openhouden van de SEH omdat er misschien iemand komt die wel. .. : héél duur. Laten we dat niet doen. Toen ben ik bijna afgezet.*

Op de vraag van curatoren wie haar wil afzetten antwoordt mevrouw Royen:

> *Door de staf, ja, die zeiden: "Als je zo gaat praten, dan houden we op met jou." Terwijl, op zich is dat natuurlijk wel een oplossingsrichting, zoals nu vaak wordt gekozen voor kleine ziekenhuizen".*

7.7. December 2011 tot oktober 2012 Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg

Vanaf 2008 wordt in de RvT een aantal malen besproken dat aanpassingen van de productportfolio noodzakelijk zijn vanwege de zorgelijke financiële situatie. Onder druk van de ondertoezichtstelling door IGZ is er in 2011 een concrete aanleiding de productportfolio onder de loep te nemen. Maatregelen zijn noodzakelijk voor beëindiging van de ondertoezichtstelling. DFZ en IGZ eisen een aanvaardbaar zorgbeleidsplan. Reorganisatie is ook noodzakelijk omdat De Sionsberg zware verliezen lijdt. Samen met DFZ schakelt Pasana KPMG Plexus in voor begeleiding bij het opstellen van een reorganisatieplan en een nieuw zorgbeleidsplan.

In de vergadering van de RvT d.d. 24 oktober 2011 bespreekt de RvT dat Pasana en DFZ opdracht zullen geven aan KPMG Plexus om onderzoek te verrichten en advies uit te brengen over een reorganisatie van Pasana. Vanwege de korte doorlooptijd zijn het onderzoeken op hoofdlijnen. KPMG Plexus schrijft drie rapporten:

1. KPMG Plexus Rapportage Pasana fase 1, waarin de aangetroffen situatie wordt beschreven;
2. KPMG Plexus Rapportage Pasana fase 2, waarin de mogelijke scenario's worden beschreven en geanalyseerd; en
3. KPMG Plexus Rapportage Pasana fase 3, waarin het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg wordt beoordeeld.

Er is voor gekozen de totstandkoming van het beleidsplan en daaraan gekoppeld de voorgenomen bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe uitgebreid te beschrijven vanwege de grote impact van de beslissingen, die in deze periode zijn genomen.

7.7.1. KPMG Plexus fase 1: beschrijving van de bestaande situatie

KPMG Plexus betrekt de periode 2010 t/m medio 2011 in de beoordeling van het rendement van de verschillende onderdelen van de productportfolio. Samengevat vermeldt KPMG Plexus in de Rapportage Pasana fase 1 het volgende:

- huidige productportfolio en niet tijdig ingrijpen hebben geleid tot substantiële verliezen in het ziekenhuis:
    - sterk verlieslatend: cardiologie -/- € 1,7 miljoen, chirurgie -/- € 1,7 miljoen, gynaecologie - /- € 0,3 miljoen, kindergeneeskunde -/- € 0,5 miljoen, neonatologie -/- € 0,4 miljoen en neurologie -/- € 0,6 miljoen. (In deze specialismen werken voornamelijk specialisten in loondienst);
    - winstgevend: interne geneeskunde € 0,4 miljoen, oogheelkunde € 1 miljoen, kno € 0,3 miljoen en overige € 0,5 miljoen;
    - er wordt melding gemaakt van lage productieaantallen en de gevolgen daarvan voor ervaringsopbouw en de meetbaarheid van kwaliteit.
- op basis van de huidige situatie en de begroting 2012 is er geen liquiditeitsprobleem tot einde 2012, daarna mogelijk wel;
- totale infrastructuur van het ziekenhuis is sterk verouderd en vraagt om verbouw/renovatie;
- situatie met de OK's is het meest acuut;
- door de verwevenheid in de groep en verleende zekerheden bij de leningen is een verzelfstandiging van het ziekenhuis niet mogelijk;
- er is een vicieuze cirkel: zonder garanties van een derde partij (genoemd wordt DFZ) zal het voor De Sionsberg niet mogelijk zijn de benodigde transitie te financieren;
- door lage productieaantallen is het moeilijk tot vrijwel onmogelijk om kwalitatief hoogstaande spoedzorg te leveren;
- door lage aantallen en sterk verouderde infrastructuur kan De Sionsberg niet aan de eisen voor oncologische chirurgie voldoen;

- kwaliteit van de vakgroep cardiologie is moeilijk te beoordelen. Op dit moment wordt er geen klinische cardiologische zorg geleverd. Sluiting heeft nog niet tot grote problemen in de continuïteit van zorg in de regio geleid;
- de geboortezorg is vanwege de lage aantallen bevallingen een onrendabele voorziening voor het ziekenhuis;
- de omvang van de vakgroep gynaecologie is kwetsbaar. De lage patiëntenaantallen maken het onmogelijk om de vereiste 24x7 beschikbaarheid rendabel in te vullen;
- de klinische kindergeneeskunde is verlieslatend. De kwantitatieve en kwalitatieve bezetting is kritisch. Eerdere sluiting heeft niet tot grote problemen voor de continuïteit van zorg in de regio geleid;
- uit de benchmark van vier andere kleine ziekenhuizen komt naar voren dat de kosten van De Sionsberg uitgedrukt in percentages van de bedrijfsopbrengsten zich ongeveer als volgt verhouden:
    - personeelskosten 65% ten opzichte van de benchmark van 55%;
    - overige bedrijfskosten 33% zijn in lijn met de benchmark;
    - afschrijvingen liggen 2 a 3 % lager dan de benchmark;
    - de bedrijfsopbrengsten zijn +/- 33% van de gemiddelde bedrijfsopbrengsten in de benchmark.

De heer Doppenberg verklaart over de analyse van KPMG Plexus over de productportfolio:

> *"Hij* (de bestuurder) *heeft toen de specialisten bij elkaar geroepen en gezegd: kijk, zo ziet het er uit. Er ontstond een geweldige ontkenning. Het was niet goed berekend. En probeer dan maar keuzes te maken, dat was ongelooflijk moeilijk".*

De heer Doppenberg verklaart op de vraag of de inbreng van de specialisten heeft bijgedragen aan een oplossing:

> *"Nee. Die waren blijven hangen in de tijd van verliesfinanciering".*

7.7.2. KPMG Plexus fase 2: beoordeling ziekenhuis scenario's

Samengevat staat het volgende in het rapport KPMG Plexus fase 2 :

> *"Op basis van onderstaande ijkpunten zijn vier op 10 november 2011 vastgestelde scenario's onderzocht, waarbij elk scenario vraagt om een stevige financiële investering, waarvoor het Pasana aan eigen middelen ontbreekt. Zonder deze investeringen komt De Sionsberg in een "catch 22-situatie"[8] terecht, waarbij de financiële consequenties steeds groter zullen zijn. In die zin is op korte termijn duidelijkheid over de scenario's, de financiële effecten en financiering hiervan nodig.".*

IJkpunten per functie die zijn onderzocht:

- is de functie rendabel (te maken), inclusief gebruik van de kleinschaligheidstoeslag?
- is de productie van de functie omvangrijk genoeg om zelfstandig de kwaliteitsstandaarden te kunnen garanderen?
- zijn de randvoorwaarden en uitvoering van de functie zodanig dat de kwaliteitstandaard gegarandeerd kan worden?
- is de beschikbaarheid van de functie noodzakelijk in Dokkum met het oog op de aanrijdtijden? Zijn hier alternatieven voor te vinden?
- sluit de functie aan bij de keuze van het Product/Marktprofiel van De Sionsberg?

[8] Een Catch-22 is een paradoxale situatie waarin het onmogelijk is om een gewenste uitkomst te bereiken doordat de 'regels' dat vanwege tegenstrijdigheden niet toelaten.

- hoe past de keuze in het licht van ”De Friesland Voorop”?

KPMG Plexus geeft de volgende beoordeling van de scenario’s:

0. Ziekenhuis: huidige situatie voortzetten; op basis van het onderzoek is dit geen reëel scenario.
1. Ziekenhuis zonder acute zorgfunctie met geboortezorg met HAP+:
    - investeringen in polikliniek en OK’s € 8,2 miljoen en éénmalige kosten € 2,8 miljoen, exclusief besparingsmogelijkheden;
    - zowel vanuit kwalitatief als vanuit financieel oogpunt is dit scenario ongewenst (blijft sterk verlieslatend).
2. Ziekenhuis zonder acute zorgfunctie en zonder geboortezorg met HAP+:
    - investeringen in polikliniek en OK’s € 5,7 miljoen en éénmalige kosten € 3 miljoen exclusief besparingsmogelijkheden en éénmalige afschrijving;
    - vanuit financieel oogpunt is dit scenario ongewenst (blijft sterk verlieslatend);
    - dit scenario is stand alone uitgewerkt; meeropbrengsten bij andere ziekenhuizen zijn niet meegenomen.
3. Anderhalve lijncentrum bestaande uit poliklinische functies, HAP+ en klinische huisartsenbedden:
    - investeringen in polikliniek € 3,2 miljoen en éénmalige kosten 4,9 miljoen exclusief besparingsmogelijkheden en éénmalige afschrijvingen;
    - vanuit kwalitatieve én financiële oogpunt is dit het meest wenselijke scenario (vanaf 2016 winstgevend);
    - vanuit kwalitatief oogpunt is het niet wenselijk dit scenario stand alone uit te voeren.

De leden van de RvT noemen in de interviews het behoud van zorg/ziekenhuisfuncties voor de regio, de werkgelegenheid, maatschappelijk/externe druk en fusie belangen (vergroting marktaandeel) als argumenten om niet verder te gaan met het alternatief “Anderhalve Lijncentrum”. Het ligt voor de hand dat dit scenario door DFZ is ingebracht, overeenkomstig de visie, zoals die blijkt uit Friesland Voorop.

7.7.3. Totstandkoming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg

Eind 2011 wordt duidelijk dat de RvB en RvT van De Sionsberg er niet in slagen op eigen kracht, ondanks de begeleiding door KPMG Plexus, een nieuw zorgbeleidsplan en een reorganisatieplan te formuleren. De RvT benadert in november 2011 de heer Homan, directeur van het OLVG/Prinsengrachtziekenhuis te Amsterdam, als kandidaat voor de functie van directeur verandermanagement. De heer Homan over zijn opdracht:

> “*Pasana, en dan met name het ziekenhuisdeel, verkeerde in zwaar weer. KPMG Plexus had rapporten opgesteld. Op dat moment waren de rapporten fase 1 en fase 2 zo goed als gereed. Er moest een aanzienlijke bezuiniging worden gerealiseerd. Naast een reorganisatieplan was er een nieuw zorgbeleidsplan nodig. Naast financiële problemen was er natuurlijk sprake van verscherpt toezicht door IGZ, onder andere vanwege problemen met cardiologie. De portfolio moest worden herzien, onder andere de geboortezorg. Ik zou verantwoordelijk worden voor het in gang zetten en aansturen van alle noodzakelijke veranderingen”*

De heer Homan over zijn ervaringen in december 2011:

> *“Ik was geschrokken door de houding van de medische staf. Komende vanuit een ziekenhuistraditie waar in de besturing de dokter 'in the lead' is heb ik meteen een duidelijk inhoudelijk beroep op de medische staf en haar bestuurders gedaan en hen mede inhoudelijk het initiatief gegeven bij alternatieve planvorming. Er was echter absoluut onvoldoende gevoel voor urgentie in het licht van de zeer beperkte tijd die beschikbaar was rond de jaarwisseling.*

Er was vooral veel wantrouwen jegens de RvT, bestuurder en OR en men stond onwelwillend tegenover mijn komst (..) Ondanks dit ben ik op verzoek van de RvT wel direct parttime aan de slag gegaan met het opzetten van een plan van aanpak voor het verandertraject en het organiseren van diverse informatiebijeenkomsten. Ook heb ik in december vanwege de urgentie samen met het bestuur van DFZ overleg gevoerd met het ministerie om de voortzetting van de beschikbaarheidsbijdrage te kunnen borgen.

Ondanks de goede bedoelingen ontbrak bij de RvT en RvB de sense of urgency om deze patstelling te doorbreken. Door de houding van deze gremia en een totaal gebrek aan bestuurlijke professionaliteit ging ik twijfelen of er in de bestaande context draagvlak was om er een succes van te maken".

De heer Homan besluit eind december 2011 de opdracht niet te aanvaarden. Aansluitend vraagt de voorzitter van de Raad van Bestuur van DFZ aan de heer Meijer om een plan te maken.

Uit het verslag van de RvT d.d. 2 januari 2012 blijkt dat de druk op Pasana wordt opgevoerd. Aan het verslag worden de volgende passages ontleend:

"De heer Doppenberg heeft een brief van De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) ontvangen. In deze brief spreekt de voorzitter van de Raad van Bestuur van DFZ haar zorgen uit over de totstandkoming en voortgang van het zorgbeleidsplan. In de brief van DFZ wordt er gewag van gemaakt dat de bevoorschotting (circa 6,5 miljoen) opeisbaar wordt nu er geen nieuw contract is afgesloten.

Bovendien stelt de verzekeraar aanvullende eisen aan de bevoorschotting, die ze niet stelt aan de collega ziekenhuizen in de regio. Wanneer niet vóór 6 januari 2012 aan de eisen wordt voldaan behoudt de verzekeraar zich het recht voor de bevoorschotting op te eisen. Ook stelt zij dat wanneer het beleidsplan op 19 januari 2012 niet tot stand is gekomen dit een reden kan zijn de bevoorschotting op te eisen. De heer Sinnema heeft een (juridische) reactie gegeven op de brief.

Brief in cc van verschillende medewerkers, ondersteund met een lijst van handtekeningen waarin zij hun zorgen uitspreken over het verloop van het (kwalitatief goede) personeel en de onduidelijkheid over het proces van de totstandkoming van het zorgbeleidsplan.

Mevrouw Ligthart (senior inspecteur IGZ) heeft telefonisch contact gezocht met de heer Doppenberg en haar ongerustheid over de totstandkoming van het zorgbeleidsplan uitgesproken nu de heer Homan heeft aangegeven de functie van directeur verandermanagement niet te aanvaarden. De heer Doppenberg heeft haar aangegeven zelf intensiever betrokken te zijn bij het bestuur en dus bij de totstandkoming van het plan".

Over de inhoud van het zorgbeleidsplan wordt in hetzelfde verslag van de RvT gesteld:

"Het beleidsplan dient invulling te geven aan drie prominente zaken: 1) geboortezorg, 2) electieve zorg, 3) acute zorg. Er is inmiddels een conceptplan waarvan de heer Krappel de hoofdlijnen toelicht: DFZ wil, zo is de verwachting, de geboortezorg in De Sionsberg op zeer korte termijn (direct) sluiten. Het plan is om een geboortecentrum in de regio neer te zetten, zodat de geboortezorg op termijn uit De Sionsberg verdwijnt. Een werkgroep dient deze gedachte voor 1 mei 2012 uit te werken. Voor de acute zorg zou een AOA (Acute Opname Afdeling) een oplossing kunnen bieden. Een dergelijke afdeling bestaat al in kleinere ziekenhuizen. 68% van de klinische opnamen duurt 2/3 dagen. Er moet worden gestreefd naar een bedbezetting van 80%, daarmee wordt de kliniek winstgevend. Wanneer een langere ligduur is vereist zou de patiënt over moeten gaan naar een ander ziekenhuis. Electieve zorg kan alleen nog worden aangeboden wanneer het specifieke specialisme winstgevend is. De verwachting van de heer Krappel is dat de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) het plan accepteert maar dat DFZ erop zal schieten."

De RvT stemt in met de voordracht van DFZ om de heer Meijer opdracht te geven de leiding te nemen over de redactie van het beleidsplan. De heer Meijer besteedt, naast zijn werk als voorzitter van de Raad van Bestuur van Nij Smellinghe, twee weekenden aan het opstellen van het plan. De heer Meijer heeft op 16 januari 2012 een concept Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg opgeleverd aan KPMG Plexus, dat nader uitgewerkt is in de versie van 22 januari 2012. Dit plan gaat uit van een ziekenhuis zonder acute zorgfunctie en zonder geboortezorg met een HAP+ (scenario 2, zie hoofdstuk 7.7.2).

7.7.4. KPMG Plexus fase 3: toetsing Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg

KPMG Plexus stelt in de "Aanvullende rapportage Fase 3 rapport-verantwoording", uitgebracht op 24 januari 2012 over het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg:

> *"Op 9 januari 2012 hebben wij het eerste zorgconcept (position paper) genaamd "Continuïteit van medische-specialistische zorg in Noordoost Friesland" ontvangen. Wij hebben vastgesteld dat de kwaliteit van de aangeleverde stukken dusdanige tekortkomingen vertoonde dat wij niet konden starten met de kern van onze opdracht, namelijk de toetsing van de voorgelegde plannen. Met hulp van de heer Meijer heeft Pasana in de week van 9 januari 2012 een nieuw zorgconcept opgesteld. Wij hebben uiteindelijk op maandagmiddag 16 januari 2012 om 13.00 uur het zorgconcept "Herpositionering De Sionsberg" ontvangen. Dit document vormde de basis voor onze toetsing.*
>
> *Aanvullende opdracht: De bijbehorende businesscase was nog onvoldoende onderbouwd om tot een goede beoordeling te kunnen komen. Op 22 januari 2012 hebben wij een herziene businesscase ontvangen (Model ZBP Financieel v10 22-1.xls), inclusief onderliggende specificaties. Op basis van de opdracht van 19 januari 2012 heeft KPMG Plexus een aanvullende opdracht uitgevoerd. Voor deze aanvullende rapportage (op onze eerdere rapportage van 17 januari 2012) is de genoemde business case de basis geweest voor onze analyse".*

De businesscase van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg gaat uit van heropening van de klinische cardiologie in 2012. Voor 2012 wordt een resultaat van € 3,2 miljoen verwacht. De klinische cardiologie levert hier een bijdrage van € 1,2 miljoen aan. Er wordt niet meer gerept over het verlies van cardiologie van € 1,7 miljoen in 2010 (zie hoofdstuk 7.7.1.). De businesscase is bijgevoegd als **bijlage 4.**

In het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg dat ter toetsing aan KPMG Plexus is voorgelegd, staat samengevat het volgende:

- het geplande resultaat voor 2012 bedraagt € 3,2 miljoen, exclusief eenmalig transitiekosten;
- het geplande resultaat voor 2013 bedraagt € 2,8 miljoen, exclusief beschikbaarheidsbijdrage;
- deze resultaten zijn voldoende om de transitiekosten, met name € 3,1 miljoen afvloeiings-kosten, te betalen;
- de specialisten in loondienst zullen een loonoffer van € 0,75 miljoen brengen;
- +/- 50% van de medewerkers (56 Fte) zal elders kunnen worden herplaatst;
- de salariskosten worden met 38% terug gebracht van € 20,8 miljoen in 2011 naar € 15,3 miljoen in 2012 en €12,9 miljoen in 2013;
- de klinische cardiologie zal vanaf 1 juli 2012 weer open gaan;
- in de business case wordt van de klinische cardiologie een omzet verwacht van € 4,0 miljoen per jaar en een resultaat van € 1,2 miljoen positief.

KPMG Plexus beoordeelt het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg op hoofdlijnen, met als uitkomsten:

- *zorg aan risicogroepen wordt in De Sionsberg niet geleverd: eens;*
- *de klinische cardiologie blijft gesloten: eens;*

- *oncologische chirurgie wordt per 1 januari 2012 gesloten: eens;*
- *de portfolio keuzes voldoen aan kwalitatieve vereisten: deels;*
- *de geboortezorg voldoet aan de kwalitatieve vereisten: deels;*
- *de portfolio keuzes zijn financieel rendabel te maken:*
    - *basis document: onduidelijk; Wij kunnen dit in deze fase nog niet vaststellen. De opgestelde business case lijkt rendabel te zijn, echter de verschillen in uitkomsten ten opzichte van ons eigen rapport van fase 2 zijn dermate groot en door het korte tijdspad nog niet voldoende onderbouwd. Hierdoor is het voor ons in deze fase nog niet mogelijk om conclusies te kunnen trekken bij de weergegeven business case;*
    - *aanvullende rapportage: deels; Wij kunnen de uitgangspunten van de business case volgen. Wij stellen vast dat het ambitieus is, ook uitgezet in de tijd. Het realiseren van de business case is wat ons betreft niet onmogelijk indien daar de juiste randvoorwaarden voor geschapen worden. De wijze waarop het (interim) management wordt ingevuld is hierbij onder meer cruciaal;*
- *de benodigde investeringen zijn financierbaar:*
    - *basis document: onduidelijk; In de weergegeven business case is geen opstelling gemaakt van de kasstroomontwikkeling. Deze zal in een later stadium worden uitgewerkt. Vooralsnog kunnen hier geen uitspraken over worden gedaan;*
    - *aanvullende rapportage: deels; Als de business case wordt gerealiseerd levert dit voldoende kasstromen op om de benodigde financiering te verkrijgen. Wij wijzen hierbij wel op de risico's die we hebben gesignaleerd in de business case en de benodigde randvoorwaarden voor het uitvoeren van de doelen in de business case;*
- *de portfolio keuzes zijn uitgewerkt in overeenstemming met zorgverzekeraar: deels;*
- *voor de portfolio zijn benodigde samenwerkingen gerealiseerd: deels."*

KPMG Plexus stelt dat in het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg de overgang van 2011 naar 2013 erg groot is. Het resultaat muteert van -/-11% naar + 9%, waarbij de omzet van € 33,5 miljoen daalt naar € 30,2 miljoen. In 2011 zijn de cijfers nog inclusief € 3,7 miljoen beschikbaarheidstoeslag, in 2013 vervalt deze subsidie. KPMG Plexus vindt om die redenen de businesscase ambitieus.

In het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg loopt het resultaat op van 9% (rendement als percentage van de bedrijfsopbrengsten) in 2012 naar 12% in 2016. De ziekenhuizen in de benchmark van KPMG Plexus hebben daarentegen een rendement van 1 à 2%. In 2013 publiceert BDO de benchmark ziekenhuizen op basis van de cijfers over 2012. De kleine ziekenhuizen komen daarin op een gemiddeld rendement van 2% met uitschieters naar boven en beneden. Het is dan ook sterk de vraag of deze cijfers realistisch zijn.

KPMG Plexus benoemt een aantal randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om het plan te realiseren. In hoofdstuk 7.7.7 en 7.7.8 worden deze randvoorwaarden nader uitgewerkt.

De heer Meijer, de opsteller van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, onderschrijft dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg ambitieus was. In het interview met hem stelt hij dat ambitie noodzakelijk is om de gewenste veranderingen te realiseren. De heer Meijer:

> *"Dat rapport is gemaakt, is doorgerekend, nog eens doorgerekend en nog een keer, omdat de administratie in De Sionsberg echt niet uitblonk door nauwgezetheid. De systemen waren ook niet allemaal 100% in orde. We hebben dat dus nog een keer een weekend doorgerekend, kloppen al die berekeningen. De eis aan De Friesland was ook, ik wil dat je zelf het plan doorrekent, dat je alle getallen toetst, dat KPMG dat nog een keer doet, om te voorkomen dat we later problemen krijgen over die berekeningen. Dat is ook gebeurd, alle stukken zitten er ook keurig bij, en er werd geconcludeerd: dat plan is haalbaar, financieel haalbaar, en kan ook werken. Maar het is ambitieus. Altijd als je plannen moet maken moet er ambitie in zitten anders kun je net zo goed stoppen."*

7.7.5. Koppeling bestuurlijke fusie aan Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg

In hoofdstuk 7.5 is het fusieproces beschreven tot de zomer van 2011. In augustus 2011 besluit de RvT het fusieproces met Nij Smellinghe on hold te zetten.

Aan het verslag van de RvT d.d. 2 januari 2012 wordt de volgende passage ontleend:

> *"De heer Doppenberg weet dat de medisch specialisten graag een overname willen door Nij Smellinghe, terwijl hij nog eisen wil stellen aan een samenwerking. De heer Dijk vraagt in hoeverre Nij Smellinghe is geïnteresseerd in de care van Pasana. De heer Doppenberg stelt voor 51% van de cure na twee jaar over te dragen aan Nij Smellinghe en na een nog te bepalen periode de overige 49%. Wellicht dat Nij Smellinghe dan ook is geïnteresseerd in de care poot, veronderstelt hij. De heer Huisman geeft als gedachte de cure in vieren te delen: 25% MCL, 25%, UMCG, 25% Nij Smellinghe en 25% Pasana. De heer Van der Haar reageert met te zeggen dat dit traject te lang duurt, daartoe had een half jaar geleden besloten moeten worden. De heer Doppenberg vermeldt de interesse van de heer Loek Winter voor De Sionsberg.*
>
> *De heer Krappel geeft aan dat de specialisten, met name de chirurgen, graag naar Nij Smellinghe willen. De heer Doppenberg stelt voor in het kader van een samenwerking Nij Smellinghe als eerste te benaderen en daar dan wel condities neer te leggen. De heer Dijk vraagt in hoeverre De Sionsberg nog eisen kan stellen en hoe zich een dergelijke toenadering tot Nij Smellinghe verhoudt met hetgeen DFZ wil. Hij meent dat DFZ niet wil dat De Sionsberg wordt overgenomen door Nij Smellinghe. De heer Doppenberg antwoordt dat de specialisten willen dat er samenwerking met Nij Smellinghe wordt gezocht. De heer Dijk antwoordt dat er meer partijen zijn dan de specialisten. De heer Krappel geeft de urgentie aan door te zeggen dat vanwege de liquiditeitspositie van Pasana, het traject niet te lang kan worden gerekt. De heer Dijk vraagt zich opnieuw af of DFZ akkoord zou gaan als Nij Smellinghe 50% van De Sionsberg krijgt. Er moet een kant en klaar voorstel op tafel van Nij Smellinghe worden gelegd, vervolgens moet Nij Smellinghe snel tekenen en dan verassen we DFZ, stelt de heer Doppenberg voor.*
>
> *De heer Adema vraagt of er een nieuwe route is wat betreft de topstructuur als De Sionsberg naar Nij Smellinghe gaat. Daarbij zou dan intern een andere structuur afgesproken kunnen worden dan we naar buiten toe aangegeven, aldus de heer Adema. De heer Doppenberg stelt dat Nij Smellinghe mee moet gaan in het plan en dat ze nu bijvoorbeeld een meerderheidsaandeel aangeboden zou kunnen worden. De heer Adema voegt toe dat dit meerderheidsbelang dan gepaard dient te gaan met een kapitaalsinjectie van de kant van Nij Smellinghe. Wanneer Nij Smellinghe zegt dat zij "het zelf" wil regelen dan zal er een overgangsfase moeten komen, dit kan niet zomaar van de één op de andere dag, die overgangsfase zal dan ook voor de Raad van Toezicht moeten gelden, vindt de heer Adema. De heer Van der Haar en ik gaan in eerste instantie met de heer Meijer van Nij Smellinghe aan tafel, zegt de heer Doppenberg, we zullen geen afspraken maken maar slechts een verkennend gesprek voeren. Uiteindelijk beslist de Raad van Toezicht, aldus de heer Doppenberg. In dit stadium is snelheid noodzakelijk, zegt de heer Adema. De heer Van der Haar geeft aan dat hij en de heer Doppenberg overwegen de care buiten het gesprek te houden. De heer Doppenberg zegt dat de ruimte zit in schuiven in de topstructuur en in de koppeling cure/care bij de verkenning".*

Aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, versie 21 januari 2012, wordt uit het hoofdstuk "Kritische Succesfactoren" de volgende passage ontleend:

> *"Momenteel is De Sionsberg verlieslijdend, worden volumenormen voor bepaalde zorg niet gehaald en is het een uitdaging om de specialistische expertise op peil te houden. Daarom zijn zorginhoudelijke en financiële afspraken met andere ziekenhuizen op specialismeniveau essentieel.*

De Sionsberg realiseert zich dat dit op afzienbare termijn onvermijdelijk moet overgaan in een integratie met een ziekenhuis in de regio: Nij Smellinghe. Hiermee kan de zorg in de regio voor de lange termijn gewaarborgd worden".

In de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2012 wordt het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg vastgesteld. Aan het verslag van deze vergadering wordt de volgende passage ontleend:

"*De aanpak van de leiding en de implementatie van het zorgbeleidsplan wordt geregeld in (het concept van) de intentieverklaring tot bestuurlijke fusie. Aanstaande vrijdag zal deze verklaring inhoudelijk worden besproken tussen de bestuurders en de Raden van Toezicht van Nij Smellinghe en Pasana".*

Hieruit blijkt dat de heer Meijer, de opsteller van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg het, voor het slagen van de reorganisatie van De Sionsberg, als een kritische succesfactor beschouwt dat er een fusie tussen Nij Smellinghe en Pasana tot stand komt. Voorts blijkt uit het verslag van de RvT d.d. 2 februari 2012 dat de RvT met het beleidsplan instemt en daarmee ook met de voorgenomen bestuurlijke fusie.

Nog maar enkele weken daarvoor, op 2 januari 2012, vindt een discussie plaats in de RvT, waaruit blijkt dat men wel doordrongen is van de noodzaak tot samenwerking met een andere partij, maar men laat open wie dat moet worden, of daar zowel De Sionsberg en de Ouderenzorg in betrokken moet worden en welke verdeelsleutels daarin worden gehanteerd.

Uit een en ander kan de conclusie worden getrokken dat er in de RvT geen fundamentele discussie is gevoerd over de wenselijkheid van een fusie met Nij Smellinghe, maar dat de omstandigheden van het moment daarin bepalend zijn geweest.

7.7.6. Besluitvorming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg in de RvT

Het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg is onder tijdsdruk en met hulp van de heer Meijer tot stand gekomen. Het heeft er alle schijn van dat er bij de behandeling van de rapportages van KMPG Plexus en het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg geen objectieve afweging heeft plaatsgevonden in de RvT. Het lijkt er op dat, vooruitlopend op de uitkomsten van het onderzoek van KPMG Plexus, al is gekozen voor scenario 2 (een ziekenhuis zonder acute zorgfunctie en zonder geboortezorg met een HAP+ met een heropening van de klinische cardiologie, zie hoofdstuk 7.7.2). Deze indruk ontstaat op basis van de volgende verslagen:

- in het verslag van de RvT d.d. 23 november 2011 naar aanleiding van de notitie herpositionering en de KPMG Plexus fase 2 rapportage gaat de besluitvorming al in de richting van scenario 2 (het werk van KPMG wordt genoemd als "quick en dirty" en DFZ wordt gezien als financier van de transitie);
- in het verslag van de RvT d.d. 1 december 2011 staat dat de gesprekken ruimte lijken te geven voor scenario 2 en dat het verscherpt toezicht stopt na een duidelijke keuze voor scenario 2;
- in het verslag van de RvT d.d. 2 januari 2012 wordt gesteld dat:
    - basis voor het plan is samenwerking met ziekenhuizen in de regio;
    - DFZ wil de geboortezorg op korte termijn sluiten;
    - voor acute zorg zou een Acute Zorg Opname afdeling een oplossing kunnen bieden.

In de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2012 wordt het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg met daarin het scenario "Ziekenhuis zonder acute zorgfunctie en zonder geboortezorg met een HAP+" (scenario 2) conform de statuten vastgesteld.

De heer Dijk stelt aanvullende vragen met betrekking tot de communicatie over het plan en het draagvlak bij de medezeggenschap en de medische staf. Hem wordt geantwoord dat de medische staf betrokken is geweest bij de totstandkoming ervan en dat de medezeggenschap adviesrecht op het plan heeft. Verder spreekt de heer Dijk over de communicatie naar de betrokken gemeenten. Hierover zullen afspraken worden gemaakt. Vervolgens vraagt de heer Dijk hoe dit beleidsplan zich verhoudt tot de verschillende scenario's uit het onderzoek van KPMG.

Toegelicht wordt dat hier feitelijk wordt gesproken over scenario 2. Wanneer de klinische cardiologie wordt heropend heeft De Sionsberg weer nagenoeg "het oude" niveau. Als laatste vraagt hij hoe de opbrengsten uit het plan worden gerealiseerd. Het antwoord op deze vraag luidt dat de financiële haalbaarheid is getoetst door KPMG Plexus. Het plan is realiseerbaar, maar vraagt offers van het personeel. Een deel van het boventallige personeel zal worden herplaatst bij collega ziekenhuizen. Wanneer er strak aan de uitvoering van het plan wordt gehouden kan volgens de RvB het begrote financiële resultaat worden behaald.

Uit de interviews komt naar voren dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg een noodzakelijke stap was om een einde te maken aan de ondertoezichtstelling door IGZ en om de organisatie klaar te maken voor een fusie met Nij Smellinghe. Het was dan ook een logische keuze om de heer Meijer in januari 2012 te vragen om het plan op te stellen. Op deze wijze kon de ziekenhuisfunctie in stand blijven en daarmee de werkgelegenheid.

De heer Doppenberg:

> *"Dat plan is door Nij Smellinghe opgesteld, door Kees Meijer. Kees Meijer, iemand met twintig jaar ervaring, hij heeft Nij Smellinghe opgebouwd, ook destijds een noodlijdend ziekenhuis, tot het rijkste ziekenhuis van Nederland ongeveer, we waren ook heel blij met deze fusiepartner, die maakt een plan waarvan je zegt, dit is een plan waar ik achter kan staan. Je legt dat voor aan de zorgverzekeraar en die zegt ook dat gaan we doen. En dan hebben we ons doel bereikt."*
>
> *"Maar als de overnemende partij had gezegd, dit vinden wij niks, dan hadden we een groot probleem gehad*."
>
> *"De variant die we hebben gekozen liet in ieder geval onder stringente condities, als je dat goed uitvoert, een positief resultaat zien. Na wat geharrewar was DFZ daar ook mee akkoord. Het doel was niet alleen om een boekhoudkundig resultaat te behalen maar ook om een voorziening in stand te houden. Als de deskundigen van KPMG en vervolgens ook nog de bestuurder van Nij Smellinghe zeggen dat het kan, dan vind ik dat wij vanwege onze missie voor de regio, de werkgelegenheid en de patiënten zo'n variant moeten omarmen."*

Na oplevering van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg heft IGZ het verscherpt toezicht op.

7.7.7. Implementatie van het beleidsplan, voorbereiding fusie en de financiën in 2012 tot de bestuurlijke fusie

In het verslag van de RvT d.d. 2 februari 2012 staat dat de uitvoering van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg wordt geregeld in de intentieverklaring bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe. De nog te benoemen interim bestuurder zal de implementatie van het zorgbeleidsplan op zich nemen.

De RvT beëindigt de aanstelling van de heer Krappel als voorzitter van de RvB en benoemt als opvolger op interim basis de heer Wagenaar. De heer Wagenaar krijgt als opdracht om Pasana te besturen, het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg te implementeren en om de bestuurlijke fusie te realiseren.

Op 5 maart 2012 wordt het voorwaardelijk besluit tot bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe ondertekend door de bestuurders en voorzitters van de RvT van Pasana en Nij Smellinghe. Bij het voorwaardelijk besluit is een bijlage gevoegd met de gestelde voorwaarden; de voorwaarden en het addendum zijn opgenomen in **bijlage 5**. In de planning wordt ervan uitgegaan dat de bestuurlijke fusie in juli 2012 wordt gerealiseerd. In de planning is rekening gehouden met het feit dat NZa en ACM nog met de bestuurlijke fusie moeten instemmen en dat Nij Smellinghe een due diligence onderzoek wil uitvoeren. De bestuurlijke fusie wordt op 3 oktober 2012 gerealiseerd.

- Partijen komen overeen het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg te implementeren zodra is voldaan aan alle voorwaarden die zijn opgenomen in het besluit, waaronder de aan DFZ gestelde voorwaarden.
- Pasana verplicht zich, zodra voor partijen voldoende vaststaat dat DFZ aan de voorwaarden zal voldoen, die onderdelen uit het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, waarvan de implementatie niet kan wachten tot de fusie, direct ten uitvoer te brengen.
- Voor de voorbereiding van de bestuurlijke fusie wordt een stuurgroep opgericht, met daarin de bestuurders, voorzitters RvT en vicevoorzitters RvT. Daarnaast is er een kerngroep, die wordt gevormd door de bestuurders. De stuurgroep en de kerngroep hebben de voortgang van het beleidsplan op de agenda.
- Uit agenda's en verslagen van de stuurgroep d.d. 2 april 2012, 24 april 2012, 15 mei 2012, 5 juni 2012 en 28 augustus 2012 (geen verslag) en van de kerngroep d.d. 18 april 2012, 29 mei 2012 en 5 juli 2012 komt het beeld naar voren:
    - dat men zich vooral bezig houdt met de invulling van voorwaarden om tot de bestuurlijke fusie en de implementatie van het Beleidsplan "Herpositionering De Sionsberg" te komen, waaronder de invulling van de geboortezorg en de klinische cardiologie;
    - de financiële rapportages van Pasana staan ter informatie op de agenda.

Uit een schriftelijke reactie van DFZ van 29 maart 2012 blijkt dat DFZ de aan haar gestelde voorwaarden maar zeer gedeeltelijk kan invullen. De brief van DFZ is opgenomen in **bijlage 6.** DFZ spreekt haar verbazing uit dat negen van de tien voorwaarden betrekking heeft op DFZ, terwijl dit het herpositioneringsplan van De Sionsberg betreft. Voorts stelt DFZ dat zij reeds op 24 januari 2012 in een reactie aan IGZ kanttekeningen heeft geplaatst bij het herpositioneringsplan. DFZ heeft onder meer gesteld dat een toets op financiële houdbaarheid niet volledig mogelijk was en dat de business case niet robuust en rooskleurig zou zijn.

Pasana en Nij Smellinghe proberen in de voorwaarden een aantal financiële risico's te verleggen naar DFZ. De belangrijkste voorwaarden, waar DFZ niet of slechts beperkt aan zal voldoen zijn:

- het voorschieten van de beschikbaarheidstoeslag 2013 ter financiering van de transitiekosten alsmede een compensatie, voor zover de transitiekosten het bedrag van de beschikbaarheidstoeslag 2013 overschrijden. DFZ stelt:

  "DFZ is bereid zich bij de Minister hard te maken voor de handhaving van de beschikbaarheidsbijdrage 2013, onder de voorwaarde dat uitvoering van het plan en een adequate bestuurlijke aansturing van het proces door de RvT van De Sionsberg wordt gegarandeerd."

  DFZ verleent geen voorschot op de beschikbaarheidstoeslag 2013, omdat het aan De Sionsberg verstrekte voorschot al riant is in verhouding met de onderhandenwerk positie van De Sionsberg. DFZ gaat niet in op de voorwaarde dat DFZ compensatie moet verlenen in het geval de transitiekosten hoger zijn dan de beschikbaarheidstoeslag 2013;

- compensatie voor het verlies van ca. € 0,75 miljoen dat De Sionsberg in 2012 zal lijden op de geboortezorg, alsmede een compensatie van ca. € 1,3 miljoen wanneer sluiting van de geboortezorg in de toekomst niet kan worden gerealiseerd. DFZ antwoordt dat de uitvoering van de geboortezorg en de financiële gevolgen daarvan behoort tot het bedrijfsrisico van De Sionsberg, die daarvoor in 2012 een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt. Onder condities is DFZ bereid een bijdrage te verlenen als de sluiting niet op 1 januari 2013 is gerealiseerd. In dat geval is er volgens DFZ sprake van een gezamenlijk probleem, waar een voor alle partijen bevredigende oplossing voor moet worden gezocht. *(DFZ betaalt uiteindelijk wel € 0,75 miljoen.);*
- DFZ werkt alleen mee aan de heropening van de klinische cardiologie als voldaan wordt aan de eisen, die zijn gesteld bij het verscherpt toezicht en de visitatie van de NVvC positief wordt afgerond.

In het verslag van de vergadering van de RvT d.d. 5 april 2012 wordt het plan van aanpak goedgekeurd en wordt tevens vermeld dat de RvB heeft ervaren dat de kwaliteit van het personeel binnen de organisatie in zijn algemeenheid niet hoog is. De voorzitter van de RvT beaamt dat de cultuur en kwaliteit van het personeel het moeilijk maakt om grote stappen te zetten.

De heer Wagenaar neemt binnen de organisatie geen blad voor de mond. De heer Wagenaar:

> *"Er waren ook al plannen voor de fusie. Nou ja fusie, ik heb vanaf het begin gezegd: gewoon een overname en laten we daar blij mee zijn, want het alternatief was dat Pasana failliet zou gaan".*

Over de cultuur, waarin hij terecht komt stelt de heer Wagenaar:

> *"Er was sprake van een crisis. Je moet eigenlijk zeggen daar kwamen we eigenlijk nauwelijks aan toe. Maar los daarvan, ik heb wel een keer heel indringend tegen Diana* (bedoeld wordt de voorzitter van de Raad van Bestuur van DFZ) *gezegd, als je dit ziekenhuis de zee in wilt schuiven zeg dat dan. Nee dat was niet de bedoeling. Wat wel de bedoeling was weet ik niet, dat kan ik niet bewijzen, maar het zou natuurlijk een moeilijk verhaal zijn naar de bevolking hier.*
>
> *De politieke druk was enorm. De wethouder hier heb ik meermalen gesproken. Op alles zat de druk van behoud, dus ik begrijp dat de verzekeraar niet voor haar rekening wilde nemen laten we dat ziekenhuis maar sluiten en daar een poliklinische activiteit van maken of een dagziekenhuis of iets in die richting. Maar niemand kreeg daar de handen voor op elkaar".*

De heer Wagenaar geeft in het interview aan dat hij gelijktijdig met zijn aantreden in maart 2012 een brief van ING Bank ontvangt over het terugbrengen van het krediet van 8,5 naar 1 miljoen, wat extra druk genereert om de fusie te realiseren: De heer Doppenberg daarover:

> *"Een zeer verontrustende mededeling. Vervolgens zijn we met de ING aan tafel gegaan om te kijken hoe we dit konden oplossen. Maar in zo'n situatie gebeurt er bijna elke dag wat en dit was natuurlijk een hele vervelende. Het navrante is eigenlijk dat, als je dan toch de KPMG rapporten citeert, dat daar wordt gesteld: luister, dit en dit deugt allemaal niet en daarover maken we ons zorgen, maar de liquiditeit is tot eind 2012 verzekerd. In die zin gaven we geen failliete boedel over dachten we. Totdat de ING dit deed".*

De heer Meijer stelt dat na een gesprek ING Bank het besluit terug neemt. ING Bank ontleent vertrouwen aan het feit dat Pasana op korte termijn bestuurlijk fuseert met Nij Smellinghe, met als doel om ook juridisch te fuseren.

In het verslag van de RvT d.d. 15 mei 2012 wordt gemeld dat in een opiniërend overleg tussen cardiologen en bestuurders van Pasana en Nij Smellinghe is besloten de klinische cardiologie niet te heropenen. De RvB geeft aan dat het reductieplan uit gaat van de situatie dat de klinische cardiologie gesloten blijft.

In het verslag van de RvT d.d. 14 juni 2012 meldt de bestuurder dat de cardiologen de afgelopen tijd geen energie hebben gestoken in het vormgeven van “eerste hart hulp” en zich onttrekken aan het officiële plan. Het gerucht gaat dat cardiologie weer open gaat. De RvB weerspreekt dit.

In het hetzelfde verslag staat dat de cijfers tot en met april 2012 zijn besproken. Het overzicht zelf geeft aan dat het resultaat van Pasana als geheel over de eerste drie maanden van 2012 € 1,1 miljoen negatief is. De Sionsberg heeft een resultaat van € 1,7 miljoen negatief. De jaarprognose van Pasana voor geheel 2012 komt daarmee op € 1,4 miljoen negatief en voor De Sionsberg op € 3,5 miljoen negatief.

De RvT bespreekt de uitkomsten van een door KPMG, in opdracht van Nij Smellinghe, uitgevoerde due diligence. KPMG verwacht over 2012 een verlies van € 3,2 miljoen en een verlies van € 7,5 miljoen per jaar in 2013 en 2014. KPMG stelt verder dat op korte termijn investeringen nodig zijn in De Sionsberg en Ouderenzorg van € 40 miljoen.

De RvB geeft aan dat deze cijfers onjuist zijn, omdat KPMG de positieve effecten van de bestuurlijke fusie niet meerekent en de bezuinigingen van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg buiten beschouwing heeft gelaten.

In de vergadering van de RvT d.d.14 juni 2012 stelt de RvT de jaarrekening 2011 vast. Het eigen vermogen van Pasana is op 31 december 2011 € 3 miljoen. Het resultaat van Pasana over 2011 is € 4,3 miljoen negatief. Om die reden is er in het jaarverslag een continuïteitparagraaf opgenomen, waarin maatregelen worden vermeld, die zijn ontleend aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. In het jaarverslag staat bij de grondslagen voor waardering en resultaatbepaling:

> *“Het voortbestaan van Stichting Zorggroep Pasana is in grote mate afhankelijk van de realisatie van bovengenoemde acties. Deze situatie, in combinatie met de huidige financiële situatie, duidt op het bestaan van een onzekerheid van materieel belang op grond waarvan gerede twijfel zou kunnen bestaan over de continuïteitsveronderstelling van de stichting.*
> *De RvB en de RvT hebben echter het vertrouwen dat de hierboven beschreven plannen kunnen worden gerealiseerd. Op basis van dit vertrouwen is de jaarrekening opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling van de Stichting”.*

In de vergadering van de RvT d.d. 6 september 2012 wordt een in opdracht van de RvT uitgebracht flashreport besproken. Het rapport voorspelt dat het resultaat van De Sionsberg over 2012 zal uitkomen op € 2,8 miljoen negatief. De redenen van het tekort zijn onder meer het tekort bij de klinische verloskunde, geen heropening van de klinische cardiologie, een stagnerende productie en een stagnerende afbouw van de personeelsformatie.

In de agenda’s en verslagen van de RvT wordt tot de bestuurlijke fusie geen melding gemaakt van voortgangsrapportages over de implementatie van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg.

Uit het interview met de heer Wagenaar blijkt dat er in juli 2012 een reductie is gerealiseerd van 45 Fte. Kort voor de bestuurlijke fusie is dit aantal opgelopen tot iets boven de 50. Nader onderzoek wijst uit dat deze reductie veelal “laaghangend fruit” is geweest en voornamelijk bestond uit het vertrek van personeelsleden, die gemakkelijk elders een baan konden vinden. Schaduwzijde van deze reductie was dat de PNIL-kosten opliepen van € 2,2 miljoen (gemiddeld over de jaren 2007 tot en met 2011) tot € 4,5 miljoen in 2012 en 5 miljoen in 2013 (zie tabel 15 in hoofdstuk 8.1.2). De besparing als gevolg van de personeelsreductie werd hiermee volledig te niet gedaan. De heer Wagenaar, gevraagd naar een verklaring voor het oplopen van deze kosten:

> *“.. ik had wel vervanging nodig voor de gespecialiseerde verpleegkundigen, die ik als zzp er weer moest inhuren, die toen ongelimiteerd konden vragen wat ze wilden”.*

Uit de verslagen van de RvT blijkt niet dat men zich bewust was van het oplopen van de PNIL-kosten. Uit de interviews met de toezichthouders blijkt dat dit onderwerp niet aan de orde is geweest.

In het definitieve due diligence rapport, onder de naam "KPMG rapportage risico inventarisatie Zorggroep Pasana", d.d. 29 augustus 2012, staat kort samengevat:

- de financiële positie van Pasana vormt een belangrijk risico gegeven de ontwikkelingen in de zorgsector, de benodigde investeringen en de resultaatontwikkeling;
- er is onvoldoende inzicht in de toekomstige exploitatie;
- indien de afschrijvingsnormen van Nij Smellinghe worden gehanteerd zullen de afschrijvingskosten van Pasana sterk toenemen, waardoor het resultaat nog meer onder druk komt;
- voor de nieuwbouwplannen ontbreken businesscases;
- het is niet duidelijk of investeringen binnen de exploitatie passen;
- er ontbreekt een financieringsplan, dat de basis geeft om de investeringen te bekostigen;
- in de jaarrekening 2011 van Pasana zijn geen reorganisatievoorzieningen opgenomen;
- het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg is financieel niet onderbouwd.

De heer Wagenaar geeft in het interview over het due diligence rapport aan:

> "*Het is naar de Raad van Toezicht van Nij Smellinghe gezonden voordat wij het hadden. Daar hebben we bezwaar tegen gemaakt. Er is ook daarna overleg geweest. Weet je hoe dat dan gaat, dan is de bijl al haast gevallen en het is nog een wonder dat desalniettemin, ondanks dat rapport wat wij bestreden op onderdelen, niet in de grote lijn maar wel dat dat erg negatief was ingekleurd, dat toch de bestuurlijke fusie is kunnen doorgaan*"

De heer Doppenberg stelt in het interview over het due diligence rapport:

> "*Ik moet u zeggen dat ik dat toen voor kennisgeving heb aangenomen, bovendien ken ik de cijfers die u noemt niet precies, maar het zal heus wel zo zijn. Er was een voorwaardelijke intentieverklaring getekend in maart 2012. De fusiedocumenten waren nagenoeg afgerond. Ik vond dat op dat moment de overnemende partij daar een oordeel over moest geven. Kennelijk hebben zij het toen zo beoordeeld dat, of ze hebben het niet serieus genomen of ze hebben gezegd: dit kunnen we wel aan. Er was bij de overnemende partij wel enorm veel vertrouwen in hun managementkwaliteiten. Het is ook bewezen dat ze in 20 jaar het rijkste ziekenhuis van Nederland zijn geworden."*

7.7.8. Evaluatie besluitvorming Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en implementatie 2012 daarvan tot de bestuurlijke fusie

In het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg wordt een verlieslatend ziekenhuis scenario uitgewerkt, dat niet door KPMG Plexus is aanbevolen en waarvan, op basis van de berekeningen van KPMG Plexus vaststaat dat het verlieslatend is. Uit de verslaglegging van de RvT blijkt niet dat dit een onderwerp van discussie is geweest. Uit de verslaglegging blijkt overigens evenmin een afweging van voor- en nadelen van de alternatieven.

KPMG Plexus stelt in haar rapportage een aantal randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan en benoemt risico's. Uit de verslaglegging blijkt niet dat deze zijn meegewogen. Op basis van de rapportage en eigen onderzoek waren onderstaande punten relevant geweest voor de risicoafweging in de besluitvorming over het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg:

- KPMG-Plexus: "Om de financiële business case te realiseren dienen zeer hoge eisen gesteld te worden aan het verandertraject en dient een cultuuromslag binnen De Sionsberg plaats te vinden. Strakke sturing, aansturing of te wel crisismanagement is hierbij noodzakelijk";

- het risico dat DFZ niet alle zorg wil contracteren blijft een open einde;
- nergens wordt aandacht besteed aan het feit dat patiënten naar elders zijn vertrokken;
- het marktaandeel van De Sionsberg was al laag maar is door de negatieve beeldvorming die is veroorzaakt door de ondertoezichtstelling van de IGZ, en de sluiting van de klinische cardiologie verder afgenomen;
- de haalbaarheid om te bezuinigen op de personeelskosten:
    - bij het streven om 38% te besparen op personeelskosten, afgezet tegen een productievermindering van 10%, ontstaat het risico dat het werk kwantitatief niet kan worden uitgevoerd en kwalitatief beneden de maat zal zijn;
    - het risico dat het loonoffer van de specialisten van € 0,75 miljoen niet of niet tijdig zal worden gerealiseerd;
- het risico dat 56 Fte niet zonder afvloeiingskosten elders herplaatsbaar zijn;
- de haalbaarheid om te bezuinigen op de overige kosten:
    - het risico dat de eenmalige veranderkosten onvoldoende zijn begroot;
- de haalbaarheid van de financiering:
    - het risico dat extra kredieten ter financiering van € 8,5 miljoen voor investeringen en € 3,1 miljoen afvloeiingskosten niet (tijdig) beschikbaar komen;
- in de businesscase is geen rekening gehouden met éénmalige afschrijving van de oude gebouwen, wanneer deze door nieuwbouw worden vervangen;
- het risico dat de benodigde samenwerking/integratie met een ander ziekenhuis niet of niet tijdig van de grond komt;
- het risico dat een verwacht rendement van 9% in 2012 en 2013 niet gerealiseerd zal worden;
- het risico dat het beleidsplan vanwege de complexiteit niet tijdig volgens plan al in 2012 zal worden geïmplementeerd.

In het voorwaardelijk besluit tot een bestuurlijke fusie van 5 maart 2012 worden de voorwaarden herhaald, die verbonden zijn aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. Verwezen wordt naar bijlage 5. Voor een belangrijk deel betreffen deze voorwaarden de bereidheid van DFZ om financiële garanties te verlenen, waarmee de facto een bijdrage wordt gevraagd aan de financiering van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. DFZ is in haar reactie op deze voorwaarden, verwezen wordt naar bijlage 6, duidelijk. De Sionsberg ontvangt reeds een bevoorschotting, die ver boven het niveau ligt van het gerealiseerde onder handen werk. Aanvullende bevoorschotting is daarmee uitgesloten. Binnen het wettelijk kader zijn er voor DFZ geen mogelijkheden aanvullende financiering te verstrekken en DFZ verwijst voorts naar het ondernemersrisico van het ziekenhuis. Uit deze reactie blijkt duidelijk dat DFZ maar zeer gedeeltelijk de gestelde voorwaarden zal vervullen.

De heer Meijer stelt in het interview dat de vervulling van de voorwaarden noodzakelijk was voor het welslagen van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en de fusie met Nij Smellinghe. De heer Meijer:

> *"De voorwaarden zijn ergens losgelaten, als je daar aan had vastgehouden was er nooit een bestuurlijke fusie gekomen. En ik had er ook aan vast gehouden. Ik had tegen de Friesland gezegd we gaan nu even invullen wat we hier eerder met jullie hebben besproken en wat we nu gaan doen. U doet dat niet, prima, dan houden we er onmiddellijk mee op".*

Kennelijk doelt de heer Meijer op één of meer gesprekken, die in januari en/of februari 2012 met DFZ over de voorwaarden zijn gevoerd. De curatoren hebben daar geen gespreksverslagen of mailwisseling over aangetroffen. De curatoren beschikken enkel over de brief van DFZ, die als bijlage 6 is opgenomen.

Dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg niet succesvol is geïmplementeerd blijkt ook objectief. De doelstelling om 35% te besparen op personeelskosten is niet gerealiseerd. In 2012 nemen de personeelskosten ten opzichte van 2011 met 1,8% toe. In 2013 nemen de personeelskosten ten opzichte van 2012 met slechts 8,3% af. De bezuiniging op overige kosten is in het geheel niet gerealiseerd.

De doelstelling om de klinische cardiologie te heropenen, die een omzet van € 4 miljoen per jaar zou opleveren, is in de zomer van 2012 al verlaten. Nadien wordt er over dit actiepunt niet meer gesproken.

Deze constateringen sluiten aan bij de onderzoeksbevindingen van de curatoren dat Pasana ook in de periode vóór 2011 niet uitblinkt in het realiseren van ombuigingen en bezuinigingen.

Uit het onderzoek blijkt dat aan de implementatie van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg in de periode voorafgaand aan de bestuurlijke fusie niet meer dan een begin van uitvoering is gegeven. Dit staat haaks op de aanbevelingen van KPMG-Plexus. Pasana heeft per 1 maart 2012 de heer Wagenaar als interim bestuurder aangesteld, met de opdracht het herpositioneringsplan te implementeren. De heer Wagenaar heeft evenwel ook nog de dagelijkse leiding over Pasana en is belast met het welslagen van de bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe. De heer Wagenaar, die zich bewust is van de urgentie en zich realiseert dat een overname, zoals hij het uitdrukt, door Nij Smellinghe noodzakelijk is om een faillissement van Pasana te voorkomen, is om die reden zeer gericht op het welslagen van de bestuurlijke fusie, hetgeen verklaart dat hij niet voor de volle 100% bezig is met de implementatie van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg.

De heer Wagenaar geeft in het interview ook aan dat de ambitie in het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg niet op alle punten realistisch was. Volgens de heer Wagenaar werken de specialisten uit Drachten, vooruitlopend op de fusie, niet mee aan de lateralisatie, de verschuiving van laag complexe zorg naar de Sionsberg en hoog complexe zorg naar Drachten.

De heer Wagenaar:

> "*De hele lateralisatie, de medische staf van Drachten had zoiets: we snappen wel dat we dingen van Dokkum er bij krijgen, maar we gaan niks wegstoten"* en *"Er waren wel oriënterende besprekingen, maar die leidden eigenlijk tot niks, daar zou meer tijd voor nodig zijn. Als je in een rapport zet: deze maatregelen nemen we in 2012 en daarmee draaien we 3,5 miljoen* (winst) *dan lukt dat alleen als die maatregelen ook allemaal worden doorgevoerd, maar dat had nooit in 2012 kunnen lukken".*

KMPG Plexus noemt het herpositioneringsplan ambitieus. De heer Wagenaar hierover*:*

> *"Ambitieus is wel een eufemisme. Het meest heldere voorbeeld lijkt mij het opstellen van het personeelsreductieplan passend bij een simpeler portfolio. Dat is prima, heb ik ook in gang gezet. Maar het realiseren en de revenuen daarvan plukken in 2012 gaat nooit lukken."*

Over een bijdrage van de specialisten zegt de heer Wagenaar:

> "*In het plan stond ook een heikel punt waar eindeloos over gepraat is, dat € 0,75 miljoen door de medische staf zou worden opgebracht, nou niet dus. In een weekend had men dat bedacht. Voor mij was dit niet uitvoerbaar, omdat niemand het uiteindelijk wilde en ik het niet kon afdwingen. Ik heb pogingen gedaan om de AMS toelagen er af te krijgen, dat zou in die richting komen. Iedereen stuurde protestbrieven. Rechtspositioneel is het natuurlijk allemaal heel lastig".*

De heer Wagenaar geeft in het interview aan dat Nij Smellinghe weet dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg slechts gedeeltelijk is ingevoerd:

> *"Grosso modo was er niks afgerond, maar voor een deel, dat wist men vierkant".*

Nij Smellinghe weet ook dat de personeelsreductie niet is voltooid. De heer Wagenaar:

> *"Dat wist men ook. Ik heb ook een toelichting gegeven op dat plan hoe dat in elkaar zat, dat dat ook z'n tijd nodig heeft"*

De heer Meijer benadrukt bij de totstandkoming van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg steeds dat het plan in 2012 volledig moet worden uitgevoerd. In het interview stelt hij dat er tempo gemaakt moet worden en dat hij achteraf vaststelt dat dat maar mondjesmaat gebeurt. Het urgentiegevoel, dat hij in januari 2012 bij het opstellen van het plan heeft, ziet hij niet in de aanpak.

De heer Meijer, die op 14 juni 2012 vanwege zijn pensionering zijn werkzaamheden als voorzitter van de Raad van Bestuur van Nij Smellinghe beëindigt, biedt Nij Smellinghe aan om het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg te implementeren. De heer Meijer:

> *"…als ik mijn handen vrij had van Nij Smellinghe dan had ik dat plan absoluut uitgevoerd. (..) Ik heb erover gesproken met de heer Derks. Die zei dat kan, maar dan onder verantwoordelijkheid van Peter Littooij. En dat wilde ik niet. (…) De Friesland Zorgverzekeraar, de medische staf hier, versneld afvloeien van personeel, terugbrengen naar ongeveer 25 tot 30 bedden, afspraken met Nij Smellinghe over benutting van capaciteiten hier in relatie tot de wachtlijsten bij Nij Smellinghe en integreren van de maatschappen. Dat waren de vijf thema's die moesten gebeuren. En dat kun je niet doen als je vervolgens iedere keer moet zeggen mag ik dat wel doen. Daar had ik geen zin in. Ik doe het of ik doe het niet. Zo heb ik Nij Smellinghe ook altijd geleid. Dat had hier ook moeten gebeuren. In ieder geval, zo keek ik er in mei 2012 tegenaan".*

In de interviews met Derks en andere leden van de RvT Van Nij Smellinghe wordt dit bevestigd. De heer Derks, gesteund door de RvT wil geen twee kapiteins op één schip.

De interviews met de leden van de RvT van Pasana bevestigen dat de implementatie van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg in de periode tussen de totstandkoming en 2 oktober 2012 niet meer hun grootste zorg is. De heer Doppenberg stelt dat met het opstellen van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en de bereidheid van Nij Smellinghe om te fuseren het doel is bereikt. Nadat op 5 maart 2012 de intentieverklaring met Nij Smellinghe is getekend neemt druk op de RvT af. De koers wordt vanaf dat moment door Nij Smellinghe bepaald.

Dit past ook bij het beeld, dat uit de interviews met de leden van de RvT ontstaan is. De heer Doppenberg verwoordt dat aldus:

> *"De variant, die we hebben gekozen liet in ieder geval onder stringente condities, als je dat goed uitvoert, een positief resultaat zien. Na wat geharrewar was DFZ daar ook wel mee akkoord, Het doel was niet alleen om een boekhoudkundig resultaat te behalen, je wilde ook een voorziening in stand houden. Als de deskundigen van KPMG en vervolgens ook nog de bestuurder van Nij Smellinghe zeggen dat het kan, dan vind ik dat wij, vanwege onze missie voor de regio, de werkgelegenheid en de patiënten zo'n variant moeten omarmen".*

Samengevat:

- op 2 februari 2012 accepteert de RvT het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, waarin de productportfolio niet wezenlijk verandert ten opzichte van de situatie van voor de onder toezichtstelling;
- diep snijden in de productportfolio lijkt gegeven de interne, maatschappelijke en politieke context geen optie voor de RvB en de RvT;
- de belangrijkste oplossing in het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg om tot een positieve businesscase te komen is een niet realistische besparing van 38% op personeelskosten, die niet gepaard gaat met een evenredige productievermindering;
- een besparing op personeelskosten wordt niet of nauwelijks gerealiseerd;
- de gewenste besparing op de overige kosten wordt niet gerealiseerd, integendeel, deze gaan omhoog;
- de gewenste heropening van de klinische cardiologie vindt niet plaats;

- er kunnen vraagtekens geplaats worden bij de relatief, ten opzichte van de benchmark, lage afschrijvingspercentages;
- uit de stukken blijkt niet dat de RvB en RvT op enige wijze een risicoafweging hebben gemaakt;
- uit de interviews komt het beeld naar voren dat de leden van de RvT leden geen zelfstandig oordeel hebben over het beleidsplan;
- de RvT heeft vertrouwen in de heer Meijer, de opsteller van het plan;
- het KPMG Plexus rapport wordt positief uitgelegd en de hierin gestelde randvoorwaarden spelen in de besluitvorming geen rol van betekenis;
- de aan DFZ gestelde voorwaarden worden maar zeer gedeeltelijk ingewilligd;
- het niet vervullen van deze voorwaarden is geen reden om het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg bij te stellen;
- het due diligence rapport "KPMG rapportage risico inventarisatie Zorggroep Pasana", d.d. 29 augustus 2012 geeft in essentie aan dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg financieel niet is onderbouwd;
- het due diligence rapport leidt in augustus/september 2012 niet tot bijstelling van het beleidsplan en het is geen breekpunt voor de bestuurlijke fusie;
- uit het interview met de heer Wagenaar komt het beeld naar voren dat de negatieve uitkomsten van het due diligence onderzoek, die ook een bedreiging waren voor de fusie, voor een deel met succes ter discussie zijn geteld;
- door het opheffen van de ondertoezichtstelling en maken van financierings- en inkoopafspraken geven ook IGZ en DFZ hun akkoord aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg;
- KPMG Plexus weegt met haar oordeel "ambitieus" onvoldoende de context waarin de verandering moet plaats vinden;
- uit de stukken blijkt niet dat er planmatig en gecontroleerd wordt gewerkt aan de voorbereiding van de verandering en dat de door KPMG Plexus benoemde risico's en voorwaarden de nodige aandacht krijgen;
- uit de interviews komt naar voren dat het realiseren van de fusie focus had;
- daaruit volgt dat het uitvoeren van het beleidsplan, het voldoen aan de randvoorwaarden en anticiperen op de risico's geen bijzondere aandacht kreeg;
- over de fusie kan, onder verwijzing naar hoofdstuk 7.7.5, worden gesteld dat er aan het voornemen tot het aangaan van een fusie met Nij Smellinghe geen fundamentele discussie is voorafgegaan, maar dat de omstandigheden van het moment daarin bepalend zijn geweest.

Het jaar 2012 gaat voorbij als een verloren jaar. De financiële situatie is opnieuw sterk verslechterd. Terwijl de businesscase van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg uitgaat van een winst van € 3,2 miljoen, ruim voldoende voor de financiering van de reorganisatiekosten, eindigt De Sionsberg met een verlies van € 9,9 miljoen, inclusief een extra afschrijving van € 4,5 miljoen.

Op basis van de informatie, die in 2012 voorhanden was, had toen reeds de conclusie kunnen worden getrokken dat het gekozen scenario uitsluitend levensvatbaar is te maken met beschikbaarheids-bijdrage van de overheid en continue subsidiëring door een fusiepartner.

7.8. De bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe

Nij Smellinghe en Pasana formaliseren de bestuurlijke fusie op 3 oktober 2012. De Combinatieholding wordt per deze datum bestuurder van Pasana Nij Smellinghe. Na de bestuurlijke fusie is het aantal leden van de RvT van de Combinatieholding uitgebreid van vijf naar zeven, waarvan vijf afkomstig zijn uit de voormalige RvT van Nij Smellinghe en twee uit de voormalige RvT van Pasana. De heer Littooij wordt voorzitter van de eenhoofdige RvB van de Combinatieholding.

In de interviews is aan de betrokken bestuurders en toezichthouders de vraag voorgelegd waarom Nij Smellinghe met Pasana wil fuseren.

Het antwoord daarop is dat Nij Smellinghe haar adherentiegebied wil vergroten. Men acht dat noodzakelijk om in de discussie over Friesland Voorop een sterkere positie te verkrijgen en om, vanwege kwaliteitseisen, het aantal te verrichten handelingen te kunnen vergroten.

Daarnaast acht men de Ouderenzorg aanvullend op de diensten van het ziekenhuis. Nij Smellinghe beschikt bovendien over ruime financiële middelen, waarvan men vindt dat die door een fusie met Pasana, waarvan men weet dat die geld gaat kosten, maatschappelijk nuttig worden ingezet. In dat kader neemt Nij Smellinghe onder leiding van de heer Meijer in het boekjaar 2011 een voorziening van € 10 miljoen.

De heer Kruijer over de gemaakte afweging:

> *"Als RvT hebben we ook naar de morele aspecten gekeken en de immateriële aspecten meegewogen. We zeiden ja nu we in deze conditie zijn, is het ook eigenlijk min of meer onze maatschappelijke plicht om Pasana onder de arm te grijpen op basis van de condities die daar lagen en de vooruitzichten en taxaties die we hebben gemaakt. Daar heb ik zelf ook uitdrukkelijk naar gekeken. Dus dat is niet zomaar gebeurd, dat is weloverwogen gebeurd."*
>
> en
>
> *"Dat had te maken met adherentie; had te maken met herverdeling van taken en wij zagen kansen, wij zagen marktkansen om met De Sionsberg en de Ouderenzorg om daarin de positie van Nij Smellinghe te versterken. Dat heeft uiteindelijk de doorslag gegeven, naast het feit dat we ook de middelen daartoe hadden*."

De heer Derks over de gemaakte afweging:

> *"(…) wij zitten op een dikke pot met geld. Kees Meijer had gezorgd voor een goed eigen vermogen. We hadden al een tijd lang discussie hoe zet je dat nou in want we hebben meer dan voldoende voor het ziekenhuis zelf. Er was een eigen vermogen rond de 50 miljoen. Dan ontstaat de discussie, het is toch wel erg dat je met zoveel eigen vermogen een ziekenhuis, wat volgens KPMG een haalbaar ziekenhuis zou zijn, dat je dat kapot laat gaan op 40 kilometer afstand. Dat maatschappelijke gevoel speelt in de Raad continue een rol. Uiteindelijk zien we die cijfers en dan zeggen we met Kees zijn verhaal erbij, dit is haalbaar, het zal niet makkelijk zijn maar het is haalbaar. Die cijfers speelden wel continue een rol en Kees Meijer was natuurlijk in die zin iemand die zeer financieel keek. Kees was bijna een financieel genie. Dus als je cijfers van Kees kreeg kon je wel wat checken links en rechts, maar je werd continue gevoed met cijfers. En dat bleef altijd. Dus wij hadden op dat moment, zeker begin 2012, het gevoel dat is een goede zaak. Er zal nog wel een keer gereorganiseerd moeten worden, maar we moeten de dokters in de greep zien te krijgen. Want dat speelde toen allemaal".*

In het verslag van de RvT, opgenomen in de jaarrekening 2012 van Pasana, stelt de RvT:

> *"De ontwikkelingen rondom De Sionsberg en de zorgen over de financiële situatie leidde tot veel maatschappelijke onrust in Noordoost-Friesland. De actiegroep "Red De Sionsberg" liet veelvuldig van zich horen en er waren demonstraties en raadsvergaderingen over de ontwikkelingen in het Dokkumer ziekenhuis. In de loop van 2012, met de bekendmaking van de bestuurlijke fusie, is actief ingezet op het wegnemen van de maatschappelijke onrust en het terugbrengen van vertrouwen. In constructieve overleggen met onder meer de actiegroep, maar ook andere relevante stakeholders zoals gemeente en zorgverzekeraar, zijn we begonnen met het herwinnen van het vertrouwen. Deze ontwikkeling krijgt in 2013 verder gestalte en zal moeten leiden tot een groeiende patiëntenstroom naar het ziekenhuis, zodat het bestaansrecht van De Sionsberg gegarandeerd blijft".*

Het bestuur en toezichthouders van Nij Smellinghe zijn bekend met de uitkomsten van het in hun opdracht uitgevoerde due diligence onderzoek van KPMG. Voor de uitkomsten daarvan wordt verwezen naar hoofdstuk 7.7.7.

De heer Littooij stelt hierover:

> *"Die risico's zijn afgezet tegen wat men bereid was, althans Nij Smellinghe bereid was, om daar in te stoppen. Want ook wij wisten natuurlijk dat er een risico aan zat. Tegelijkertijd is het altijd lastig kiezen, want het andere risico is dat je namelijk geïsoleerd blijft als relatief klein ziekenhuis dat verder naar beneden kachelt. We hebben dat afgezet tegen de 10 miljoen die we voorafgaand bereid waren om er in te stoppen en die ook door mijn voorganger waren gereserveerd in de jaarrekening. En die afweging hebben we toen gemaakt dat we het per saldo aandurfden".*

De toezichthouders stellen nagenoeg allemaal dat de voordelen opwegen tegen de risico's.

Het bestuur en toezichthouders zijn bekend met het feit dat DFZ maar zeer gedeeltelijk aan de voorwaarden heeft voldaan, die gesteld zijn aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en de bestuurlijke fusie. De heer Meijer stelt in zijn interview onomwonden dat dat een reden is om niet door te gaan met de fusie met Pasana. In het addendum op de voorwaarden, dat hij samen met de heer Wagenaar schrijft, benadrukt hij dat DFZ ook het nodige terug krijgt voor het verzilveren van de gestelde voorwaarden, namelijk een goede voorziening in Dokkum en rust in de regio. De heer Littooij, gevraagd of het vanwege de opstelling van DFZ verstandiger was geweest om de fusie af te blazen stelt:

> *"Dat had je kunnen doen en daarom hebben wij daar een zorgvuldige afweging over gemaakt, die bestuurlijke afweging.*
>
> *Overigens beweerde DFZ toen dat dat eenzijdige voorwaarden vanuit Nij Smellinghe waren terwijl er geen harde toezeggingen waren gedaan, maar daar heb ik zelf niet bijgezeten. Tegelijkertijd zie je voordelen over en weer. Er waren voor Nij Smellinghe strategische voordelen. Door de concentratie van beide ziekenhuizen zou je verplaatsingen van zorg kunnen krijgen waardoor ook Nij Smellinghe en daarmee de totale groep zijn voordelen kon halen. Per saldo was het een goede keus".*

De heer Derks antwoordt op de vraag waarom ondanks de opstelling van DFZ wordt besloten om te gaan fuseren:

> *"En uiteindelijk zie je dan, ik denk dat dat ook te maken heeft met wat ik al zei, het maatschappelijke. Het zou verlies lijden, maar met de reorganisaties kwam je daar wel doorheen en werd het aanzienlijk minder. Als je dan naar de combinatie keek, Nij Smellinghe levert nog steeds 11 miljoen winst per jaar, dan kun je die 2 miljoen verlies van de Sionsberg wel aan. Dan levert het nog steeds voordeel op. En dat is redelijk lang zo gebleven. En in de discussie van Friesland Voorop wilden wij de schaalgrootte van de Combinatieholding."*

De heer Littooij noemt in het interview als succesfactoren voor het slagen van de fusie als eerste de integratie van de medische staven (1), een veel strakkere financiële sturing (2) en het monitoren op wat het profiel oplevert (3),

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat de integratie van de medische staven slechts in zeer geringe mate is gelukt. In de geraadpleegde verslagen van de RvB en RvT is hier zo goed als niets over te vinden. De heer Littooij over de ontwikkeling van de integratie:

> *"In het begin gewoon goed. We hebben natuurlijk met twee medische staven te maken, medische staf in De Sionsberg was toch wel verheugd dat er weer nieuw perspectief was. Ook in Nij Smellinghe was dat zo. Daar was men meer overtuigd van hun eigen kunnen, daar ontstond langzamerhand het beeld: eigenlijk vinden wij de fusie heel verstandig, maar laten we dat vooral doen met Nij Smellinghe mensen.*

In feite kwam het daar op neer. Prima om in De Sionsberg te zitten, maar vooral met eigen mensen. Dat is volstrekt onmogelijk, daar was ook geen aanleiding toe."

"Dus ja, er was ogenschijnlijk goed overleg tussen beide stafbesturen, maar in de praktijk, maar daar kom je pas na en tijdje achter, werkte dat gewoon niet." en *"Het was best lastig, ook omdat de Medische Staf uit verschillende groepen bestond. Een groep die bij Pasana werkte en dus in loondienst was en een groep die niet in loondienst was; die bij het MCL hoorde, dus het is best een complexe medische staf."* en *"Alleen later bleek toch dat (een deel van) Drachten terughoudend was."*

In het verslag van de RvT d.d. 23 januari 2013 wordt het voorlopig financieel kader 2013 voor De Sionsberg goedgekeurd. Men gaat voor het boekjaar 2013 uit van een voorlopig resultaat voor De Sionsberg van € 3,3 miljoen negatief, inclusief een voorziening van € 2,7 miljoen voor de afvloeiing van boventalligen en de financiering van vertrekregelingen. Het resultaat van de Ouderenzorg wordt begroot op € 2,9 miljoen positief. Daarnaast zijn er nog diverse risico's begroot op € 1,1 miljoen (bedrijfsrisico € 300.000,--, productrisico € 300.000,-- en investeringen in gebouwen/projecten € 500.000,--). Hierbij wordt toegezegd dat er een nadere resultaatanalyse 2012/2013 komt. In de vergadering wordt in de rondvraag aangegeven dat er voor De Sionsberg nog geen sein "brand meester" is.

In de vergadering van de RvT d.d. 20 maart 2013 worden bij de behandeling van de jaarrekening 2012 de financiële problemen behandeld. Er wordt voorgesteld een nieuw plan op te stellen.

Samengevat wordt vermeld:

- het verlies van Pasana is in 2012 erger dan voorzien;
- het resultaat komt uit op € 5,5 miljoen negatief, exclusief de kosten van herstructurering, die samenhangen met het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg;
- KPMG stelt de continuïteit ter discussie vanwege het negatieve resultaat, het negatieve eigen vermogen en de slechte vooruitzichten van 2013;
- uit de concept accountantsverklaring komt naar voren dat KPMG alleen een goedkeurende verklaring voor de jaarrekening 2012 af wil geven als er een continuïteitsgarantie door Nij Smellinghe wordt verleend;
- in een notitie van KPMG, die als bijlage bij de stukken van de vergadering is gevoegd, wordt gesteld:
    - inschatting van het verlies over 2013 € 8 tot 9 miljoen, inclusief € 3,7 miljoen beschikbaarheidsbijdrage;
    - een goedkeurende verklaring van de controlerende accountant wordt alleen verstrekt indien er naast een continuïteitsgarantie een businessplan voorhanden is met een toereikende financiering;
    - dat zou voor Nij Smellinghe inhouden dat zij de financiering van de exploitatie van Pasana voor ten minste één jaar na vaststelling van de jaarrekening garandeert;
    - dat er inmiddels € 2 miljoen door Nij Smellinghe aan Pasana is betaald; € 1 miljoen lening en € 1 miljoen liquiditeitssteun;
- in de RvT wordt gediscussieerd over de vraag hoever men bereid is te gaan om De Sionsberg in de lucht te houden, in de wetenschap dat dit alleen kan indien Nij Smellinghe een aanzienlijke financiële bijdrage zal leveren;
- uit de vergadering valt op te maken dat men van mening is dat het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, dat in februari 2012 is vastgesteld, inmiddels achterhaald is;
- er wordt besloten uitstel te vragen voor het indienen van de jaarrekening 2012;
- er worden de nodige actiepunten benoemd, zoals het terug winnen van patiënten, het overtuigen van VWS van de noodzaak de beschikbaarheidstoeslag te continueren en de integratie van de medische staven;

- met de medische staven, inmiddels bijgestaan door HCSG, zullen scenario's worden uitgewerkt;
- op 11 april 2013 moet er een profiel en een onderliggende financiële onderbouwing gereed zijn, met de bedoeling om in de vergadering d.d. 22 mei 2013 besluiten te nemen.

Na zijn aantreden, eind 2012, realiseert de heer Littooij zich dat de beoogde personeelsreductie onvoldoende ver is doorgevoerd en er veel omzet verloren gaat. Daarnaast wordt hij begin 2013 geconfronteerd met het probleem dat er in het verleden veel onzinnige zorg is geleverd, die DFZ niet langer wil betalen. De heer Littooij:

> *"Het herpositioneringsplan en zorgbeleidsplan was in feite de meetlat waar wij dat eerste jaar, vanaf oktober 2012, mee aan de slag zijn gegaan. Gedurende de rit bleek dat het aantal Fte's, dat er niet meer zou moeten zijn er toch nog bleek te zijn. Er bleken meer mensen te werken dan wij hadden verwacht. Daar is mijn collega [naam[9]] tegenaan gelopen. De ombuiging (van vóór 1 oktober 2012), die we hadden verondersteld, was toch beperkter. Vervolgens bleek er begin 2013 nog een ander probleem, dat niemand had kunnen voorzien. Een deel van de zorg was geen zinnige zorg zoals wij die kenden, we hebben dat toen pamperzorg genoemd. Uit onderzoek van DFZ bleek dat er een heleboel zorg was die niet in een ziekenhuis thuis hoorde. Dat betekent dat je met een verstuikte enkel hier kwam en dat je werd opgenomen. Van de uitkomsten van het onderzoek van de Friesland zijn wij heel erg geschrokken. Daar heb ik [naam] een toets op laten doen, die concludeerde dat het klopte. Toen hebben we met de Friesland gesproken. Wat doen we? De Friesland wilde die zorg niet meer vergoeden. Daar kan ik moeilijk wat tegen inbrengen, anders ga ik frauderen. Maar dat heeft natuurlijk een enorme domper gegeven begin 2013.*
>
> *Toen hebben we ook gezegd nu halen we die evaluatie naar voren. [naam] heeft toen de opdracht gekregen om verschillende modellen door te rekenen. Hij had ervaring met dit soort ziekenhuizen. Dat verklaart de omzetdaling van 5 miljoen, heel triest. Tegelijkertijd, als je er mee doorgaat ga je je op een hellend vlak begeven. Als het niet door de beugel kan moet je het niet doen. Dat heb ik nooit gedaan."*

De heer Kruijer bevestigt in zijn interview de aanwezigheid van de "pamper" productie en de noodzaak om deze zorg te staken.

7.9. Maart 2013 t/m februari 2014: Plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis

Vanwege de financiële problemen, terugloop van patiënten en omzet (zie hoofdstuk 7.8) wordt in maart 2013 besloten nieuwe plannen uit te werken. Impliciet wordt hiermee besloten dat verder geen uitvoering wordt gegeven aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. De RvB stelt drie scenario's op. Het "7x24 ziekenhuis" met 52 bedden, het "Weekziekenhuis" met 52 bedden en het "Dagziekenhuis" met tien bedden. Er wordt gekozen voor verdere uitwerking van het 7x24 ziekenhuis. Door de organisatie wordt dit vertaald in het "draaiboek operatie bestendig maken". De alternatieven Weekziekenhuis en Dagziekenhuis zouden financieel en politiek niet haalbaar zijn.

In de businesscase is voor reorganisatiekosten een bedrag van € 2,7 miljoen opgenomen in de begroting van 2013. De financieringsbehoefte die hierdoor ontstaat zal door Nij Smellinghe worden opgevangen. In de businesscase is als resultaat voor 2013 € 8,7 miljoen negatief begroot. Het cumulatieve resultaat over de periode van 2014 tot en met 2019 is € 8,8 miljoen negatief. In 2020 wordt het resultaat weer positief.

[9] In dit citaat uit het interview met de heer Littooij worden de namen van de betreffende functionarissen vanwege de privacy weggelaten.

7.9.1. Beoordeling plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis door EY

In het verslag van de RvT d.d. 22 mei 2013 staat dat EY opdracht krijgt de (nieuwe) businesscase van Pasana te beoordelen. De businesscase is bijgevoegd als **bijlage 7**. In het verslag van de RvT d.d. 19 juni 2013 staat dat de rapportage van EY nog op zich laat wachten door additioneel te verrichten werkzaamheden. Op 3 juli 2013 brengt EY rapport uit. Uit de rapportage en bijlagen komt samengevat het volgende naar voren:

- het 7x24 ziekenhuis gaat uit van een compactere invulling van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, dat op 2 februari 2012 was vastgesteld;
- er wordt invulling gegeven aan de synergievoordelen, die kunnen worden bereikt met de samenwerking met Nij Smellinghe;
- in het 7x24 ziekenhuis wordt het aantal bedden teruggebracht van 65 naar 50;
- de verpleegafdelingen worden gereduceerd van drie naar twee;
- het gebouw wordt efficiënter ingedeeld;
- er wordt groei verwacht door verdere intensivering van de relaties met huisartsen;
- er worden nieuwe initiatieven ontplooid, zoals de reeds gestarte vaatpoli en het opstarten van kaakchirurgie;
- heropening van de klinische cardiologie wordt genoemd.

EY stelt:

> "*De keuze is gebaseerd op een hoog geaggregeerde uitwerking van de drie scenario's. Alleen voor het 7x 24 ziekenhuis is een meerjaren winst en verliesrekening en een beperkt kasstroom overzicht uitgewerkt. Er is geen balansprognose opgesteld. Mochten ook de andere scenario's in een dergelijk detail zijn uitgewerkt, inclusief balansprognoses dan zou dit mogelijk kunnen leiden tot andere conclusies.*"

EY noemt onzekerheden, die zich als volgt laten samenvatten:

- de onzekerheid of en hoe lang er in de toekomst een beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend door de overheid;
- de onzekerheid of een besparing van 100 Fte zal worden gerealiseerd;
- de onzekerheid over de termijn, waarbinnen een aanvang kan worden gemaakt met de besparingen en de invloed daarvan op de financieringsbehoefte;
- de onzekerheid over de hoogte van de reorganisatiekosten;
- de onzekerheid of een toename van de productie reëel is;
- in de businesscase is een mogelijk versnelde afschrijving van € 5 miljoen, vergoed door NZa en zorgverzekeraar, niet opgenomen;
- in de businesscase zijn de synergievoordelen van de samenwerking met Nij Smellinghe nog niet opgenomen, waardoor deze onvolledig is;
- aangegeven wordt dat het management vertrouwen heeft dat de benodigde besparingen ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden;
- indien de besparingen, die in de ondersteunende afdelingen kunnen worden gerealiseerd ook grotendeels worden toegerekend aan De Sionsberg, dan lijkt de positieve instelling van het management gerechtvaardigd.

EY doet de volgende aanbevelingen:

- een gedetailleerdere financiële meerjaren uitwerking;
- de mate waarin medische staven bereid zijn samen te werken bepaalt in sterke mate de synergievoordelen: geadviseerd wordt een rapportage op te stellen, die in gaat op het medisch profiel van De Sionsberg en die aangeeft op welke onderdelen er inmiddels overeenstemming is bereikt en op welke nog niet;

- in de detailuitwerking wordt vermeld dat de maatschappen verschillen in de mate waarin zij bereid zijn mee te werken aan veranderingen;
- op diverse punten wordt verdieping aanbevolen en/of advies gegeven.

EY doet geen uitspraak over de haalbaarheid van de businesscase.

In de zomer van 2013 vindt een bespreking plaats tussen EY, de leden van de auditcommissie en de RvB. De geïnterviewden geven aan dat dit een positief gesprek is. De heer Littooij verklaart dat hij zich met de auditcommissie na dit gesprek niet kan vinden in het rapport van EY, omdat het rapport de vragen in onvoldoende mate beantwoordt.

Van den Hoek (partner bij EY en medeauteur van het rapport) verklaart dat er bij aanvang van het onderzoek, op 14 mei 2013, onvoldoende gegevens voorhanden zijn. Daarmee wordt het work in progress. Uiteindelijk is onvoldoende informatie opgeleverd om een totaalbeeld te geven. Het advies van EY is om een aantal zaken nader te onderzoeken. Van den Hoek:

> *"Ik wilde eigenlijk een balanspositie hebben (..) Kijk, als je kijkt naar de cashflow, dan kijk je met name naar de toekomstige perioden, dus je heb een beginbalans nodig. Ik neem aan dat ze die wel hadden kunnen opleveren, maar het ging met name over hoe gaan die toekomstige balansposten er uitzien? Hoe gaan die zich ontwikkelen? Dat heeft men niet uitgewerkt. En er waren ook nog een aantal zaken die je natuurlijk daarvoor nodig hebt, bijvoorbeeld als je synergievoordelen gaat hebben, dan gaat dat ook effect hebben op je werkkapitaal. Dus moet je daar, dan had je best wel wat aannames moeten doen om dat goed en gedegen te kunnen opstellen. (…)Wij moesten de feiten weergegeven en dat was niet mogelijk aangezien daarvoor de gevraagde informatie ontbrak. Die ontbrekende informatie heb ik in kaart gebracht en ook wel besproken met management en directie, dat we dat zouden gaan rapporteren. Dus dat je dan uiteindelijk niet tot een voldragen rapport komt, omdat er nog best wel wat zaken openstaan".*

Opvallend is voorts dat er geen verbinding is gemaakt met het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. In de opdracht aan EY is er ook van afgezien om die verbinding te leggen. Van den Hoek:

> "…. *ik kan alleen maar aangeven dat toen wij binnenkwamen, de situatie niet rooskleurig was. En wij konden de uitvoering van het plan van Kees Meijer niet volgen in de cijfers. Dus, wij hebben gezegd: "Als we dat moeten doen, dan gaan wij echt diep graven en ja, dat kost wel wat tijd, want dan moeten wij misschien zelf informatie aan elkaar gaan koppelen." Nou, daarvan heeft de directie toen gezegd: "Dat willen we niet; dat gaan we niet doen. Wij moeten vooruit. Wij moeten, wij hebben, dit plan, daar hebben we jullie gevraagd om naar te kijken."*

7.9.2. Besluitvorming plan 7x24 ziekenhuis / compact ziekenhuis

De verslagen van de RvB d.d. 30 juli 2013 en 7 augustus 2013 bevatten het voorgenomen besluit om het reorganisatieplan De Sionsberg goed te keuren. Het reorganisatieplan gaat uit van een 7x24 functionaliteit, waarmee De Sionsberg behouden blijft als volwaardig ziekenhuis voor de regio. De RvB stelt dat tot deze keuze is gekomen nadat er zorgvuldig en indringend met de verschillende betrokken partijen en ziekenhuizen in de regio over is gesproken en nadat de verschillende scenario's zijn doorgerekend. Daaruit komt naar voren dat een 7x24 ziekenhuis rendabel kan zijn. Op basis daarvan is het reorganisatieplan geschreven. In het verslag van de RvB d.d.19 september 2013 volgt het definitieve besluit.

De beweegredenen van de RvB zijn niet in lijn met de rapportage van EY, waarin staat:

> *"De keuze is gebaseerd op een hoog geaggregeerde uitwerking van de drie scenario's, alleen voor het 7x24 ziekenhuis is een meerjaren winst en verliesrekening en beperkte kasstroom overzicht uitgewerkt.*

Er is geen balansprognose opgesteld. Mochten ook de andere scenario's in een dergelijk detail zijn uitgewerkt, inclusief balansprognoses, dan zou dit mogelijk kunnen leiden tot andere conclusies."

Door middel van een raadpleging beslist de RvT in augustus 2013 om in te stemmen met de voorgestelde reorganisatie.

Uit het verslag van de RvT d.d. 25 september 2013 en uit diverse stukken die in het RvT dossier voorhanden zijn (verslag van de audit commissie d.d. 19 augustus 2013, samenvatting van de bespreking van de rapportage met EY in de RvT en een mail van 29 augustus 2013) komt naar voren dat de RvT niet tevreden is met de opgeleverde rapportage, maar hier verder niets mee doet.

Enkele uitspraken van de RvT:

- rapport EY geeft te weinig antwoorden op de "hamvragen";
- de RvT is teleurgesteld over de wijze waarop EY afstand houdt tot het cijfermateriaal en andere heikele vraagstukken;
- een zelfstandig oordeel van EY op de businesscase ontbreekt, terwijl EY daarvoor juist was ingeschakeld;
- verstandig om het zo te laten en informeel rugdekking te geven aan de voorgenomen reorganisatie.

De heer Littooij over het EY rapport:

"Het EY rapport was een second opinion op de conclusie van het rapport (bedoeld wordt de presentatie) door HCSG (Bert Overkamp), die had aangetoond dat 7x24 uur de beste optie was. Dit rapport is besproken op 11 april 2013 met de RvT.

De reorganisatie die gebaseerd was op die presentatie van HCSG (incl. rapport EY) is later door de RvT in haar vergadering goedgekeurd."

Bijzonder is dat voor de besluitvorming over het reorganisatieplan naar de presentatie van HCSG wordt verwezen en dat deze presentatie uitwijst dat 7x24 de beste optie is, terwijl EY niet voldoende informatie beschikbaar heeft om tot een afgewogen oordeel te komen.

Er is geen verslag voorhanden van de presentatie van HCSG.

In het verslag van de RvT d.d. 25 september 2013 staat voorts dat de OR zich kan vinden in de ambities en verwachtingen maar zorg uit over de haalbaarheid. In dezelfde vergadering wordt gemeld dat men in Dokkum druk bezig is met de verbouwing van De Hoed en een gedeelte van het oude gedeelte van het ziekenhuis om daarin het compact ziekenhuis onder te brengen.

De oplevering is gepland op 23 januari 2014. Het besluit tot deze investering, die € 4,2 miljoen zal kosten, is terug te vinden in het verslag van de RvB d.d. 9 oktober 2013. De verbouwing is een onderdeel van het 7x24 ziekenhuis en is bedoeld om patiënten terug te winnen. Nij Smellinghe stelt de middelen voor de verbouwing ter beschikking.

7.9.3. Implementatie van het 7x24 / compact ziekenhuis en de financiën

De RvB meldt in alle verslagen van 2013 een forse achteruitgang in productie en productieafspraken. In het verslag van de RvB d.d. 12 december 2013 wordt gesteld dat het exploitatieresultaat van Pasana tot en met november 2013 een tekort laat zien van € 4,7 miljoen waarvan € 3,8 miljoen is toe te schrijven aan een lagere productie van De Sionsberg. De Ouderenzorg zit € 0,4 miljoen onder de begroting.

In de verslagen van de RvB d.d. 14 november 2013 en 20 november 2013 staat als toelichting op deze tegenvallers dat de kosten van de medisch specialisten met € 0,7 miljoen als gevolg van beschikbaarheidsdiensten worden overschreden en dat er meer wordt uitgegeven aan PNIL-kosten voor de bezetting van de ADOA.

In het verslag van de RvB d.d.14 november 2013 staat dat de RvB het voornemen de klinische cardiologie te heropenen overweegt, daartoe aangezet door een nieuwe groep cardiologen. Hierover vinden gesprekken plaats met de zorgverzekeraar.

In het verslag van de RvB d.d. 22 januari 2014 staat:

- het voorlopig financieel kader gaat uit van een resultaat over 2013 voor De Sionsberg van -/- € 5,5 miljoen en voor de Ouderenzorg van € 2,5 miljoen;
- het eerste deel van het boventallige personeel is inmiddels ontslagen, het tweede deel wordt nu ontslagen en de rest volgt over een maand;
- opening compact ziekenhuis vindt plaats op 1 februari 2014;
- men hoopt op een mogelijke verhuur van de oude poli aan Alliade Zorggroep;
- het reorganisatieplan moet op 1 januari 2014 gereed zijn;
- het reorganisatieplan is nog steeds niet afgerond;
- men verwacht het reorganisatieplan eind februari 2014 af te ronden;
- de integratie met Nij Smellinghe verloopt moeizaam: de medisch specialisten werken niet echt mee aan de integratie, terwijl sanering, kostenbeheersing en integratie van beide medische staven noodzakelijke voorwaarden zijn voor de fusie.

In het verslag van de RvB d.d. 24 februari 2014 staat:

- dat de NZa voor 2014 een beschikbaarheidsbijdrage van € 3,7 miljoen heeft toegezegd;
- dat het stappenplan voor een verdere integratie van de concerndiensten wordt goedgekeurd.

7.9.4. Evaluatie besluitvorming 7x24 / compact ziekenhuis

Evenals in 2012 worden alternatieve scenario's onvoldoende uitgewerkt en in de afweging meegenomen. Er is sprake van een "politiek" besluit. De heer Derks en andere leden van de RvT onderschrijven dat het in 2013 vanuit een oogpunt van werkgelegenheid en maatschappelijk draagvlak niet haalbaar is de kliniek te sluiten.

EY noemt, evenals de heer Meijer in het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg, de integratie van de medische staven een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van het plan.

Aan de heer Mollers (voorzitter van de VMS vanaf 1 december 2012) is de vraag voorgelegd hoe hij als voorzitter van de VMS van De Sionsberg de samenvoeging van de medische staven heeft beleefd. De heer Mollers:

> *"Er is uiteindelijk een gezamenlijk stafbestuur opgericht, daar ben ik nog vicevoorzitter van geworden. Maar je merkte in die samenwerking dat we toch altijd ons eigen belang voor ogen hadden. Wel geprobeerd een gezamenlijk belang te vormen, een gezamenlijk beleidsplan. Je merkte in Drachten dat niet ieder staflid enthousiast was over de fusie en je merkte hier dat men bang was om zijn of haar baan te verliezen als het zou komen tot een samengaan van de staf.*

Hier waren veel in loondienst, daar heb je de maatschappen, daar kan je niet zomaar gedwongen worden om mee te gaan fuseren. De maatschappen kunnen niet gedwongen worden om mensen over te nemen. Al dat soort situaties, dat soort praktische problemen, die kwamen al snel op tafel. Daar hebben we nooit een oplossing voor kunnen vinden".

De heer Mollers stelt dat de chirurgen wel tot samenwerking in staat waren. De heer Mollers daarover:

"Ja. Maar wij werden gedwongen door die volumenorm. Andere vakgroepen hadden dat niet. De internisten in Drachten hadden helemaal geen behoefte om met de jongens hier te gaan werken. En andersom ook niet. Datzelfde gold voor de cardiologen. Die zeiden laat alles maar naar ons toe komen. Dat houdt je natuurlijk, onbekend maakt onbemind. Het is jammer, we hebben samen met de staf in Drachten op een gegeven moment zelfs een avond georganiseerd waarin iedereen een Power Point mocht geven hoe zij dan die fusie zagen, wat zij als knelpunten zagen maar ook als kansen. Daar wilden we mee aan de slag. We waren er druk mee bezig om te proberen om een soort gezamenlijk belang te creëren. Maar dat is helaas nooit gelukt. Dat had er ook mee te maken dat op een gegeven moment de basis onder dat scenario (bedoeld wordt het 7x24 ziekenhuis) begon te wankelen. De critici in Drachten zeiden zie je wel, het kan toch niet uit".

Wat opvalt is dat de RvT niet ingaat op de constatering in het rapport van EY dat het 7x24 ziekenhuis alleen zal slagen indien de medische staven succesvol worden geïntegreerd.

De heer Littooij over de integratie van de staven:

"We hebben natuurlijk met twee medische staven te maken, medische staf in de Sionsberg was toch wel verheugd dat er weer nieuw perspectief was. Ook in Nij Smellinghe was dat zo. Daar was men meer overtuigd van hun eigen kunnen, daar ontstond langzamerhand het beeld: eigenlijk vinden wij de fusie heel verstandig, maar laten we dat vooral doen met Nij Smellinghe mensen. In feite kwam het daar op neer. Prima om in De Sionsberg te zitten, maar vooral met eigen mensen. Dat is volstrekt onmogelijk, daar was ook geen aanleiding toe".

De heer Kruijer over de integratie van de medische staven:

"Toen is er ook door de nieuwe bestuurder nadrukkelijk gesproken met de medische staf van Nij Smellinghe en van De Sionsberg. Een belangrijk punt in de samenwerking zijn toch de artsen, die moeten samenwerken. Een van de punten wat zwaar is tegengevallen, was dat die samenwerking niet van de grond is gekomen". "Er is heel lang denk ik "ja" gezegd en "nee" gedaan."

Ook de voorzitter van de RvT beaamt dat er van integratie geen sprake was en dat de RvB daar geen grip op had. Aan de heer Derks wordt gevraagd hoe de sturing van de RvB was op het integratieproces. De heer Derks:

"Peter (bedoeld wordt de heer Littooij) *bleek daar toch geen greep op te hebben".*

Over het contact tussen RvT en medische staven verklaart de heer Derks dat de staf uit Drachten op dat soort bijeenkomsten:

"voor de helft gewoon niet kwam opdagen"

en dat de staf in Dokkum altijd enthousiast was, maar wel dat het daar aan realistische plannen ontbrak.

De heer Derks noemt ook nog een praktisch probleem. De heer Derks:

> *"Wij wrongen ons drie keer in de week door al die dorpjes. Ik weet nog een discussie met de specialisten in Drachten, ik wil helemaal niet in Dokkum opereren en ik wil helemaal niet naar Dokkum, want dan ben ik drie kwartier onderweg".*

De ervaringen uit het verleden, de uitkomsten van het rapport van EY en het feit dat er geen succesvolle integratie van de medische staven tot stand komt zijn voldoende reden om grote twijfel te hebben over de haalbaarheid van de businesscase. Curatoren hebben in hun onderzoek niet kunnen vaststellen dat deze twijfels bij de RvT aan de orde zijn geweest.

Uit de interviews, waarin uitvoerig aandacht is besteed aan het 7x24 uur ziekenhuis, komt het beeld naar voren dat dit model bestuurlijk werd beschouwd als een noodzakelijke tussenstap.
De heer Littooij:

> *"Wat wij hebben overwogen is het volgende. We gaan niet in één keer van de kelder naar de zolder. Het sentiment was er toen ook niet naar. Voor ons was een stap van 138 naar 52 bedden het maximum. Dat was al substantieel. (..) Dat was stap 1. Je hebt ook plat gezegd een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor deze regio. Je kunt niet in één keer het hele profiel weghalen. We gingen daarnaast als stap 2 investeren in de polikliniek omdat we er allemaal van overtuigd waren dat de polikliniek in alle situaties blijft bestaan. Misschien hadden we een te positief beeld dat die kliniek nog kansen maakte. In ieder geval hadden we dat probleem wel gehalveerd. Maar de polikliniek, daar hebben we letterlijke geld in gestopt, dat is blijven bestaan. We hebben niet gelijk het hele profiel weggehaald.*

Aan de heer Derks wordt de vraag voorgelegd hoe de RvT het advies van EY heeft gewogen. De heer Derks stelt:

> *"Ik denk dat ze afgewogen zijn, maar dat er toch gekozen is voor 7x24 uur. En ik denk dat dat te maken heeft (…..) met de druk van de specialisten. Want de specialisten hier* (bedoeld wordt van De Sionsberg) *pleitten in de publiciteit voor het laten bestaan van het ziekenhuis in zijn meest complete vorm. En op dat moment al teruggaan naar poliklinieken, daar moeten we over gesproken hebben. Uiteindelijk speelden die dokters daar een rol in maar er speelde ook de actiegroep een rol in. Red De Sionsberg. Die zou zwaar geprotesteerd hebben op het moment dat wij het ziekenhuis afbouwden".*

Aan de heer Derks is de vraag voorgelegd hoe de RvT omging met de maatschappelijke weerstand tegen de afbouw van De Sionsberg. De heer Derks stelt daarover:

> *"Ik weet nog dat we het in die hele periode nog hadden over hoeveel geld hebben we er al inzitten, zouden ze nu zien dat we ze aan het helpen zijn, maar als wij het besluit nemen zijn wij de zwarte piet. Ik zie hier ook staan een brief van het college van Dongeradeel van mei 2013 op verzoek van de Raad. En die zie je ze al beginnen met zwarte pieten".*

Uit de interviews blijkt ook dat er een angst bestaat voor een "Harlingenscenario". MCL heeft in het verleden het noodlijdende ziekenhuis in Harlingen omgevormd tot polikliniek. Dit heeft de gemoederen destijds niet onberoerd gelaten.

Er wordt gekozen voor het 7x24 ziekenhuis in de wetenschap dat EY afstand houdt tot het cijfermateriaal, geen oordeel uit spreekt over het bedrijfsplan en aan geeft dat de alternatieve scenario's niet zijn doorgerekend. In de verslaglegging wordt een en ander anders verwoord. In het verslag van de RvB staat:

> *".. en nadat de verschillende scenario's voor de vormgeving zijn doorgerekend. Daaruit kwam naar voren dat een ziekenhuis met deze vormgeving rendabel kan zijn".*

Er wordt, gefinancierd door Nij Smellinghe, ruim € 4,6 miljoen geïnvesteerd in het 7x24 compact ziekenhuis. Op basis van de businesscase leidt dit scenario tot een eigen vermogen eind 2019 van € 29,5 miljoen negatief.

Tot slot valt op dat de doorlooptijd van de reorganisatie, die moet resulteren in het 7x24 ziekenhuis, uitermate traag is. In maart 2013 wordt besloten dat er geen uitvoering meer zal worden gegeven aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg. De planvorming duurt dan tot half augustus 2013. In december 2013 wordt geconstateerd dat het reorganisatieplan niet eerder dan per 1 februari 2014 gereed zal zijn. Het is wrang om te constateren dat kort na deze datum de inzichten alweer zodanig zijn gewijzigd dat uiteindelijk niet of nauwelijks uitvoering aan het plan zal worden gegeven (zie daarvoor hoofdstuk 7.11).

7.10. Maart 2014: De vaststelling van de jaarrekening 2012

7.10.1. Continuïteitsveronderstelling

Artikel 2:384 lid 3 BW veronderstelt ten aanzien van de jaarrekening continuïteit van de onderneming. Bij de waardering van de activa en passiva wordt uitgegaan van de zogenaamde continuïteits-veronderstelling. Als die veronderstelling onjuist is of aan gerede twijfel onderhevig is, dan moet dit onder mededeling van de invloed op het vermogen en resultaat in de toelichting op de jaarrekening uiteengezet worden.

Discontinuïteit van de onderneming kan onder meer blijken uit zodanige omstandigheden, dat duurzame voortzetting van de werkzaamheden onmogelijk is. Bij discontinuïteit worden andere waarderings-grondslagen gehanteerd, namelijk de liquidatiewaarde.

Het mag duidelijk zijn dat jaarrekeningen van een onderneming in bedrijf zelden of nooit worden opgemaakt op basis van discontinuïteit, omdat een afwaardering van activa naar liquidatiewaarde voor financierende banken, leveranciers en ketenpartners een niet te miskennen signaal is op basis waarvan doorgaans direct zal worden geacteerd. In de praktijk zal de onderneming in een dergelijke situatie andere maatregelen treffen, bijvoorbeeld het aanvragen van het eigen faillissement. Bij instellingen in de publieke sector is het niet ongebruikelijk dat in een dergelijke situatie snel en geforceerd wordt gefuseerd met een financieel krachtige partner.

Twijfel over de continuïteit komt in veel gradaties voor. In 2012 bestaat deze twijfel al en keurt PwC de jaarrekening 2011 niettemin goed op basis van het in januari 2012 vastgestelde Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en het voorwaardelijk besluit tot bestuurlijke fusie van 6 maart 2012.

Deze maatregelen, die ook in de jaarrekening van 2011 zijn toegelicht, bieden voor PwC nog een voldoende basis voor de afgifte van een goedkeurende controleverklaring (zie hiervoor in hoofdstuk 7.7.7).

In de jaarrekening 2012 is het eigen vermogen per 31 december 2012 ten opzichte van 31 december 2011 inmiddels gedaald van € 3,0 miljoen naar € 5,0 miljoen negatief. Voor het vaststellen en publiceren van de jaarrekening 2012 is twee maal uitstel gevraagd. Dit uitstel loopt af op 1 april 2014.

De curatoren hebben de heer Van Opzeeland geïnterviewd. De heer Van Opzeeland is in de betreffende periode werkzaam als registeraccountant bij KPMG. KPMG verzorgt al langere tijd de controle van de jaarrekeningen van Nij Smellinghe. Tot de bestuurlijke fusie verzorgt PwC de controle van de jaarrekening. De laatste jaarrekening, die PwC controleert is die van het boekjaar 2011. De Combinatie Holding verleent KPMG opdracht de jaarrekening 2012 van Pasana te controleren. KPMG doet eerst een review bij PwC, de vorige accountant.

De Ouderenzorg is voor KPMG een relatief "steady business". Het ziekenhuis ziet er niet goed uit. De Sionsberg is het kleinste ziekenhuis van Nederland. Issues voor de controle zijn met name de liquiditeitspositie en -ontwikkeling, een negatief eigen vermogen, een negatieve kasstroom en het niet voldoen aan de convenanten met BNG en ING Bank. Van Opzeeland stelt in het interview met hem dat het continuïteitsvraagstuk belangrijk is bij de controle van de jaarrekening 2012.

Voor een continuïteitsveronderstelling zijn op dat moment ten minste noodzakelijk dat ING Bank en BNG waivers geven, dat er een sluitende businesscase wordt geschreven voor de toekomst, met voldoende onderbouwing voor een bestendig toekomstperspectief, vertaald in een meerjaren-begroting/perspectief en doorberekend in de kasstromen en dat Nij Smellinghe een toezegging, in de vorm van een continuïteitsgarantie, doet dat zij Pasana gedurende een afgebakende periode financieel tot een bedrag van € 40 miljoen zal blijven steunen.

BNG en ING Bank verlenen de waivers. ING Bank koppelt aan deze waiver wel als voorwaarde dat Nij Smellinghe het krediet in rekening-courant per 31 december 2013 volledig afgelost (zie hoofdstuk 8.4).

7.10.2. Businesscase “een vooruitblik naar 2018”

In februari 2014 levert de RvB de businesscase op. Dit is de businesscase 2014-2018, die is opgenomen als **bijlage 8**. De businesscase vertoont in de liquiditeitsprognose een gat. Dieptepunt is een gat van 15 miljoen. Daarna zal de kasstroom volgens de businesscase wel positief worden. Op basis van de cijfers van 2013 constateert de heer Van Opzeeland dat Nij Smellinghe ultimo 2013 € 10,8 miljoen aan Pasana heeft verstrekt, begin 2014 is dat bedrag opgelopen tot € 14,7 miljoen.

Dit bedrag bestaat uit de aflossing van het krediet bij ING, de verbouwingskosten van het compact ziekenhuis en de financiering van de reorganisatiekosten.

De businesscase gaat uit van ingrijpende investeringen in de Ouderenzorg, met name in de huisvesting. De businesscase raamt de investeringen op € 20 miljoen.

De controlerend accountant verwacht niet alleen een continuïteitsgarantie van Nij Smellinghe, maar wil ook een bevestiging hebben dat deze garantie, die wordt verleend, aansluit bij de toekomstige kasstroom van Pasana. Met dat doel is de businesscase opgesteld. In de brief van Nij Smellinghe aan Pasana, die wordt geciteerd in hoofdstuk 7.10.3, legt Nij Smellinghe ook de koppeling naar de businesscase.

Volgens de businesscase is er in het toekomstige werkkapitaal in 2014 een tekort voor van ruim € 15 miljoen. Dat sluit aan bij de afgegeven garantie. Daarna daalt het tekort in het werkkapitaal in de jaren tussen 2014 en 2019 naar een niveau dat ligt op € 11 miljoen tot € 13 miljoen. Ook deze getallen passen in de aannames, die ten grondslag liggen aan de besluitvorming over de continuïteitsgarantie.

De berekeningen gaan ervan uit dat de verliezen van De Sionsberg in de jaren tot en met 2018 variëren tussen € 4,9 miljoen en € 5,8 miljoen. Afgezet tegen de cijfers over 2011 en 2012 lijken dit reële aannames. Anders is dit met de Ouderenzorg. De resultaten van 2011, 2012 en 2013 zijn op dat moment bekend: € 0,9 miljoen in 2011 en € 1,7 miljoen in 2012 en € 1,6 miljoen in 2013. In de businesscase lopen de winsten vanaf 2013 op. In 2015 zal de winst € 4,6 miljoen bedragen. Op een gemiddelde omzet van € 35 miljoen achten curatoren dit een te rooskleurige voorspelling, die materieel afwijkt van de benchmark. Het is dan ook aannemelijk dat het tekort in het werkkapitaal niet zal afnemen, doch veeleer zal toenemen tot boven het niveau van € 15 miljoen.

In de getekende verklaring, waarin de RvT goedkeuring verleent aan de continuïteitsgarantie, merkt de RvT over de businesscase op dat men daarover grote zorgen heeft en dat deze de komende maanden in diverse vervolg scenario’s moet worden uitgewerkt.

Vervolgens keurt de RvT de jaarrekening 2012 goed.

In het verslag van de RvT, opgenomen in de jaarrekening 2012 van Pasana, staat:

> *"Ter verkrijging van een adequaat beeld van de financiële continuïteit van de Stichting Combinatieholding Nij Smellinghe/Zorggroep Pasana en de daartoe behorende rechtspersonen heeft de RvT voor dit doel uitgewerkte financiële prognoses beoordeeld. Op grond van de uitkomsten hiervan heeft de RvT op 19 maart 2014 goedkeuring verleend aan het voorgenomen besluit van de RvB, dat Nij Smellinghe ter dekking van de liquidatiebehoefte bij Zorggroep Pasana aan Zorggroep Pasana een financiële garantstelling verstrekt ter grootte van de liquiditeitsbehoefte volgens de financiële prognoses. Hiermee is de continuïteit van Zorggroep Pasana gegarandeerd".*

Over de continuïteit stelt de jaarrekening 2012 onder de grondslagen voor waardering en resultaatsbepaling:

> *"Deze jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling. De huidige financiële situatie en de prognose voor het boekjaar 2013, waarbij Pasana Cure B.V. (ziekenhuis) aanzienlijke verliezen en een negatief eigen vermogen laat zien, duiden op het bestaan van een onzekerheid van materieel belang op grond waarvan gerede twijfel zou kunnen bestaan over de continuïteitsveronderstelling van de Stichting Zorggroep Pasana als geheel.*
>
> *Om continuïteit in de toekomst te kunnen borgen zijn de volgende acties ondernomen:*
>
> - *vanuit een aantal eerste scenario's met betrekking tot de toekomstmogelijkheden van het ziekenhuis De Sionsberg is een businesscase ontwikkeld leidend naar een positief exploitatie resultaat in de toekomst. Uitgangspunt hierbij is de ombouw naar een modern compacte ziekenhuisorganisatie, Sionsberg 3.0. Deze compacte organisatie vraagt om een andere manier van werken en een daarmee gepaarde reductie van formatieplaatsen. In afstemming met de vakbonden en de ondernemingsraad is de reorganisatie inmiddels in gang gezet;*
> - *op 5 september 2012 is de bestuurlijke fusie met Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) tot stand gekomen. Dit verkleint de kwetsbaarheid van het ziekenhuis onder andere doordat het medische proces meer omvang kan krijgen door overheveling van productie vanuit Drachten en door een verlichting van de overheadkosten. Deze lastenverlichting kan worden gerealiseerd door gezamenlijk gebruik te maken van faciliteiten en ondersteuning. De bestuurlijke fusie zorgt daarnaast voor zowel externe financiers als de zorgverzekeraars voor een vertrouwensimpuls aangaande de continuïteit voor financiën en zorgaanbod;*
> - *daarnaast zijn met de verzekeraars gemaakte productieafspraken resp. het in gang gezette beleid dat gericht is op het terughalen van productie die feitelijk in De Sionsberg thuis hoort maar die als gevolg van eerdere problemen binnen De Sionsberg door aangrenzende ziekenhuisorganisaties werd geleverd;*
> - *aanvullend op de business case zijn financiële prognoses opgesteld. De uitkomsten hiervan waren voor de Raad van Toezicht reden om het voorgenomen besluit van de Raad van Bestuur tot verlening van een financiële garantstelling van Nij Smellinghe aan Zorggroep Pasana ter grootte van de liquiditeitsbehoefte volgens de continuïteit van Stichting Zorggroep Pasana in het algemeen en die van De Sionsberg in het bijzonder".*

7.10.3. Besluit continuïteitsgarantie

De RvT keurt op 19 maart 2014 het voorgenomen besluit van de RvB goed, waarin Nij Smellinghe de continuïteitsgarantie verleent aan Pasana. Nij Smellinghe verleent de garantie in briefvorm, gericht aan Pasana, en houdt in:

> *"… aan Zorggroep Pasana een maximale continuïteitsgarantie af te geven van € 40 miljoen, die is opgebouwd uit € 15 miljoen lening Zorggroep Pasana, € 20 miljoen investeringen in de Pasana Ouderenzorg en € 5 miljoen marge/onzekerheid die nodig is om u in staat te stellen uw bedrijfsactiviteiten duurzaam voort te zetten en aan al uw verplichtingen te voldoen gedurende ten minste de komende twaalf maanden zoals blijkt uit de businesscase Pasana".*

De heer Van Opzeeland stelt dat Nij Smellinghe ook in staat is de continuïteitsgarantie na te komen. Hij stelt dat Nij Smellinghe een stresstest heeft gedaan en dat daaruit blijkt dat Nij Smellinghe daadwerkelijk € 40 miljoen kan betalen. Wel is het duidelijk dat de lening van € 15 miljoen waarschijnlijk niet zal worden terugbetaald. Dat weet Nij Smellinghe volgens de heer Van Opzeeland ook. De beoogde juridische fusie lost volgens hem dit probleem per saldo op. De vordering en schuld strepen dan tegen elkaar weg.

7.11. De eerste acht maanden van 2014

De RvT behandelt op 19 maart 2014 de volgende onderwerpen:

- de begroting 2014 is nog steeds niet formeel vastgesteld omdat het tekort van De Sionsberg groter is dan verwacht en een structureel karakter lijkt te krijgen;
- er zullen maatregelen moeten worden genomen om de kosten te verlagen en de opbrengsten te verhogen;
- dit kan volgens de RvT inhouden dat Pasana niet verder kan met het compact ziekenhuis;
- in de begroting komt De Sionsberg uit op € 5 miljoen negatief en de Ouderenzorg op € 2,6 miljoen positief;
- de begroting wordt niet goedgekeurd, maar dient slechts als interne begroting te worden beschouwd;
- de RvB en de RvT stellen voor om in mei 2014 een nieuwe begroting ter goedkeuring voor te leggen met daarin voorstellen om een positief rendement van De Sionsberg te realiseren, hetgeen kan inhouden dat het profiel van De Sionsberg zal moeten wijzigen;
- de RvT wil plan A compact ziekenhuis nog niet loslaten, maar wil dit doorberekenen aan de hand van de businesscase, die ten grondslag ligt aan de continuïteitsgarantie;
- de RvB vraagt de VMS zich te beraden over de positie van De Sionsberg, waarbij is afgesproken dat het stafbestuur een plan B gaat uitwerken, met als uitgangspunt een uitgebreide polikliniek met een dagbehandelingscentrum;
- in dit plan ligt de nadruk op de zorg voor oudere patiënten;
- dit plan houdt een verdergaande reorganisatie in, die ook de specialisten zal treffen;
- de klinische zorg wordt geheel of gedeeltelijk verplaatst naar Nij Smellinghe, waar op termijn ook de acute zorg wordt ondergebracht;
- onderzocht zal worden of er naast een plan B nog andere scenario's mogelijk zijn;
- de RvT stelt het besluit cover de voorgenomen juridisch fusie uit tot 14 mei 2014, in afwachting van de uitwerking van de diverse scenario's;
- het medisch beleidsplan is nog steeds niet gereed, het stafbestuur heeft toegezegd dit voor 25 maart 2014 af te ronden;
- het medisch beleidsplan zal worden geagendeerd voor de vergadering van de RvT d.d.14 mei 2014.

De RvT behandelt op 14 mei 2014 de volgende onderwerpen:

- door liquiditeitsproblemen van Pasana en het uitblijven van de integratie van de medische staven van Nij Smellinghe en De Sionsberg heeft de RvB samen met het MT en het stafbestuur een (summiere) nieuwe visie op de toekomstige zorgorganisatie ontwikkeld;
- de RvB vraagt de RvT of de raad deze visie onderschrijft, waarbij het noodzakelijk is dat Nij Smellinghe en DFZ samen bereid zijn middelen beschikbaar te stellen om het acute liquiditeitsprobleem van Pasana op te lossen en om een nieuwe zorgorganisatie op te bouwen;
- de RvT stemt in met het ontwikkelen van een visie op een nieuwe zorgorganisatie, inclusief Ouderenzorg, maar wil hier wel op korte termijn een gedegen plan over ontvangen;
- de RvT gaat akkoord met een overbruggingskrediet van € 3,1 miljoen van Nij Smellinghe aan Pasana, zodat met DFZ een overeenkomst kan worden gesloten ter dekking van het acute liquiditeitsprobleem;
- de begroting 2014 wordt goedgekeurd;
- in vergelijking met de vorige versie is de begrote omzet omhoog gebracht en zal de reorganisatievoorziening van ruim € 3 miljoen, die in 2013 is genomen, in 2014 vrij vallen, waardoor het geprognotiseerde resultaat van De Sionsberg uitkomt op € 1,2 miljoen negatief, in plaats van € 5 miljoen negatief;
- het begrote resultaat van de Ouderenzorg blijft onveranderd € 2,6 miljoen positief;
- de jaarrekening 2013 is gereed en gecontroleerd door de accountant;
- met alle andere ziekenhuizen wordt uitstel van publicatie van de jaarrekening gevraagd aan VWS omdat er een landelijke discussie is ontstaan over de zorgregistratie;
- de datum voor de juridische fusie wordt onder invloed van de voortdurende problemen bij De Sionsberg vooralsnog bepaald op 1 januari 2015.

KPMG heeft een opdracht gekregen van DFZ en de Combinatieholding om vier scenario's uit te werken, waarin de poliklinische en klinische activiteiten van De Sionsberg worden uitgewerkt. Het rapport van KPMG wordt eind oktober 2014 verwacht. Op basis van deze gegevens zal een besluit worden genomen over het voortbestaan van de klinische en poliklinische activiteiten van De Sionsberg.

In mei 2014 deelt de heer Littooij mee dat hij ontslag neemt als voorzitter van de RvB. Hij heeft een functie aanvaard als lid van de RvB van het Martiniziekenhuis te Groningen. Dit ontslag komt voor iedereen op een zeer ongelegen moment, omdat Pasana een strakke aansturing behoeft. De RvT geeft opdracht voor de werving van een interim bestuurder. De nieuwe bestuurder krijgt als belangrijkste taak de integratie van de medische staven van Pasana en Nij Smellinghe succesvol af te ronden en om de juridische fusie tussen Nij Smellinghe en Pasana te verwezenlijken.

DFZ stelt in een brief van 27 juni 2014 over het gewenste profiel van De Sionsberg dat substitutie van zorg naar de eerste lijn, integrale zorg voor chronische patiënten en ouderen en sluiting van de klinische zorg centraal moet staan. In deze brief spreekt DFZ zich uit voor inkrimping van specialismen en toont zich een duidelijke voorstander van een anderhalvelijnscentrum. DFZ acht dit een logische aanvulling op het plan om MCL te vormen tot een topklinische voorziening, maar begrijpt de belangen van Nij Smellinghe, gericht op de instandhouding van het adherentiegebied Dokkum.

Op 28 augustus 2014 vindt de laatste vergadering van de RvT plaats, waarbij de heer Littooij aanwezig is. In de vergadering gaat de RvT akkoord met het voorstel van de RvB om de topstructuur van Nij Smellinghe met Pasana te integreren. Vooruitlopend op de juridische fusie worden alle directeuren en managers per 1 september 2014 benoemd tot functionarissen, die in dienst zijn van de fusieorganisatie. Daarnaast wordt uitvoerig stilgestaan bij de reorganisatie van de Ouderenzorg op basis van het plan "De Kanteling". In lijn met de businesscase, die ten grondslag ligt aan de vaststelling van de jaarrekening 2012, zal er worden geïnvesteerd in de Ouderenzorg.

In het verslag van de RvB d.d. 27 augustus 2014 (verslag van de vergaderingen van de RvB van 20 augustus 2014, 3 september 2014, 15 september 2014 en 25 september 2014) wordt gemeld dat het resultaat van De Sionsberg op 30 juni 2014 € 100.000,- onder de begroting ligt. Feitelijk is sprake van een situatie, waarin De Sionsberg nagenoeg op koers ligt.

Uit hetzelfde verslag wordt de volgende passage geciteerd:

> *"Naar aanleiding van een analyse van de ontwikkelingen bij De Sionsberg heeft de RvB besloten te komen tot een profielwijziging van De Sionsberg. Dit besluit is goedgekeurd door de RvT in haar vergadering van 28-08-2014. De weg daar naar toe behoeft nog verdere uitwerking in een aantal scenario's. Bij de uitwerking van deze scenario's zal worden gestreefd naar een breed draagvlak van zowel binnen als buiten de organisatie. De uitvoering zal tevens in nauw overleg plaatsvinden met De Friesland Zorgverzekeraar. Half oktober zullen deze scenario's worden voorgelegd zodat definitieve besluitvorming kan plaatsvinden".*

Hieruit blijkt dat de RvB en RvT in augustus 2014 nog van plan zijn tot daadwerkelijke aanpassing van het zorgprofiel.

7.12. Intermezzo 2014

De eerste acht maanden van 2014 roepen een gemengd beeld op. Op 1 februari 2014 wordt het compact ziekenhuis in Dokkum feestelijk geopend. Nog geen twee maanden nadien vragen RvT en RvB zich af of het niet noodzakelijk is een plan B te onderzoeken, waarin het accent volledig zal verschuiven naar poliklinisch zorg.

De curatoren hebben de toezichthouders en de heer Littooij gevraagd naar de beweegredenen van deze koerswijziging. Men stelt daarover dat de toename van het aantal bezoekers in Dokkum, ondanks de opening van het compact ziekenhuis, achterblijft bij de verwachting en dat hen dat aanzet tot het nemen van maatregelen.

Deze bewering is feitelijk onjuist. Uit tabel 10 in hoofdstuk 6.1 blijkt dat de omvang van de dagverpleging vanaf 2009 weliswaar iets schommelt, maar in grote lijnen stabiel is. Hetzelfde beeld bestaat voor de eerste poliklinische bezoeken. Ook de omvang daarvan is vanaf 2009 stabiel/licht stijgend. Het aantal verpleegdagen neemt vanaf 2009 wel af, maar dat wordt veroorzaakt door sluiting van de klinische cardiologie, de sluiting van de geboortezorg en het stopzetten van de pamperproductie. Deze afname kan geen beweegreden zijn voor het nemen van maatregelen, omdat mag worden aangenomen dat bestuur en toezichthouders begin 2013 met deze afname rekening hebben gehouden.

Deze bewering staat ook haaks op de cijfers in het businessmodel dat ten grondslag ligt aan het 7x24 ziekenhuis. Uit tabel 13 van hoofdstuk 8.1 blijkt dat de productie van De Sionsberg in 2013 € 22 miljoen en in 2014 € 22,5 miljoen bedraagt. Het door EY getoetste businessmodel gaat voor 2013 uit van € 21 miljoen en voor 2014 van € 22 miljoen. De toestroom van patiënten en de productiecijfers zijn dan ook geen objectieve rechtvaardiging voor een plan B. Wellicht dat de bedrijfskosten een rechtvaardiging zijn geweest. Historisch heeft De Sionsberg altijd een probleem met het verminderen van de bedrijfskosten. In deze fase van de reorganisatie van het 7x24 ziekenhuis, die niet eerder dan per 1 februari 2014 volledig is geïmplementeerd, ligt het evenwel voor de hand om af te wachten welke resultaten dat in de loop van 2014 gaat opleveren. Overigens blijkt in augustus 2014 dat De Sionsberg over de eerste zes maanden van 2014 nagenoeg op koers van de begroting ligt. Deze constatering mag opmerkelijk worden genoemd, omdat De Sionsberg in voorgaande jaren doorgaans onder begroting presteerde.

De curatoren kunnen deze bewering, ongeacht de juistheid daarvan, niet goed plaatsen in de tijdlijn, waarin nog zo kort daarvoor na gedegen onderzoek was besloten om te investeren in het compact ziekenhuis. Zoals gesteld ligt het immers voor de hand deze investering een kans te geven. In plaats daarvan neemt in de loop van het tweede kwartaal de behoefte toe om een nieuw plan te gaan ontwikkelen, waartoe ook een onderzoeksopdracht aan KPMG wordt verleend.

Curatoren achten het ook betekenisvol dat het voortbestaan van Pasana in maart 2014 wordt gered door het afgeven van de continuïteitsgarantie. Dit duidt er op dat er op dat moment nog geen twijfel over bestaat dat Pasana en Nij Smellinghe samen verder willen. In dat verband is ook de opmerking van de heer Van Opzeeland van belang dat een juridische fusie tussen Pasana en Nij Smellinghe tot gevolg heeft dat de schuld van Pasana aan Nij Smellinghe en de vordering van Nij Smellinghe op Pasana tegen elkaar worden weggestreept.

De wens juridisch te fuseren blijkt ook uit het besluit van de RvT om akkoord te gaan met de integratie van de topstructuur van Nij Smellinghe en Pasana. Dit wordt ook bevestigd door de opdracht, die de RvT aan de opvolger van de heer Littooij wil geven. Deze zal zich immers onder andere moeten gaan bezighouden met de realisatie van de juridische fusie.

7.13. De laatste vier maanden van 2014

De heer Hoefsmit treedt op 1 oktober 2014 aan als interim-bestuurder van de Combinatieholding. Enige weken daarvoor start hij daadwerkelijk zijn werkzaamheden. In het interview met de heer Hoefsmit stelt hij dat de vorige bestuurder de organisatie op een cruciaal moment verlaat.

Er is een discussie over de toekomst van De Sionsberg en er zijn conflicten tussen de medische staven. In de politiek bestaat het voornemen de beschikbaarheidsbijdrage[10] af te schaffen. Het ziekenhuis in Dokkum is technisch failliet.

De heer Hoefsmit verbaast zich dat er in De Sionsberg in 2013 zo veel is geïnvesteerd. De heer Hoefsmit:

> *"In De Sionsberg was op dat moment nog behoorlijk geïnvesteerd in nieuwe huisvesting, dat ook nog recentelijk geopend was met alle toeters en bellen en dergelijke en toen dacht ik: "Ja, wie heeft er nou miljoenen in gestoken om de huisvesting aan te passen? Gaat daar een patiënt extra door komen?" Nou, dat lieten de cijfers in ieder geval niet zien. Die dalende trend die je al jaren zag, die zag je eigenlijk nog steeds verder dalen".*

De heer Hoefsmit ziet bij binnenkomst dat van een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de fusie, de integratie van medische staven, weinig is terecht is gekomen:

> *"..ik kom binnen als interim bestuurder en in het eerste gesprek met de medische staf, hier van Nij Smellinghe, dan met de medische staf van de Sionsberg, want daar zie je zo'n enorm gat in, dat maar één conclusie mogelijk is: de integratie is niet geslaagd en die gaat ook niet slagen"*

De heer Hoefsmit krijgt van de RvT opdracht om de juridische fusie te realiseren en de medisch staven te integreren. De heer Hoefsmit aanvaardt deze opdracht niet als zodanig. Hij wil eerst de stand van zaken kennen en een plan van aanpak maken. Over de opstelling van de RvT stelt hij:

> *"…. dat het in mijn ogen voor bestuurders en raden van toezicht makkelijker is om ieder jaar een paar miljoen bij te tikken als compensatie van het verlies dan het besluit te nemen dat iets niet haalbaar is. Totdat je op een moment komt dat het met goed fatsoen niet meer te doen is.*"

De heer Hoefsmit plaatst ook vraagtekens bij de bestuurlijke fusie van 2012. Hij stelt vast dat er een negatief due diligence rapport ligt en dat DFZ niet heeft willen of kunnen voldoen aan de door Nij Smellinghe gestelde voorwaarden. Volgens hem is er vanaf het begin sprake van een hopeloze situatie, waarin iedereen doormoddert.

[10] Deze opmerking van de heer Hoefsmit is maar gedeeltelijk juist. De NZa heeft bij brief van 9 juli 2014 meegedeeld dat de beschikbaarheidsbijdrage in twee jaar wordt afgebouwd, in 2015 zal nog 50% en in 2016 20% worden uitgekeerd. Op 18 juli 2014 heeft Pasana verzocht de afbouw uit te smeren over vier jaar.

Volgens de heer Hoefsmit is er geen maatschappelijke noodzaak het ziekenhuis in Dokkum open te houden. Er wordt geen acute zorg meer verleend. 80% van de mensen uit de regio consumeert de zorg in Leeuwarden, Drachten en Groningen.

De heer Hofenk (lid van de Raad van Bestuur van DFZ) stelt hierover:

> *"De Sionsberg werd jarenlang financieel gestut, eerst door ouderenzorg en later door Nij Smellinghe. In 2014 was voor DFZ duidelijk dat met behoud van het voldoen aan alle vereisten van zorgplicht de zorgvraag van medisch specialistische zorg voor verzekerden ook ingevuld kon worden door Leeuwarden en Drachten".*

Deze uitspraak van de heer Hofenk past in de visie van DFZ, zoals deze zich in de discussie over Friesland Voorop heeft ontwikkeld. De heer Hofenk:

> *"Het algemene beeld bij de discussie over Friesland Voorop was dat vijf ziekenhuizen voor de provincie Friesland niet als realistisch en houdbaar werd beschouwd".*

De heer Hoefsmit voegt daar aan toe dat het openhouden van De Sionsberg als ziekenhuis ook onaanvaardbaar is vanwege het feit dat Nij Smellinghe daar nog jaren geld naar toe moet brengen.

De heer Hoefsmit:

> *"…dit ziekenhuis in Drachten is wel een goed functionerend ziekenhuis met een maatschappelijke functie in de regio, dat het op zich goed vervult, maar dat heeft niet de mogelijkheid om jaarlijks 4, 5 of 6 miljoen door te tikken naar iets wat niet in stand is te houden".*

De heer Hoefsmit erkent dat er veel maatschappelijke druk bestaat om het ziekenhuis in Dokkum open te houden. Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat alleen Nij Smellinghe zich verbindt om daadwerkelijk geld bij te dragen. Hij biedt het ziekenhuis met alle lusten en lasten aan de Gemeente Dongeradeel aan voor € 1,-. De gemeente accepteert dit aanbod niet. De heer Hoefsmit maakt een ronde langs de banken, collega ziekenhuizen, NZa, VWS en zorgverzekeraars. Niemand van deze partijen is bereid geld in Dokkum te steken. De heer Hoefsmit is er stellig in dat ook DFZ niet bereid is bij te dragen in de saneringskosten. Volgens de heer Hoefsmit heeft ook DFZ de conclusie getrokken dat een faillissement de beste oplossing is voor De Sionsberg.

Volgens de heer Hoefsmit is de belangrijkste oorzaak om het faillissement van Pasana aan te vragen het feit dat DFZ niet meer met De Sionsberg wil contracteren. Daar zou in juli 2014 al een brief over zijn geschreven. Door het verloop van de tijd wordt dit onderwerp steeds nijpender, omdat het gebruikelijk is dat er in november duidelijkheid is over de contractafspraken voor het volgende jaar. Curatoren hebben deze brief niet kunnen traceren. Volgens de heer Hofenk is dit door DFZ ook nooit in deze woorden gesteld. De heer Hofenk:

> "*Vanwege de voortdurende problematiek bij Sionsberg is in 2014 KPMG ingeschakeld voor het instellen van een onderzoek naar de functionaliteit van Sionsberg op de lange termijn. In de tweede helft van 2014 werd duidelijk dat management en medische staf van Sionsberg een duidelijk andere visie hadden dan de directie van Nij Smellinghe. Eerstgenoemden stonden voor een zo groot mogelijk behoud van alle functies in Dokkum en Nij Smellinghe voor een versnelde afbouw naar anderhalvelijns centrum. Voor DFZ was met name de (financiële) houdbaarheid op lange termijn doorslaggevend voor contractering. Het was DFZ duidelijk dat reorganisatie aanzienlijke kosten met zich mee zou brengen voor reductie van personeel en versnelde afschrijving. Daarover is ook met betrokkenen gesproken.*

De discussie is evenwel nooit volledig gevoerd, omdat de betrokkenen bleven steken in een impasse over de principiële keuzes die moesten worden gemaakt. DFZ heeft in de tweede helft van 2014 duidelijk gemaakt dat bij de contractering de (financiële) houdbaarheid doorslaggevend is. Er is evenwel niet geweigerd om te contracteren, omdat de discussie uiteindelijk ingehaald is door de aanvraag van het faillissement. DFZ is niet aan de contractering over 2015 toegekomen, omdat het profiel van De Sionsberg nooit helder is geworden".

In oktober 2014 verschijnt het eerste concept van het rapport van KPMG onder de naam "Project Friesland". KPMG adviseert dat een anderhalvelijnscentrum het beste aansluit bij de zorgbehoefte. De kosten van sanering buiten faillissement worden door KPMG geraamd op ruim € 23 miljoen. Het rapport, dat op 13 november 2014 is vastgesteld, is bijgevoegd als **bijlage 9**.

De conclusies van het rapport zijn:

- voorzetting van de huidige situatie van De Sionsberg is geen optie;
- er blijven twee modellen over: een "anderhalvelijnscentrum" en een "poliklinisch centrum";
- sanering, die noodzakelijk is om deze modellen te verwezenlijken, is voor DFZ en Nij Smellinghe geen optie, omdat de saneringskosten meer dan € 23 miljoen bedragen;
- de financiële middelen van Nij Smellinghe zijn niet toereikend om de sanering te financieren;
- DFZ geeft aan dat het contracteren van Pasana Cure voor 2015 wordt aangehouden in afwachting van een besluit over het profiel van de toekomst;
- als Pasana Cure failliet gaat, zal Pasana Vastgoed ook in betalingsproblemen komen;
- Pasana Care is hoofdelijk aansprakelijk voor de bankschulden van Pasana Vastgoed;
- voor Pasana Care dienen er om die reden met de banken afspraken te worden gemaakt;
- anders zal ook voor dit gedeelte een surséance van betaling moeten worden verzocht en uiteindelijk zelfs faillissement moeten volgen;
- continuïteit van zorgverlening in de Ouderenzorg moet zijn gegarandeerd;
- een onvoorbereide faillissementsaanvraag van Pasana Care is daarom geen optie;
- indien met de bank geen afspraken kunnen worden gemaakt, zal moeten worden bepaald of een surséance van betaling moet worden aangevraagd of een pre pack;
- KPMG vermeldt dat door de 403 verklaring Pasana Care in een faillissement van Pasana Cure waarschijnlijk meegezogen zal worden[11];
- voor de Ouderenzorg is de prognose dat de kosten voor sanering en de gevolgen van de invoering van de Wet langdurige zorg meer dan € 23 miljoen zijn.

In een extra vergadering van de RvT op 18 november 2014 wordt de situatie besproken. Uit het verslag van de vergadering blijkt dat de heer Hoefsmit al heeft voorgesorteerd op een faillissementsaanvraag. De auditcommissie van de RvT heeft een notitie opgesteld, waaruit blijkt dat de RvT geen voorstander is van een faillissementsaanvraag. Men stelt onder meer dat 1) er een garantstelling is van Nij Smellinghe, 2) Pasana in ieder geval tot eind 2014 aan zijn verplichtingen kan voldoen en 3) dat de Ouderenzorg nog zwarte cijfers laat zien. De auditcommissie stelt dat slechts tot een faillissement wordt overgegaan als dit onontkoombaar is. Vanwege de genoemde omstandigheden is dat niet zo.

Uit het verloop van de discussie blijkt dat de heer Hoefsmit niet bekend is met de garantstelling. Het verslag daarover:

"Tevens spreekt de heer Hoefsmit zijn ongenoegen uit dat hij niet eerder door de Raad is geïnformeerd over de in maart 2014 afgegeven garantstelling van 40 miljoen, terwijl deze door leden van de Raad is ondertekend. (…..). Door de garantstelling ontstaat er een nieuwe discussie met betrekking tot het faillissement".

[11] Del 403-verklaring was op18 maart 2013 reeds ingetrokken.

Vervolgens vindt een discussie plaats over de betekenis van de garantstelling en over de mogelijkheid deze in te trekken. Vooralsnog wordt niet besloten om faillissement aan te vragen.

Op vrijdag 21 november 2014 informeert de RvB de financierende banken. De RvB stelt in deze bespreking onder meer dat van een juridische fusie tussen Pasana en Nij Smellinghe geen sprake zal zijn. Voor ING Bank, de bank waar het grootste gedeelte van de credittegoeden van Pasana wordt aangehouden, is dit reden de tegoeden te blokkeren. De ING Bank stelt in haar brief aan de curatoren, waarmee zij haar vordering indient:

> *"Als donderslag bij heldere hemel vernam onze bank op vrijdag 21 november 2014 dat de voorgenomen juridische fusie niet zou plaatsvinden. Deze plotseling (negatieve) koerswijziging was voor ING aanleiding om nog dezelfde dag – 21 november 2014 – de bankrekeningen van Pasana te blokkeren."*

Op dinsdag 25 november 2014 blokkeert ook Rabobank de rekeningen van Pasana. In de vergadering van de RvT d.d. 25 november 2014 stemt de RvT unaniem in met het voorgenomen besluit om het faillissement voor Stichting Zorggroep Pasana en Pasana Care B.V., Pasana Cure B.V., Pasana Kreas B.V. en Pasana Techniek en Onderhoud B.V. aan te vragen. De reden voor de aanvraag van het faillissement is gelegen in het feit dat Pasana niet meer vrij kan beschikken over haar tegoed onder ING Bank. Pasana Vastgoed en MCS blijven vooralsnog buiten het faillissement. In de dagen vóór 28 november 2014, de dag waarop het faillissement wordt uitgesproken, voeren alle betrokken instanties, zoals DFZ, NZa en IGZ, overleg met de RvB. Dit overleg resulteert in een gecontroleerde sluiting van de kliniek van De Sionsberg en het beëindigen van behandelprogramma's ter waarborging van de patiëntveiligheid. Ten behoeve van de continuïteit van zorg in de Ouderenzorg wordt voorgesorteerd op de oprichting van een ten dienste van de curatoren op te richten vangnetstichting[12].

Voor Pasana Vastgoed wordt het besluit om faillissement aan te vragen in de vergadering van de RvT van 12 januari 2015 alsnog bekrachtigd.

In de verslagen van de RvB van 25 en 26 november 2014, 11 december 2014 en 8 en 21 januari 2015 worden de definitieve besluiten gemeld.

[12] Zie hiervoor in voetnoot 2

8 Financiële analyses

In dit hoofdstuk zijn De Sionsberg en de Ouderenzorg gesplitst. De Ouderenzorg is beperkt onderzocht en uitgewerkt omdat de Ouderenzorg vanaf 2007 een positief resultaat heeft gerealiseerd.

8.1. Financiële analyse De Sionsberg

8.1.1. Financiële ontwikkeling De Sionsberg 2008 t/m 2014

totaalbeeld resultatenrekeningen cure 2008 t/m 2014									
RESULTATENREKENING	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	schatting 27 nov 2014	schatting 31 dec 2014
Bedrijfsopbrengsten									
Wettelijk budget t/m 2010 incl subsidies	23.635.727	21.654.130	21.963.010	16.211.000	530.000	-			
DBC opbrengsten (A segment / DOT A)	-	-	-	-	15.030.000	1.979.000	1.686.358	1.836.133	2.024.739
DBC opbrengsten (B segment / DOT B)	6.763.373	11.041.255	12.311.995	11.638.000	10.366.000	20.006.000	17.047.642	18.561.742	20.468.386
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	-	-	-	-	-	-			
Transitiefinanciering	-	-	-	-	2.239.000	3.195.000			
Subsidies	-	-	-	3.983.000	3.932.000	3.827.000	3.259.000	3.548.451	3.912.944
Overige bedrijfsopbrengsten	2.261.173	2.890.806	2.550.640	1.540.000	3.950.000	1.728.000	1.112.000	1.210.763	1.335.132
Som der bedrijfsopbrengsten	32.660.273	35.586.191	36.825.645	33.372.000	36.047.000	30.735.000	23.105.000	25.157.089	27.741.201
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		9,0%	3,5%	-9,4%	8,0%	-14,7%			-9,7%
Bedrijfslasten									
Personeelskosten	20.810.018	21.345.230	23.047.954	24.257.000	24.685.000	22.630.000	13.867.000	15.098.609	16.649.523
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	5.230.791	2.756.755	2.591.908	2.531.000	7.879.000	2.240.000	989.000	1.076.839	1.187.451
Overige bedrijfskosten	6.346.835	9.759.345	11.334.585	11.185.000	12.918.000	14.535.000	11.001.000	11.978.063	13.208.438
Som der bedrijfslasten	32.387.644	33.861.330	36.974.447	37.973.000	45.482.000	39.405.000	25.857.000	28.153.510	31.045.411
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		4,6%	9,2%	2,7%	19,8%	-13,4%			-21,2%
Bedrijfsresultaat									
Bedrijfsresultaat	272.629	1.724.861	-148.802	-4.601.000	-9.435.000	-8.670.000	-2.752.000	-2.996.421	-3.304.211
Financiële baten en lasten	-2.298.423	-657.512	-694.741	-662.000	-457.000	-526.000	-26.000	-28.309	-31.200
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-2.025.794	1.067.349	-843.543	-5.263.000	-9.892.000	-9.196.000	-2.778.000	-3.024.730	-3.335.411
% van de bedrijfsopbrengsten		3,0%	-2,3%	-15,8%	-27,4%	-29,9%			-12,0%

Tabel 12

Opmerkingen naar aanleiding van het overzicht:

- in 2007 en 2008 zijn in de gesegmenteerde resultatenrekening de opbrengsten, afschrijvingen en rentelasten, die betrekking hebben op het vastgoed van de verpleeghuizen Talma Hûs en Waadwente, aan De Sionsberg toegerekend;
- in de jaren na 2008 zijn deze toegerekend aan de Ouderenzorg;
- daarom zijn deze posten voor deze jaren niet goed vergelijkbaar met de volgende jaren;
- de zorgopbrengsten, subsidies en personeelskosten in 2008 zijn wel vergelijkbaar met de jaren daarna;
- in 2007 geldt in aanvulling op bovenstaande cijfers dat de post “niet gebudgetteerde zorgprestaties” van -/- € 2,1 miljoen met bijbehorende (-)kosten in de volgende jaren worden toegerekend aan De Sionsberg. (“care” leverde aan “cure”), om welke reden 2007 niet in de vergelijking wordt opgenomen;
- de inschatting is dat bij een gelijke toedeling van opbrengsten, afschrijvingen en rentelasten van het vastgoed zoals dat in 2007 en 2008 heeft plaatsgevonden over de jaren 2009 tot en met 2013, het resultaat van de Ouderenzorg in 2007 positiever en in 2008 negatiever is, welk verschil per saldo nihil is;

- voor het ziekenhuis geldt het tegenovergestelde;
- voor 2011 waren de subsidies inclusief beschikbaarheidsbijdrage opgenomen in het wettelijk budget;
- in de schattingen over 2014 zij de DBC opbrengsten op basis van de samenstelling 2013 verdeeld over A en B segment;
- de personeelskosten, afschrijvingen en rentelasten die zijn doorbelast door de andere juridische entiteiten zijn in 2012 opgenomen onder de overige bedrijfskosten.

Ontwikkeling bedrijfsopbrengsten De Sionsberg

totaalbeeld resultatenrekeningen cure 2008 t/m 2014									
RESULTATENREKENING	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	schatting 27 nov 2014	schatting 31 dec 2014
Bedrijfsopbrengsten									
Wettelijk budget t/m 2010 incl subsidies	23.635.727	21.654.130	21.963.010	16.211.000	530.000	-			
DBC opbrengsten (A segment / DOT A)	-	-	-	-	15.030.000	1.979.000	1.686.358	1.836.133	2.024.739
DBC opbrengsten (B segment / DOT B)	6.763.373	11.041.255	12.311.995	11.638.000	10.366.000	20.006.000	17.047.642	18.561.742	20.468.386
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	-	-	-	-	-	-			
Transitiefinanciering	-	-	-	-	2.239.000	3.195.000			
Subsidies	-	-	-	3.983.000	3.932.000	3.827.000	3.259.000	3.548.451	3.912.944
Overige bedrijfsopbrengsten	2.261.173	2.890.806	2.550.640	1.540.000	3.950.000	1.728.000	1.112.000	1.210.763	1.335.132
Som der bedrijfsopbrengsten	32.660.273	35.586.191	36.825.645	33.372.000	36.047.000	30.735.000	23.105.000	25.157.089	27.741.201
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		9,0%	3,5%	-9,4%	8,0%	-14,7%			-9,7%
Correctie Transitiefinanciering					-166.821	-1.668.131			
Som der bedrijfsopbrengsten na correctie	32.660.273	35.586.191	36.825.645	33.372.000	35.880.179	29.066.869	23.105.000	25.157.089	27.741.201
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		9,0%	3,5%	-9,4%	7,5%	-19,0%			-4,6%

Tabel 13

Over 2009 zijn landelijk afspraken gemaakt over een productieplafond. Dit is overschreden en daarom zijn de ziekenhuizen in 2011 gekort. De Sionsberg heeft een korting gehad van € 0,5 miljoen.

Medio 2011 wordt De Sionsberg onder toezicht gesteld omdat de organisatie van de zorg op de SEH en bij cardiologie niet voldoen aan de eisen. De klinische cardiologie wordt gesloten. Een en ander heeft als effect dat de productie afneemt (in de jaarrekening 2011 staat 2 miljoen productieverlies, dit betreft een afname over een periode van 7 maanden). Eind 2012 sluit ook de geboortezorg. Hiermee is slechts een beperkte omzetverlies gemoeid.

De transitiefinanciering behoeft voor De Sionsberg de navolgende toelichting.

- Om het risico van de omschakeling naar prestatiebekostiging af te dekken ontvangt het ziekenhuis in 2012 en 2013 ter compensatie transitiefinanciering. Hiervoor zijn in 2012 en 2013 schattingen opgenomen. In november 2014 is de beschikking ontvangen, waaruit blijkt dat de transitiefinanciering over 2013 fors lager is dan het in 2013 geboekte bedrag. De correctie is opgenomen in bovenstaande tabel. Deze tegenvaller was niet voorzien.

- Omschrijving transitiefinanciering in de BDO benchmarkrapportage 2013 (cijfers 2012):

  "De transitieregeling 1 schrijft de ziekenhuizen voor op welke wijze de transitie van de 'oude' functiegerichte budgettering naar het 'nieuwe' systeem van prestatiebekostiging plaatsvindt. Aan de hand van deze regeling heeft elk ziekenhuis ultimo 2012 haar transitiebedrag bepaald.

Dit bedrag geeft het verschil weer tussen de opbrengsten uit prestatiebekostiging en de opbrengsten die behaald zouden zijn binnen de functiegerichte systematiek. Ziekenhuizen die er over 2012 niet in zijn geslaagd hun opbrengsten uit prestatiebekostiging ten opzichte van het oude regime te handhaven, krijgen het tekort over 2012 voor 95% gecompenseerd en over 2013 voor 70%. Van ziekenhuizen die in de nieuwe situatie al beter presteren dan voorheen met de functiegerichte budgettering, worden de meeropbrengsten in 2012 en 2013 'afgeroomd' met genoemde percentages.
Het transitiebedrag vormt zo een tijdelijk vangnet voor de ziekenhuizen om de risico's te dempen van de overgang naar prestatiebekostiging en geeft de ziekenhuizen de mogelijkheid verbeteringen door te voeren die ertoe leiden dat de opbrengsten in 2014, wanneer geen aanspraak meer kan worden gedaan op het vangnet, kostendekkend zijn. Deze verbeteracties hangen onder meer samen met keuzes betreffende het zorgaanbod (zorgportfolio) van het ziekenhuis en het optimaliseren van de productieregistratie en landelijk de DOT-productstructuur, alsmede de vorm en inhoud van contractafspraken met zorgverzekeraars".

- De BDO benchmarkrapportage 2013 vermeldt:

  "Ziekenhuizen met in 2012 en 2013 een aanvulling vanuit de transitieregeling, die hierop niet tijdig acteren of onvoldoende resultaat boeken, zullen vanaf 2014 een teruggang in opbrengsten moeten overbruggen. Het is niet uitgesloten dat ziekenhuizen hierdoor in de rode cijfers belanden. Opvallend is overigens dat kleine ziekenhuizen gemiddeld een veel lager transitiebedrag verantwoorden (0,7% van de opbrengsten) dan de grote ziekenhuizen (1,6% van de opbrengsten). Bij middelgrote ziekenhuizen beslaat het transitiebedrag 0,8% van de opbrengsten".

- In 2012 zijn de overige opbrengsten fors gestegen. In de BDO benchmark 2013 (cijfers 2012) staat:

  "De overige bedrijfsopbrengsten en subsidies nemen (landelijk) wederom sterk toe met € 352 miljoen (2012: +28,3%; 2011: +14,3%). Deze stijging houdt mede verband met een gewijzigde presentatie als gevolg van de introductie van de prestatiebekostiging in 2012. Het valt op dat sommige ziekenhuizen de overige zorgproducten presenteren naar hun aard, terwijl andere ziekenhuizen alle overige zorgproducten onder één noemer scharen of onder de niet-gebudgetteerde zorgprestaties verantwoorden. De onderlinge vergelijkbaarheid van de verschillende categorieën opbrengsten neemt daardoor af. Op grond van de beperkte toelichting in de jaarrekeningen is dit effect niet nader te kwantificeren".

- Voor het resultaat van De Sionsberg over 2012 betekent de transitiefinanciering dat er ca. € 2,5 miljoen meer opbrengsten zijn, ondanks de daling van de productie.

De toekomst van de beschikbaarheidsbijdrage is voor Pasana al jaren onzeker (komt al voor in de verslagen vanaf 2008) en de organisatie voldoet vanaf medio 2012 niet meer aan de formele criteria om hiervoor in aanmerking te komen. Toch is de beschikbaarheidsbijdrage nog toegewezen tot en met 2014. Op 9 juli 2014 bericht NZa aan Pasana dat de beschikbaarheidsbijdrage in 2015 en 2016 zal worden afgebouwd naar 50% respectievelijk 20%.

In de verslagen van de RvT wordt melding gemaakt dat de productieafspraken met verzekeraars in 2012 € 1 miljoen lager zijn dan in 2011 en in 2013 € 4 miljoen lager dan in 2012 (exclusief transitiefinanciering en subsidies). De productieafspraken worden over het algemeen gebaseerd op de productie in het voorgaande jaar. De verklaring voor deze verlaging ligt in de sterk afnemende productie.

In 2013 is er een forse daling van de bedrijfsinkomsten ten opzichte van 2012. Het hele jaar wordt in de verslagen van RvB en RvT een lagere productie genoemd: de RvB meldt in december 2013 dat de exploitatie € 4,7 miljoen lager uitvalt, waarvan € 3,8 miljoen is toe te schrijven aan een lagere productie van De Sionsberg. In 2012 is nog sprake van een eenmalige bijdrage van DFZ voor de geboortezorg van € 0,75 miljoen. Destijds is nog niet bekend dat de transitiefinanciering over 2013 nog € 1,7 miljoen lager zal uitvallen.

Voor 2014 is in mei 2014 een begroting opgesteld op basis van de productieafspraken van 2013. In de vergadering van de RvT van 15 mei 2014 wordt een begroting goedgekeurd met daarin voor De Sionsberg een omzet van € 25,6 miljoen. Op basis van de maandafsluiting per 31 oktober 2014 is de omzet tot dat moment € 23 miljoen. De door de curatoren opgestelde schatting per 31 december 2014 bedraagt € 27,7 miljoen. Gecorrigeerd met de niet voorziene tegenvaller van € 1,8 miljoen (transitie-financiering 2013) betekent dit dat in 2014 de omzet gelijk is aan de begroting.

8.1.2. Ontwikkeling bedrijfslasten De Sionsberg ten opzichte van de bedrijfsopbrengsten

analyse bedrijfslasten tov bedrijfsopbrengsten	2008	2009	2010	2011	2012	2013	31 okt 2014	schatting 27 nov 2014	schatting 31 dec 2014
Som der bedrijfsopbrengsten na correctie transitiefinanciering	32.660	35.586	36.826	33.372	35.880	29.067	23.105	25.157	27.741
% toe/afname		9,0%	3,5%	-9,4%	7,5%	-19,0%			-4,6%
Bedrijfslasten exclusief bijzondere waardevermidering 2012 en en reorganisatievoorziening 2013 inclusief financiele baten en lasten		34.519	37.669	38.635	41.439	36.131	25.883	28.182	31.077
% toe/afname			9,1%	2,6%	7,3%	-12,8%			-14,0%
verschil		1.067	-844	-5.263	-5.559	-7.064	-2.778	-3.025	-3.335
fte's		313	343	361	328	283	210	210	210
% toe/afname			9,6%	5,2%	-9,1%	-13,7%	-25,8%	-25,8%	-25,8%
Personeelskosten inclusief personeel niet in loondienst	20.810	21.345	23.048	24.257	24.685	22.630	13.867	15.099	16.650
% toe/afname		2,6%	8,0%	5,2%	1,8%	-8,3%	-38,7%		-26,4%
personeel niet in loondienst		1.607	2.509	2.260	3.938	3.951			4.304
Overige bedrijfskosten		9.759	11.335	11.185	12.918	14.535	11.001		13.208
			16,1%	-1,3%	15,5%	12,5%	-24,3%		-9,1%

Tabel 14

Door een andere toedeling van overige opbrengsten, afschrijvingen en rentelasten, zoals ook in eerdere paragrafen vermeld, kunnen de bedrijfslasten, inclusief financiële baten en lasten over 2007 en 2008 niet worden gebruikt in de vergelijking.
De opbrengsten en personeelskosten van die jaren wel. Omdat vanaf 2012 de personeelskosten en afschrijvingen van de overige juridische entiteiten zijn doorbelast in de overige bedrijfskosten kunnen ook deze posten niet worden vergeleken met het voorgaande jaar.

Voor de vergelijkbaarheid zijn de bijzondere waardevermindering in 2012 van € 4,5 miljoen en de voorziening reorganisatiekosten in 2013 van € 3,8 miljoen uit de bedrijfslasten gehaald.

In 2009 stijgen de bedrijfskosten en de personeelskosten minder dan de bedrijfsopbrengsten:

- na de slechte resultaten van 2007 en 2008 wordt er eind 2008 een herstelplan ingezet (ziekenhuis en Ouderenzorg), dat moet leiden tot een besparing van € 3,7 miljoen in 2009 en een cumulatieve besparing van € 5,7 miljoen over 2009 en 2010;
- vanaf april 2010 wordt het herstelplan niet meer gemonitord;
- de verbetering van het resultaat In 2009 kan worden toegeschreven aan de grote toename van de bedrijfsopbrengsten en in beperkte mate aan het ingezette herstelplan.

In 2010 en 2011 loopt de ontwikkeling van de bedrijfskosten en personeelskosten behoorlijk uit de pas met de ontwikkeling van de bedrijfsopbrengsten.

2012 lijkt op basis van deze cijfers redelijk in balans ten opzichte van 2011. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de veranderingen in de bekostiging, transitiefinanciering en extra subsidie van DFZ voor de geboortezorg.

Wanneer deze posten worden geëlimineerd dalen de opbrengsten en stijgen de kosten meer dan de opbrengsten. In het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg van januari 2012 wordt uitgegaan van een Fte-afbouw van 110 Fte (bron KPMG Plexus rapportage fase 3). Uit de jaarrekening 2012 blijkt dat er ten opzichte van 2011 sprake is van een daling van 67 Fte. Uit de interviews en verslagen komt naar voren dat deze daling voor 60% wordt veroorzaakt door medewerkers, die op eigen initiatief zijn vertrokken. Uit de analyse van de PNIL-kosten blijkt dat deze met € 1,3 miljoen stijgen, waardoor de bezuiniging op personeelskosten weer volledig te niet gedaan is.

Vanaf het eerste kwartaal van 2013 is er een forse daling van de bedrijfsopbrengsten. Het lukt niet om de personeelskosten tijdig om laag te brengen. De reorganisatie wordt pas ingezet in de loop van het tweede halfjaar. Daarnaast is er een forse stijging van de overige bedrijfskosten (de concept jaarrekening 2013 geeft hier geen verklaring voor, omdat de jaarrekening is geconsolideerd). In de businesscase van het compact ziekenhuis wordt uitgegaan van een daling van 100 Fte. Uit de jaarrekening 2013 blijkt dat er ten opzichte van 2012 sprake is van een daling van 45 Fte. In 2014 daalt het personeelsbestand van De Sionsberg met 72 Fte.

Over de jaren 2011 tot en met 2014 is daarmee een besparing op de formatie bereikt van 184 Fte, terwijl het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg en de daaropvolgende reorganisatie die leidt tot het compact ziekenhuis samen over deze periode een bezuinigingsdoelstelling hebben van 220 Fte. De organisatie is niet in staat de PNIL-kosten in deze periode onder controle te krijgen. Uit de volgende tabel (tabel 15) blijkt dat de PNIL-kosten explosief stijgen en daarmee de gewenste besparingen grotendeels te niet doen.

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personeel niet in loondienst	1.788.790	2.418.046	1.795.914	2.542.578	2.599.437	4.456.000	4.982.000

Tabel 15

Bovenstaande tabel bevat de totalen van De Sionsberg en de Ouderenzorg op basis van de jaarrekeningen.

8.2. Financiële ontwikkeling Ouderenzorg 2008 t/m 2014

totaalbeeld resultatenrekeningen care 2008 t/m 2014									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	okt 2014	schatting 27 nov 2014	schatting dec 2014
Bedrijfsopbrengsten									
Wettelijk budget incl Geriatrische Revalidatie	35.672.164	35.075.534	35.988.775	38.034.000	40.866.000	40.459.000	33.876.000	36.884.724	40.673.487
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	461.184	322.950	294.904	297.000	374.000	373.000	217.000	236.273	260.543
Subsidies	-	-	-	202.000	134.000	272.000	33.000	35.931	39.622
Overige bedrijfsopbrengsten	1.992.513	2.533.928	2.704.124	1.648.000	1.732.000	1.689.000	1.088.000	1.184.632	1.306.316
Som der bedrijfsopbrengsten	38.125.861	37.932.412	38.987.803	40.181.000	43.106.000	42.793.000	35.214.000	38.341.559	42.279.967
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		-0,5%	2,8%	3,1%	7,3%	-0,7%			-1,2%
Bedrijfslasten									
Personeelskosten	24.664.737	24.600.305	24.934.889	26.455.000	28.523.000	28.934.000	20.397.000	22.208.576	24.489.819
Afschrijvingen op activa	405.750	2.454.341	2.813.575	2.756.000	2.978.000	2.556.000	407.000	443.148	488.668
Overige bedrijfskosten	12.056.811	8.620.330	8.450.158	8.712.000	8.622.000	8.506.000	13.635.000	14.846.003	16.370.970
Som der bedrijfslasten	37.127.298	35.674.976	36.198.622	37.923.000	40.123.000	39.996.000	34.439.000	37.497.727	41.349.457
% ontwikkeling tov voorgaand jaar		-3,9%	1,5%	4,8%	5,8%	-0,3%			
Bedrijfsresultaat									
Bedrijfsresultaat	998.563	2.257.436	2.789.181	2.258.000	2.983.000	2.797.000	775.000	843.832	930.510
Financiële baten en lasten	-370.425	-1.805.824	-1.828.663	-1.377.000	-1.309.000	-1.203.000	2.000	2.178	2.400
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	628.138	451.612	960.518	881.000	1.674.000	1.594.000	777.000	846.010	932.400
Aandeel derden									
% van de bedrijfsopbrengsten		1,2%	2,5%	2,2%	3,9%	3,7%			2,2%

Tabel 16

Opmerkingen naar aanleiding van het overzicht:

In 2007 en 2008 zijn in de gesegmenteerde resultatenrekening de opbrengsten, afschrijvingen en rentelasten, die betrekking hebben op het vastgoed van de verpleeghuizen Talma Hûs en Waadwente, aan De Sionsberg toegerekend. In de jaren daarna aan de Ouderenzorg. Daarom zijn deze posten voor deze jaren niet goed vergelijkbaar met de volgende jaren. De zorgopbrengsten, subsidies en personeelskosten in 2008 zijn wel vergelijkbaar met de jaren daarna.

In 2007 wordt de post “niet gebudgetteerde zorgprestaties” van € 2,1 miljoen met bijbehorende kosten in de volgende jaren toegerekend aan de Ouderenzorg (“care” leverde aan “cure”). Daarom wordt 2007 niet in de vergelijking gebruikt.

De inschatting is dat bij een gelijke toedeling van opbrengsten, afschrijvingen en rentelasten van het vastgoed zoals dat in 2007 en 2008 heeft plaatsgevonden over de jaren 2009 tot en met 2013, het resultaat van de Ouderenzorg in 2007 positiever en in 2008 negatiever is. Per saldo is het verschil ongeveer 0. Voor het ziekenhuis geldt het tegenovergestelde.

De personeelskosten, afschrijvingen en rentelasten die zijn doorbelast door de andere juridische entiteiten zijn in 2012 opgenomen onder de overige bedrijfskosten.

In de periode van 2009 tot en met 2013 behaalt de Ouderenzorg een positief resultaat en daarmee wordt in toenemende mate bijgedragen aan het resultaat van Pasana. Uit het onderzoek blijken geen bijzonderheden, die hebben bijgedragen aan het faillissement.

Na de bestuurlijke fusie neem het resultaat verder toe.

Op basis van de concept jaarrekening 2013 is het eigen vermogen van Pasana Care € 7,8 miljoen. De curatoren schatten het eigen vermogen per ultimo 2014 op € 8,7 miljoen.

De curatoren hebben een opbrengstenschatting gemaakt op basis van de werkelijke AWBZ nacalculatie en geriatrische revalidatie declaratie informatie 2014. De overige opbrengsten zijn afgeleid van 2013.

schattingen care resultaat bij voortzetting	schatting 2014
Wettelijk budget*	37.762.605
Overige zorgprestaties	
-subsidie 1e lijns verblijf	
-geriatrische revalidatie **	2.367.759
-bijdrage/subsidies (2014 schatting = 2013)	272.000
-overige zorgprestaties (2014 schatting = 2013)	373.000
Overige bedrijfsopbrengsten (2014 obv ontw 2014)	1.306.316
	42.081.680
	-711.320
geschatte % ontwikkeling tov van voorgaand jaar	-1,7%

Tabel 17

Medio 2014 is een reorganisatieplan gepresenteerd voor de Ouderenzorg onder de naam “De kanteling”. In dit plan wordt geanticipeerd op veranderingen in de financiering van de ouderenzorg en daarmee gepaard gaande scheiding van wonen en zorg. Dreigende leegstand en veroudering van de bestaande voorzieningen zijn in dit plan opgenomen.

In de stukken wordt vermeld dat er forse investeringen nodig zijn. Er is de laatste jaren weinig geïnvesteerd. Met name Talma Hoeve, De Spiker en De Stelp zijn verouderd en voldoen niet meer aan eisen van (brand)veiligheid. Pasana staat voor de uitdaging om een antwoord te geven op hervormingen in de zorg**.**

In het rapport “Project Friesland” stelt KPMG in oktober 2014 dat de saneringskosten voor de Ouderenzorg in de komende jaren meer dan € 23 miljoen bedragen. In de businesscase, die door de RvT in maart 2014 ten grondslag is gelegd aan de continuïteitsverklaring, wordt uitgegaan van een investering van € 20 miljoen in de Ouderenzorg.

8.3. (Des)Investeringen

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Investeringen obv jaarrekeningen							
Trekkingsrechten instandhouding	-9.368	-5.488					
Aanloopkosten	-2.188						
Projecten De Hoed	-3.350	-2.200					
Projecten Sionsberg	-1.020	-505					
Projecten Talma Hus	-685	-1.460					
Projecten incl instandhouding	-221	-189	-254		-92		-393
Gebouwen, grond, terreinvoozieningen	-357	-2.682				-685	-131
Gebouwen compact ziekenhuis							-2.025
Installaties	-51					-1.368	
Installaties compact ziekenhuis							-2.103
Instandhouding	-459	-779	-573	-787	-1.411		
Inventaris	-1.499	-1.075	-556	-569	-1.622	-862	-1.158
Automatisering	-187	-474	-730	-525	-579	-887	-166
Licentiekosten			-586	-213			
Ambulancepost							-101
Vervoer		-8		-52	-37		
Overige	-3	-	-4	-3	-8	-6	-8
subtotaal Investeringen	-19.388	-14.860	-2.703	-2.149	-3.749	-3.808	-6.085
Desinvesteringen obv jaarrekeningen							
Desinvestering immaterieel aanschafwaarde aanloopkosten, goodwill, overige	1.286						
Desinvestering materieel gebouwen en grond, inventaris,projecten	9.665	8.910	-348	87			
subtotaal desInvesteringen	10.951	8.910	-348	87	-	-	-
Overige (des)investeringen in fin vaste activa	272		-648				
kasstroom obv (des)investeringen	-8.165	-5.950	-3.699	-2.062	-3.749	-3.808	-6.085

Tabel 18

Bovenstaand overzicht is gemaakt op basis van de (concept) jaarrekeningen. De desinvesteringen betreffen grotendeels het afboeken van trekkingsrechten. Door de veranderende regelgeving in het bouwbesluit zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk geworden voor bouwinvesteringen en kunnen ze niet meer terug vallen op gegarandeerde vergoeding van lasten.

Opvallend zijn de relatief hoge investeringen in 2007 en 2008, die worden veroorzaakt door de bouw van De Hoed. Het is zeer aannemelijk dat een groot aantal andere investeringen, waaronder inventaris en aanloopkosten, hieraan zijn gerelateerd. Omdat er voor de bekostiging van de investeringen in de periode van 2006 tot en met 2008 geen langdurige leningen zijn afgesloten drukken deze zwaar op de liquiditeit van Pasana.

In de periode tussen 2009 en 2012 zijn de mogelijkheden om te investeren beperkt.

In 2013 nemen de investeringen in De Sionsberg weer fors toe. In 2013 wordt geïnvesteerd in het compact ziekenhuis. Deze investeringen worden gefinancierd met geleend geld van Nij Smellinghe.

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
In de RvT rechtstreek of middels Rvb-verslagen gerapporteerde investeringsbeslissingen								
aankoop grond		58						
Plannen om PG Dokkum/Dongeraheem op ze zetten bestuurder kan verder met het uitwerken vd plannen					350			
Ambulancepost SB							101	
Instandhoudingskosten 1,2 miljoen							1.200	
brandveiligheid de Stelp voldoen aan minimale eisen							NB	
brandveiligheid Pasana							1.400	
echocardiografietoestel							40	
investeringsbegroting ouderenzorg							962	
dakbedekking OK Sionsberg							84	
onvoorzien (omdat er geen investeringsbudget beschikbaar is gesteld)							150	
radiologie apparatuur							50	
poli mondheelkunde							106	
scanstraat							163	
verbouw naar compactziekenhuis 4.210.478. hierin een m3 aanname mbt asbestverwijdering en brandveiligheidsaanpassingen moeten nog in dit budget verwerkt worden							4.210	
integratie systemen werkplekken drachten - Dokkum, investering 761.000 tlv de jaarrekening voorziening ICT 2013 (nog *niet duidelijk of dit een NS en Pasana reservering betreft)*								761
vasstelling instandhoudingsbudget gebouwen Pasana op 1.182.000 (bedrijf en gebouwen)								1.182
Investeringen ouderenzorg								746
Investeringen ziekenhuis								701
nieuwe mamograaf NS; oude naar SB en upgrade totaal 400.000; (*investering voor SB onduidelijk)*								pm
Aanschaf CT scan (niet duidelijk of dit bij een eerder goedgekeurde budget hoort)								250
Aanschaf bloedgasanalysers (niet duidelijk of dit bij een eerder goedgekeurde budget hoort)								50
Totaal	-	58	-	-	350	-	8.466	3.690

Tabel 19

In de periode van 2007 tot en met 2012 ontbreekt besluitvorming in de RvT over investeringen. Er worden geen stukken aangetroffen waaruit blijkt dat het onderwerp investering planmatig is geagendeerd. Evenmin blijkt dat de RvT betrokkenheid heeft bij de financiering van investeringen. Een voorbeeld daarvan is de investering in De Hoed.

Op incidentele basis was wel sprake van betrokkenheid van de RvT bij mogelijke investeringen. Voorbeeld daarvan zijn:

- de discussie over het lange termijn huisvestingsplan, dat in de vergadering van de RvT d.d. 2 februari 2010 aan de orde komt. In dit plan is sprake van € 11,3 miljoen plus p.m. voor De Sionsberg en € 7 miljoen plus p.m. voor de Ouderenzorg;
- in de vergadering van de RvT d.d. 3 februari 2011 worden de knelpunten van de SEH, de polikliniek, de OK en verpleegafdelingen genoemd, die investeringen vergen van € 9 à € 10 miljoen;
- opgemerkt wordt dat deze investeringen extern gefinancierd dienen te worden en dat dit afhankelijk is van het samengaan met Nij Smellinghe.

Aan het verslag van de RvT d.d. 16 december 2010 wordt de volgende passage ontleend:

> *"De heer Doppenberg vraagt of er bij de begroting van de projecten ook een investeringsbegroting is opgesteld. De heer Adema merkt op dat de RvT nog nooit het budget van de vervangingsinvesteringen heeft behandeld en dat daar een mogelijkheid ligt voor cash flow beheersing. De controller geeft aan dat investeringen boven € 0,25 miljoen altijd extern gefinancierd moeten worden omdat er anders problemen ontstaan met de liquiditeit. De heer Krappel merkt op dat de turn around binnen het ziekenhuis zo snel gaat dat er bijna niks meer wordt gekocht. De heer Van der Haar merkt op dat een korte presentatie met betrekking tot investeringen wellicht is gewenst. Dit onderwerp zal eerst verdere worden besproken in de auditcommissie".*

Van de auditcommissie zijn zo goed als geen verslagen voorhanden en deze worden niet behandeld in de RvT. Het punt komt niet zichtbaar terug in de RvT.

In 2013 en 2014 rapporteert de RvB de investeringen aan de RvT door het verstrekken van afschriften van de verslagen van de vergaderingen van de RvB.

8.4. Financiering

Nieuwe langlopend leningen in de onderzoeksperiode (voor alle leningen zie jaarverslagen)

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
nieuwe leningen (reden NB)	1.400				870	745		
Herfinanciering Talma Hus				2.000				
Financiering de Hoed				3.500				
ICT				384				

Tabel 20

Ontwikkeling opname rekening courant op basis van de jaarrekeningen per einde jaar

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rekening courant ING	4.369	7.793	8.569	7.861	1.861	2.533	-	
Rekening Courant Nij Smellinge						1.150	10.923	?

Tabel 21

In 2008 beschikt Pasana over een krediet in rekening-courant bij ING Bank van € 8,7 miljoen. Dit krediet is bedoeld voor werkkapitaalfinanciering, maar wordt in strijd met de kredietvoorwaarden gebruikt voor de financiering van De Hoed. De investeringen in De Hoed kunnen worden geraamd op een kleine € 10 miljoen. In oktober van 2008 lopen de liquiditeitsproblemen op.

ING Bank wil vooralsnog niet meewerken aan een herfinanciering. DFZ lost het probleem tijdelijk op door beschikbaarheidsgelden eerder over te maken, onder de voorwaarden dat er een herstelplan komt met een ombuiging van € 5 tot € 10 miljoen en dat van DFZ een vertegenwoordiger plaatsneemt in de RvT.

In het verslag van de vergadering van de RvT d.d. 22 januari 2009 staat dat de RvT geïnformeerd wil worden over de financiering van De Hoed en op welke wijze is besloten dat de financiering ten laste van het rekening-courantkrediet van ING Bank is gebracht. In de verslaglegging van de RvT komt dit onderwerp nadien niet terug. Een antwoord op deze vraag wordt dan ook niet gegeven.

In het verslag van de RvT d.d. 6 augustus 2009 wordt melding gemaakt van de taxatiewaarde van De Hoed in verhuurde staat: € 3,1 miljoen.

Pas in 2010 verleent Rabobank een langlopende lening ter financiering van De Hoed. De bank verstrekt een langlopende lening van € 3,5 miljoen. In datzelfde jaar vindt er bij BNG Bank en ING Bank een herfinanciering plaats van Talma Hûs.

Eind 2010 verleent ING Bank tijdelijk € 3,5 miljoen extra krediet om liquiditeitsproblemen te voorkomen. De kredietlimiet stijgt daarmee naar € 12 miljoen. ING Bank verlengt deze tijdelijke verhoging enkele malen. Rondom de jaarwisseling van 2011-2012 eindigt ING Bank de tijdelijke verhoging. DFZ steunt Pasana, onder voorwaarde de productportfolio ter discussie te stellen.

In maart van 2012 wordt voorzien dat Pasana de vakantiegelden niet zal kunnen uitbetalen. Er wordt een beroep gedaan op ING Bank om tijdelijk extra krediet te verstrekken ter financiering van de vakantiegelden. De ING Bank is daartoe bereid, onder invloed van de voorgenomen bestuurlijke fusie met Nij Smellinghe. DFZ steunt Pasana in deze fase met een verhoging van de bevoorschotting.

In het voorjaar van 2013 wordt de jaarrekening 2012 opgemaakt. De controlerend accountant heeft twijfel bij de continuïteit van Pasana en eist, onder meer, dat BNG Bank en ING Bank een waiver zullen verlenen die inhoudt dat, hoewel niet aan de afgesproken ratio's is voldaan, de financiering wordt gecontinueerd. De banken zullen deze waiver verlenen, zij het dat ING Bank daaraan wel de voorwaarde verbindt dat Pasana het krediet in rekening courant per uiterlijk 1 januari 2014 volledig aflost.

Aan deze eis van ING Bank wordt voldaan. Ultimo 2013 lost Nij Smellinghe het krediet in rekening-courant volledig af. Vanaf dat moment beschikt Pasana niet meer over een werkkapitaalfinanciering door een bank en is Pasana in dat verband aangewezen op DFZ en Nij Smellinghe.

In het verslag van de RvT d.d. 14 mei 2014 wordt melding gemaakt van een acuut liquiditeitsprobleem. Dit liquiditeitsprobleem wordt opgelost door DFZ en Nij Smellinghe. Er wordt tijdelijk een bedrag van € 3,6 miljoen verstrekt, dat in het derde kwartaal van 2014 wordt terugbetaald.

Op 21 november 2014 vindt overleg plaats tussen RvB en de financierende banken. In deze bijeenkomst doet de RvB verslag van de financiële situatie bij Pasana en het feit dat de juridische fusie tussen Pasana en Nij Smellinghe geen doorgang zal hebben. De informatie-uitwisseling is voor ING Bank aanleiding geweest de creditgelden die zij onder zich had te blokkeren. Deze gelden zouden in de dagen na 21 november 2014 nog slechts in zeer beperkte mate beschikbaar zijn voor de bedrijfsvoering.

In de brief, waarmee ING Bank haar vordering bij curatoren indiende, stelt zij het volgende:

> *"Als donderslag bij heldere hemel vernam onze bank op vrijdag 21 november 2014 dat de voorgenomen juridische fusie niet zou plaatsvinden. Deze plotseling (negatieve) koerswijziging was voor ING aanleiding om nog dezelfde dag – 21 november 2014 – de bankrekeningen van Pasana te blokkeren."*

Rabobank bevriest enige dagen later, op 25 november 2014, de tegoeden. Op dat moment beschikt Pasana feitelijk niet meer over geld. Op dezelfde dag vindt een vergadering plaats van de RvT waar de RvB toestemming krijgt het faillissement van Zorggroep Pasana aan te vragen.

Voorafgaand aan het faillissement bedragen de langlopende leningen bij BNG, ING Bank en Rabobank tezamen circa € 31,4 miljoen [13].

ING Bank verrekent met een beroep op het ten behoeve van ING Bank gevestigde pandrecht op de creditgelden het tegoed met het uitstaande, langlopende krediet, vermeerderd met rente en boeterente. Aldus is voorafgaand aan het faillissement van Pasana een bedrag van € 2.996.113,-- voldaan, waarmee het volledige krediet van ING Bank is afgelost.

[13] Zoals gesteld is ING Bank volledig voldaan door uitwinning van haar pandrecht op de creditgelden van Pasana Cure en Pasana Care. Indien ING Bank uitsluitend verhaal had kunnen nemen op de opbrengst van de aan de bank in hypotheek gegeven onroerende zaken, dan zou een concurrente schuld van € 1,6 miljoen resteren. Rabobank is volledig voldaan uit de verkoopopbrengst van De Hoed en uitwinning van een borgstelling onder de Gemeente Ameland. BNG is op een concurrente schuld na van ca. € 2,5 miljoen volledig voldaan uit de verkoopopbrengsten van de gebouwen van De Sionsberg, De Waadwente en Talma Hûs alsmede de uitwinning van een borgstelling onder de gemeente Dantumadiel, de uitwinning van een borgstelling onder de gemeente Ameland en de uitwinning van een borgstelling onder het Waarborgfonds voor de Zorg.

9 Bijlagen

9.1. Bijlage 1 Commentaar van de geïnterviewden

Als bijlage 1 is opgenomen de brief d.d. 31 augustus 2018 van mrs. Hendrikse en Liauw-A-Joe. Daarin wordt verwezen naar het “Conceptverslag d.d. 6 april 2018”.

De pagina-aanduiding wijkt in enkele gevallen af van de pagina-aanduiding van de definitieve versie van het Onderzoeksverslag d.d. 1 november 2018.

Vanwege de leesbaarheid van de brief van mrs. Hendrikse en Liauw-A-Joe d.d. 31 augustus 2018 is onderstaand een transponeringstabel opgenomen.

Pagina-aanduiding Conceptverslag d.d. 6 april 2018	Pagina-aanduiding definitieve versie Onderzoeksverslag d.d. 1 november 2018
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
13	13
16	17
23	25
24	26
25	27
26	28
28	30
36	38
42	44
46	48
57	59
65	67
69	71
73	75
76	78

VANDOORNE

Jachthavenweg 121
1081 KM Amsterdam
Postbus 75265
1070 AG Amsterdam

Annemieke Hendrikse/ Jessey Liauw-A-Joe
Advocaat
hendrikse@vandoorne.com
liauwajoe@vandoorne.com
t 020 6789 650
t 020 678 94 84

UITSLUITEND PER E-MAIL: H.SILVIUS@DEHAANLAW.NL, M.STURMS@DEHAANLAW.NL

De Haan advocaten
mrs. J.C.M. Silvius en W.M. Sturms
Van Elmptstraat 2
9723 ZL Groningen

Datum	31 augustus 2018
Uw ref.	Stichting zorggroep Pasana (F 17/14/274)
Onze ref.	10010974
Inzake	Reactie op concept onderzoeksverslag

Geachte confrères,

1 Inleiding

1.1 Op 6 april 2018 bracht u, in uw hoedanigheid van curatoren van Stichting zorggroep Pasana, Pasana Care B.V., Pasana Cure B.V., Pasana Kreas B.V. en Pasana Techniek en onderhoud B.V. (gezamenlijk: de "**Pasana Groep**"), een concept onderzoeksverslag uit naar de oorzaken van het faillissement van de Pasana Groep (het "**Conceptverslag**").

1.2 Het Conceptverslag deelde u onder andere met (voormalig) bestuurders en leden van de Raad van Toezicht ("**RvT**") van de Pasana Groep en van de Stichting Combinatieholding Ziekenhuis Nij Smellinghe/Zorggroep Pasana (de "**Combinatieholding**"). De Combinatieholding is sinds de bestuurlijke fusie op 3 oktober 2012 de bestuurder van Pasana Groep.

1.3 Het Conceptverslag betreft een *"voorlopige versie bedoeld voor commentaar"*, aldus het titelblad. U biedt (voormalig) lede van de Raad van Bestuur ("**RvB**") en RvT-leden de gelegenheid op het concept verslag te reageren.

1.4 Namens de heren Doppenberg, Dijk, Adema, Van der Haar, Meijer, Littooij, Derks, De Jong, Hoefsmit, Numan, en de dames Twickler en Hobert (gezamenlijk: de "**Betrokkenen**") doen wij u hierbij hun gezamenlijke reactie op het Conceptverslag toekomen.

1.5 Dat dit een gezamenlijke reactie is neemt niet weg dat Betrokkenen in verschillende periodes en in verschillende functies bij de Pasana Groep en/of de Combinatieholding betrokken zijn geweest. Hun individuele posities kunnen en hun herinnering aan en visie op de gang van zaken kan onderling van elkaar verschillen. Dat deze reactie niet naar de persoon differentieert doet daaraan niet af. Een verwijzing naar Betrokkenen in onderstaande reactie moet dan ook in de regel als een verwijzing naar degenen die destijds bestuurder of toezichthouder waren worden begrepen, tenzij

Van Doorne N.V. is gevestigd te Amsterdam en in geschreven in het handelsregister onder nummer 34199342. Van Doorne N.V. is de enige opdrachtnemer van alle werkzaamheden. Op deze werkzaamheden en alle rechtsverhoudingen met derden zijn van toepassing de Algemene Voorwaarden van Van Doorne N.V. en haar dochtermaatschappijen, waarin een beperking van aansprakelijkheid is opgenomen. Deze Voorwaarden die zijn gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Amsterdam, kunnen worden geraadpleegd op www.vandoorne.com en worden op verzoek toegezonden.

Van Doorne N.V. has its registered offices in Amsterdam and is registered with the Commercial Register under number 34199342. Van Doorne N.V is the exclusive contracting party in respect of all commissioned work. This work and all legal relations with third parties shall be governed by the General Terms of Van Doorne N.V. and its subsidiairies which include a limitation of liability. These Terms, which have been filed with the District Court at Amsterdam, may be consulted at www.vandoorne.com and will be forwarded upon request.

uit de context volgt dat dit anders is. Elk van de Betrokkenen behoudt zich zijn of haar rechten voor.

1.6 Deze reactie richt zich, net als het Conceptverslag, op de gang van zaken bij de Pasana Groep en niet op Stichting Ziekenhuis Nij Smellinghe ("**Nij Smellinghe**"). Door de bestuurlijke fusie en het voorwaardelijk besluit tot fusie komt Nij Smellinghe in uw Conceptverslag nadrukkelijk aan bod. Een aantal bestuurders en toezichthouders van Nij Smellinghe, is tevens als bestuurder of toezichthouder betrokken geraakt bij de Pasana Groep en/of na de bestuurlijke fusie bij de Combinatieholding. Deze reactie geeft uitsluitend hun visie weer in hun hoedanigheid van bestuurder of toezichthouder bij de Pasana Groep en/of de Combinatieholding en niet als bestuurder of toezichthouder van Nij Smellinghe. Duidelijkheidshalve: deze reactie op het Conceptverslag is geen reactie namens Nij Smellinghe (en kan dat ook niet zijn).

1.7 Namens Betrokkenen merken wij op dat dit geen uitputtende reactie is op het Conceptverslag. Zij hebben er voor gekozen – hoewel dat Betrokkenen niet altijd licht viel – deze reactie tot de uitgangspunten en hoofdlijnen van het Conceptverslag te beperken. Zoals uit de omvang van deze reactie volgt, valt daarover al meer dan genoeg te zeggen. Het Conceptverslag neemt op die punten wat Betrokkenen betreft een verkeerde afslag. Daarnaast bevat het vele eenzijdige, onjuiste en ongenuanceerde 'conclusies'. De uitwerking of details laten Betrokkenen daarmee nu voor wat ze zijn.[1] Daaruit kan echter niet worden afgeleid dat zij zich in de onbesproken of niet weersproken delen, zinnen, woorden of (impliciete) conclusies van het Conceptverslag kunnen vinden. Het tegendeel is eerder waar, zoals uit deze reactie ook wel volgt. Betrokkenen verwachten, c.q. hopen dat deze reactie leidt tot andere inzichten en conclusies uwerzijds en daarmee tot aanpassingen in het Conceptverslag.

1.8 Uiteraard houden Betrokkenen zich graag beschikbaar voor het beantwoorden van uw eventuele vragen naar aanleiding van deze reactie en het geven van een nadere toelichting op de gang van zaken tijdens hun bestuurs- en/of raad van toezicht periode. Elk van Betrokken kan ook uitsluitend verantwoordelijkheid nemen voor en in onverhoopt geval, aangesproken worden op de periode dat hij/zij zijn functie bij de Pasana Groep en/of de Combinatieholding vervulde.

1.9 Deze reactie is als volgt opgebouwd:

Paragraaf 2	Kern reactie Betrokkenen op Conceptverslag;
Paragrafen 3 t/m 9	Context/externe omstandigheden;
Paragrafen 11 t/m 22	Chronologische weergave feiten 2007 - 2014;
Paragraaf 23	Conclusie en afsluiting

1.10 Betrokkenen hebben voor deze opzet gekozen omdat hun voornaamste bezwaar tegen het Conceptverslag is dat daaraan de (chronologische) opeenvolging van ontwikkelingen én context waarbinnen Betrokkenen opereerden ontbreekt. Dat leidt in het gehele Conceptverslag tot ongenuanceerde en onjuiste interpretaties en conclusies op meer of minder gedetailleerd niveau. Om de herinnering van Betrokkenen waar mogelijk "kort te sluiten" met de tekst van het

[1] Een aantal Betrokkenen heeft het Conceptverslag deels gedetailleerd geanalyseerd en constateert op basis daarvan dat tientallen tekstonderdelen in het Conceptverslag hele en halve onwaarheden bevat. Dat sprake is van selectief selecteren, niet onderbouwde, suggestieve conclusies, insinuaties en tendentieuze opmerkingen waardoor een eenzijdig overdreven negatief beeld ontstaat.

Conceptverslag is in de tekst (*"N.B."*) aangegeven waar deze tekst onjuist en in voetnoten waar deze onvolledig is. Uitputtend is die opsomming geenszins.

1.11 Betrokkenen gaan ervan uit dat, indien de reactie van Betrokkenen u onverhoopt niet tot andere inzichten en conclusies brengt, deze reactie steeds als bijlage aan het Conceptrapport wordt gehecht. Op deze wijze is geborgd dat naast uw bevindingen ook de visie van Betrokkenen correct wordt weergegeven.

2 Kern reactie van Betrokkenen op Conceptverslag

2.1 Uit het onderstaande volgt dat de kern van de reactie van Betrokken ziet op het perspectief waarmee u naar de gang van zaken en opeenvolgende ontwikkelingen kijkt. Zij realiseren zich dat u niet anders kunt dan achteraf terugkijken. Het perspectief van Betrokkenen was vanzelfsprekend anders. Zij hebben destijds keuzes gemaakt en gehandeld op basis van hetgeen zij toen wisten en de verwachtingen die zij toen hadden. Uw onderzoek betreft een relatief korte periode van 7 jaar in het ruim 60-jarig bestaan van (voorgangers van) De Sionsberg c.q. de Pasana Groep. De visie, plannen en maatregelen van Betrokkenen zijn in die korte periode frequent doorkruist door voor hen onverwachte en door hen onvoorzienbare ontwikkelingen.

2.2 Externe actoren en factoren speelden daarbij een wezenlijke rol. Actoren en factoren die Betrokkenen niet konden beïnvloeden maar waarvan zij tegelijkertijd wel afhankelijk waren.

2.3 Betrokkenen hebben hun visie, plannen en maatregelen vervolgens bijgesteld, hun verwachtingen getoetst en vervolgens de koers hervat. Dat laatste zolang reëel perspectief bestond. Toen zij eind 2014 moesten constateren dat een reëel perspectief voor De Sionsberg niet langer bestond, hebben zij de knoop doorgehakt en faillissement van de Pasana Groep aangevraagd. De tijd om de ouderenzorg tijdig te ontvlechten bleek te ontbreken.

2.4 Met de wetenschap van het faillissement in gedachten is het moeilijk ontwikkelingen en rapporten van destijds anders dan als waarschuwing of zelfs als teken aan de wand te duiden. Dat betekent echter niet dat die ontwikkelingen en rapporten dat ook waren. De volledige context van hetgeen Betrokkenen destijds wel en niet bekend was en de verwachtingen die zij hadden en konden hebben, zijn doorslaggevend voor een goed begrip van de gang van zaken en de handelwijze van Betrokkenen.

2.5 Betrokkenen hebben in hun interviews met u aandacht besteed aan de context waarbinnen zij opereerden en de wijze waarop zij daarmee zijn omgegaan. Zij herkennen evenwel weinig van hun input in het Conceptverslag en zien dat de chronologie van ontwikkelingen daarin veelal niet gevolgd wordt.

2.6 Ook de wijze waarop het Conceptverslag inzoomt op het ziekenhuis De Sionsberg (Pasana *cure*) en geïsoleerd beschouwt van de andere onderdelen van de Pasana Groep (de ouderenzorg, c.q. Pasana *care*) komt niet overeen met de wijze waarop het bestuur en toezicht over de Pasana Groep is gevoerd. Los van de *overall* positieve invloed die de *care* op het totaal resultaat van de Pasana Groep had, bestond ook de gedachte dat juist de combinatie ouderen *care* en ouderen *cure* – geriatrie – een uniek (verkoop)punt voor de Pasana Groep kon gaan vormen. Door de andere prioriteiten die Betrokkenen moesten stellen is het tot verkoop niet gekomen.

2.7 In het Conceptverslag merkt u op verschillende plaatsen op dat de verslaglegging van RvB en RvT vergaderingen in uw ogen onvoldoende was.[2] Aan die constatering lijkt u de conclusie te verbinden dat bepaalde, belangrijke, onderwerpen door de RvB en RvT niet besproken zijn.[3] Dat is een onjuiste conclusie. De RvB en de RvT hebben juist buitengewoon veel overleg gevoerd.[4] Dat deden zij ook veel op informele wijze. Zeker in de periodes waarin hun functies veel aandacht vroegen, zoals in 2011 toen De Sionsberg onder verscherpt toezicht was gesteld en het zaak was dit zo snel mogelijk opgeheven te krijgen en in de periode vlak voor de fusie, in 2011 en 2012. In het bijzonder in die drukke en hectische periodes hebben Betrokkenen zo efficiënt mogelijk gewerkt. Verslagen van vergaderingen hadden aldus de vorm van geannoteerde besluiten-/ afsprakenlijsten, waarop voornamelijk uitzonderingen werden vermeld. Dat zaken niet werden vermeld in verslagen, betekent niet dat deze niet zijn besproken. Overigens is onwaarschijnlijk dat een formelere verslaglegging of aanpak de gang van zaken bij de Pasana Groep (al dan niet positief) had beïnvloed.

2.8 Voorts concludeert u in het Conceptverslag dat (reorganisatie)plannen door Betrokkenen steeds door de tijd werden ingehaald en daardoor niet werden gerealiseerd, maar juist werden opgevolgd door een steeds weer een geheel nieuw plan.[5] Dat is ten onrechte. Er zijn inderdaad verschillende (reorganisatie)plannen geweest. Veelal opgesteld met hulp van en getoetst door externe deskundigen. Echter, in die plannen zat wel degelijk een lijn. Het waren geen van elkaar losstaande ideeën, maar juist het tegendeel. Het betreft steeds een verdere uitwerking van een voorgaand plan:

2.8.1 het herstelprogramma van 2008, werd van 2008 t/m 2010 uitgevoerd en is in 2009 op grond van de nauwgezette monitoring van de realisatie daarvan door Betrokkenen bijgesteld;

2.8.2 in 2010 concludeerden Betrokkenen dat De Sionsberg te klein was om als zelfstandig ziekenhuis voort te kunnen bestaan en sinds dat jaar hebben Betrokkenen – op aangeven van PwC – het plan van een nauwe samenwerking met een sterke partner uitgewerkt totdat in 2012 de bestuurlijke fusie was gerealiseerd;

---

[2] Bijvoorbeeld op blz. 24 van het Conceptverslag: *"De verslagen van de RvB zijn tot de bestuurlijke fusie beknopt tot zeer beknopt. Verslagen uit 2007 en 2012 over de periode vanaf februari ontbreken in het archief. Het valt op dat in de periode van 2009 tot en met januari 2012 de verslagen van de RvB geen beeld geven van het functioneren van de organisatie. Zo komen het herstelplan 2009/2010 en diverse maatregelen uit 2010 om het resultaat te verbeteren niet voor op de agenda van de RvB. De onder toezicht stelling door IGZ wordt zeer summier benoemd, even als de problemen met cardiologie, de SEH en de infrastructuur".*

[3] Bijvoorbeeld op blz. 26 van het Conceptverslag: *"De verslagen van de RvB en RvT geven geen goed beeld van het functioneren van de medische staven en hun bijdrage aan de implementatie van plannen. De integratie van de medische staven van Nij Smellinghe en Pasana is geen onderwerp en wordt kennelijk niet structureel gemonitord".*

[4] In het Conceptverslag lijkt dat ook te worden bevestigd, blz. 25: *"Uit interviews blijkt dat de RvT daarnaast veelvuldig informeel overleg voert. Daarvan is geen verslaglegging opgesteld"* en: *"De heer Doppenberg verklaart dat hij in 2012 88 bijeenkomsten heeft bijgewoond, waaronder ook overleg met IGZ en DFZ".* Dit staat overigens onjuist in het Conceptverslag, aangezien dit 2011 betreft.

[5] O.a. op blz. 13 Conceptverslag:*"(...) een continuïteitsrisico (...), dat zich onder meer manifesteert in het niet volledig uitvoeren van opeenvolgende reorganisatieplannen"*, en: *"Bestuurders en Toezichthouders hebben verzuimd reorganisatieplannen stelselmatig te evalueren en bij te stellen. (...) Deze plannen zijn in de tijd steeds weer ingehaald door een volgend plan"* en *"Bestuurders en Toezichthouders lieten veel tijd verloren gaan in de voorbereiding, besluitvorming en uitvoering van reorganisaties en fusieplannen waardoor de organisatie constant achter de feiten aanliep".* Blz. 26: *"Naast de financiële rapportage is er geen zichtbare regelmatige en adequate rapportage van de voortgang van implementaties van de opeenvolgende reorganisatieplannen, ontwikkelingen en risico's".* Blz 69: *"(...) wordt in maart 2013 besloten nieuwe plannen uit te werken. Impliciet wordt hiermee besloten dat verder geen uitvoering wordt gegeven aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg".*

2.8.3 voortbordurend op die conclusie en binnen de door KPMG Plexus uiteengezette kaders, stelde de heer Meijer in opdracht van Betrokkenen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg ("**IGZ**") begin 2012 het Zorgbeleidsplan Herpositionering De Sionsberg (het "**Herpositioneringsplan**") op;

2.8.4 de in 2013 opgestelde businesscases (het 7x24 ziekenhuis, het Weekziekenhuis en het Dagziekenhuis) waren op hun beurt weer een nadere uitwerking van het Herpositioneringsplan, dat destijds nog niet geheel was uitgevoerd;

2.8.5 op advies van de financieel (de heer Lalkens) en strategisch (HCSG) deskundige, werd in 2013 één van deze businesscases (7x24) nader uitgewerkt tot het 7x24 compactziekenhuis;

2.8.6 dit plan hebben Betrokkenen zoveel mogelijk gerealiseerd, maar al in het begin van 2014 oefende Zorgverzekeraar De Friesland ("**DFZ**") grote druk uit voor overgang naar een anderhalvelijnscentrum, vóórdat Betrokkenen de – tijdrovende en (politiek) gevoelige – overgang naar het 7x24 compactziekenhuis goed en wel hadden kunnen realiseren; en

2.8.7 de afbouw naar een anderhalvelijnscentrum op een (veel te) snel tempo was het plan van DFZ – en niet van Betrokkenen – en ondanks eerdere toezeggingen van DFZ, weigerde zij nadien bij te dragen aan de transitie naar een anderhalvelijnscentrum; dit plan bleek uiteindelijk in het geheel niet financierbaar.

2.9 Naast de duidelijke lijn in en samenhang tussen de plannen, geldt dat realisatie daarvan – zoals met elk reorganisatieplan – tijd kost. Een aanzienlijke reductie van het aantal fte gaat bijvoorbeeld altijd gepaard met een sociaal plan en tijdrovende overleggen met onder meer vakbonden en de OR. Hetzelfde geldt voor de integratie van medische staven van (voorheen) van elkaar losstaande zorgaanbieders. Dit is een proces dat ook veel van de betrokken zorgverleners en andere medewerkers vraagt. Ook het sluiten van het klinische deel van het ziekenhuis (onderdeel van het DFZ plan voor een 'anderhalvelijnscentrum') is een proces dat tijd kost. Zeker gezien de tevens uitgeoefende maatschappelijke druk (van de (lokale) politiek en omwonenden) op Betrokkenen, de signalen van huisartsen, die zich hiervoor uitspraken en het tegengas van de medisch specialisten (over hun positie hierna meer) om De Sionsberg als ziekenhuis – en dus met een klinisch gedeelte – open te houden.

2.10 En daar komt nog bij dat een ander belangrijk element in dit kader is dat DFZ steeds nauw betrokken was bij de totstandkoming en uitvoering van de plannen. Zo presenteerde DFZ het Herpositioneringsplan samen met Betrokkenen aan de IGZ en moedigde zij de IGZ aan hiermee in te stemmen. De IGZ stemde ook in met het Herpositioneringsplan. KPMG Plexus had het Herpositioneringsplan op haalbaarheid getoetst. Ook had DFZ ingestemd met het 7x24 compactziekenhuis, waarna zij in 2014 ineens van standpunt veranderde en aandrong op volledige sluiting van het klinische gedeelte op korte termijn. In dat kader liet DFZ eerst weten bereid te zijn bij te dragen aan de daarvoor benodigde financiering, maar toen het erop aankwam zag zij daar toch vanaf.

2.11 Ook namen Betrokkenen de inhoud van de plannen serieus, wat onvoldoende uit de verf komt in het Conceptverslag. De plannen, allen voortbordurend op het Herpositioneringsplan, waren ambitieus. Maar Betrokkenen hebben steeds – ook gebaseerd op doorrekening en onderzoek door externe deskundigen zoals KPMG Plexus en HCSG – gemeend dat ze tegelijkertijd te realiseren waren. Daarbij gingen zij ervan uit en mochten zij er ook vanuit gaan dat aan de randvoorwaarden was voldaan. Een greep uit de randvoorwaarden, bij wijze van illustratie:

2.11.1 ten aanzien van de integratie van de medische staven; in 2010 toen Betrokkenen een vergaande samenwerking van De Sionsberg in de toekomst nader liet onderzoeken (door PwC), stond de medische staf van de Pasana Groep nog positief tegenover die samenwerking. Zowel de medische staf van De Sionsberg, als van Nij Smellinghe, was door opsteller Meijer begin 2012 nauw betrokken bij de totstandkoming van het Herpositioneringsplan. Niet alleen waren de medische staven beide akkoord met het plan, ook sprak de medische staf van de Pasana Groep met Meijer af dat zij hun beschikbaarheidstoeslag zouden inleveren. Nadien kwam die medische staf die afspraak desondanks niet na;

2.11.2 wat betreft de te realiseren omzet met de afdeling klinische cardiologie; tot in 2014 verwachtten Betrokkenen en mochten zij verwachten dat de afdeling klinische cardiologie weer openging zodra aan de kwaliteitseisen van de IGZ zou zijn voldaan. Daarvoor spanden zij zich ook in. Pas in 2014 bleek dat de IGZ (en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de "**NVVC**") daarmee niet instemde(n);

2.11.3 ter zake de patiënten aantallen; patiënten spraken zich, onder meer verenigd in de actiegroep 'Red de Sionsberg', expliciet uit voor het openhouden van De Sionsberg als ziekenhuis, maar ondanks de grootschalige acties van die groep, stegen de patiënten aantallen sinds eind 2011 niet. De patiënten blijven toch weg; en

2.11.4 dat is ook ondanks het in 2014 met de huisartsen gesloten convenant, dat tot stand kwam door werk van Betrokkenen en op grond waarvan zij patiënten weer zouden doorverwijzen naar De Sionsberg; ook dat gebeurde tegen de afspraken in niet, althans onvoldoende.

2.12 Betrokkenen hebben niet alle randvoorwaarden en geen van de externe omstandigheden in de hand gehad of kunnen voorspellen. Ontwikkelingen daarin kunnen de realisatie van een reorganisatieplan echter wel beïnvloeden. Dat maakt dat dergelijke plannen in sommige gevallen aanpassing behoefden, opdat ze (opnieuw) gebaseerd zouden zijn op de juiste uitgangspunten en binnen de juiste randvoorwaarden. In het Conceptverslag lijkt u Betrokkenen te verwijten dat zij plannen bijstelden, daar waar de omstandigheden dat van hen verlangden.[6] Zo verliest u ten onrechte uit het oog dat niet alle toekomstige ontwikkelingen door Betrokkenen waren te voorzien

[6] Bijvoorbeeld op blz. 9 van het Conceptverslag: *"Terwijl de ene reorganisatie nog niet is afgerond wordt de volgende al weer in gang gezet"* en op blz. 10: *"Uit het onderzoek blijkt niet dat RvB en RvT het 7x24 ziekenhuis evalueren of bijsturen. Onder invloed van de omstandigheden van het moment besluiten RvB en RvT een nieuw plan te ontwikkelen. Het oude plan lijkt hiermee op voorhand achterhaald."*, waarbij u als onjuist uitgangspunt neemt dat het geheel nieuwe plannen betreft, in plaats van een aanpassing en voortzetting van al bestaande plannen (zie paragraaf 2.8 hiervoor).

en dat het besturen van (en toezichthouden op) een organisatie dergelijke bijsturing juist verlangt, van elke bestuurder (of toezichthouder).

3 Context/externe omstandigheden

3.1 In het Conceptverslag komt onvoldoende uit de verf hoe complex de context is waarin bestuurders en RvT-leden in de zorg hun werkzaamheden moesten uitvoeren en hoe turbulent de tijd was waarin zij dat deden. In het Conceptverslag worden bijvoorbeeld de: "*opkomende volumenormen voor behandelingen/operaties*" en "*het plan van Friesland Voorop van DFZ om te komen tot concentratie van ziekenhuiszorg in Friesland*", genoemd. Het Conceptverslag heeft echter geen oog voor het feit dat die omstandigheden van grote invloed waren op mogelijkheden en keuzes die Betrokkenen als bestuurder en/of RvT-lid hadden.

3.2 Die context, externe actoren en factoren waren, als gezegd in paragraaf 2.2, van grote invloed op hun handelen, op de wijze zij bepaalde situaties al dan niet hebben kunnen beïnvloeden en op het perspectief dat destijds bestond voor de Pasana Groep. Voorafgaand aan het (chronologisch) overzicht van relevante ontwikkelingen bij Pasana Groep is het van belang die context, in het bijzonder de complexiteit en de wijzigingen in de (markt)regulering, te schetsen.

4 Zorgbekostiging 2006 – 2014

4.1 Tot 1 januari 2012 werden ziekenhuizen voor het grootste deel bekostigd door functiegerichte budgettering ("**FB**"); een vorm van aanbodregulering waarbij ziekenhuizen een vast budget kregen, (voor het grootste deel) ongeacht het aantal feitelijk verrichte handelingen. Het budget was opgebouwd uit dwingend voorgeschreven parameters waaraan een (financiële) waarde was gekoppeld (bijv. aantal bedden, vierkante meters) en werd voorafgaand aan een kalenderjaar vastgesteld door (de voorganger van) de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

4.2 Ziekenhuizen liepen aldus slechts beperkt ondernemersrisico's omdat er gegarandeerde dekking was voor gemaakte kosten. Gevolg was wel dat ze een beperkte prikkel hadden om efficiënt te werken en wachtlijsten weg te werken.

4.3 Vanaf januari 2005 zijn daarom van overheidswege stappen gezet om gereguleerde marktwerking in de zorg te introduceren. Aanbodregulering en budgettering maken plaats voor vraagsturing en prestatiebekostiging. Onderdeel van die operatie was de introductie van de Zorgverzekeringswet, de Wet Toelating Zorginstellingen en de Wet marktordening gezondheidszorg. Deze wetten moesten een stapsgewijze overgang realiseren.

4.4 In de ziekenhuiszorg is een belangrijke eerste stap op basis van die wetten de introductie van zogenoemde diagnosebehandelcombinaties ("**DBC**"). Een DBC beschrijft de complete behandeling van een patiënt voor een bepaalde aandoening inclusief voorbereiding en nazorg. Ziekenhuizen declareren vanaf 2005 DBC's bij de zorgverzekeraar. DBC's zijn ingedeeld in een A- en B-segment.

4.5 In het A-segment golden maximumtarieven en voor de inkomsten van het ziekenhuis bleef het FB-budget leidend. Hoewel het ziekenhuis DBC's declareert bij de zorgverzekeraar vindt na afloop van het kalanderjaar een afrekening plaats waarbij het FB-budget bepalend is. Als de declaraties

uit DBC's hoger waren dan dit vastgestelde budget, werd het verschil afgeroomd. Bij lagere inkomsten uit DBC's vond suppletie tot het FB-budget plaats.

4.6 Het B-segment had een beperkte omvang en is stapsgewijs uitgebreid tussen 2006 en 2009 . In het B-segment waren tarieven niet langer van overheidswege gereguleerd – en dus vrij onderhandelbaar – en was het FB-budget niet langer van toepassing. In het B-segment is dus sprake van de beoogde gereguleerde marktwerking.

5 Bekostiging ziekenhuiszorg per 2012

5.1 Per 1 januari 2012 is het FB-budget afgeschaft en is sprake van volledige prestatiebekostiging van ziekenhuizen. De declaraties van DBC's (vanaf 1 januari 2012 DOT's genoemd) zijn vanaf die datum leidend voor de inkomsten van het ziekenhuis.

5.2 Het B-segment waar vrije tarieven gelden wordt gelijktijdig uitgebreid tot 80%. Het A-segment omvat de resterende 20% en kent maximumtarieven.

5.3 Om de systeemrisico's samenhangend met deze big-bang introductie van prestatiebekostiging te dempen, heeft de NZa voor 2012 en 2013 een transitiemodel vastgesteld. Dit model hield in dat de NZa per ziekenhuis eenmalig een transitiebedrag vaststelde. Dit transitiebedrag moest genoemde systeemrisico's mitigeren, of in elk geval voldoende dempen.

5.4 Het transitiemodel blonk niet uit in helderheid. Mede daarom hebben diverse ziekenhuizen hierover tegen de NZa moeten procederen om die duidelijkheid te verkrijgen.[7]

5.5 Dit transitiemodel, de invoering van DOT's, afschaffing van het FB-budget, uitbreiding van het B-segment en aanpalende ontwikkelingen waren voor de Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants ("**NBA**") in 2014 reden om aan te geven dat deze tot grote onzekerheden leidden ten aanzien van het vaststellen van de ziekenhuisomzet 2012 en 2013. De NBA concludeerde dat het vanwege die onzekerheden voor accountants niet mogelijk was een goedkeurende verklaring af te geven op de jaarrekeningen van ziekenhuizen over de boekjaren 2012 en 2013. Aan alle ziekenhuizen wordt een collectief uitstel verleend voor het indienen van de jaarrekeningen over die jaren.[8] Het illustreert de onzekerheid die in die jaren op alle niveaus bestond over de precieze effecten van de introductie van gereguleerde marktwerking.

6 Ziekenhuisvastgoed 2006 – 2014

6.1 Het FB-budget voorzag ook in alle vastgoed gerelateerde zaken. Er was in het FB-budget dekking voor alle kosten tijdens de levenscyclus van een ziekenhuisgebouw. Daarmee samenhangend waren alle vastgoed gerelateerde beslissingen onderworpen aan het zogenoemde bouwregime dat tot 2008 van toepassing was op ziekenhuizen.

---

[7] Zie bijvoorbeeld CBb 14 juli 2016, ECLI:NL:CBB:2016:196, CBb 5 oktober 2016, ECLI:NL:CBB:2016:314 en CBb 10 augustus 2017, ECLI:NL:CBB:2017:348.

[8] En wel tot december 2014. Uit het Conceptverslag lijkt te volgen dat curatoren van dit feit niet op de hoogte zijn, gezien de opmerkingen ter zake het uitstel voor de jaarrekeningen 2012 en 2013 op blz. 9, 16 en 28 van het Conceptverslag.

6.2 Een ziekenhuis dat een nieuw gebouw wilde bouwen, had onder het bouwregime twee vergunningen nodig: een toelating met bouw van de Minister van VWS en een bouwvergunning van (de voorganger van) het College bouw zorginstellingen.

6.3 Als een ziekenhuis zowel een toelating met bouw als bouwvergunning had ontvangen, verzocht het de NZa vervolgens om in het FB-budget een vergoeding op te nemen, de kapitaallasten genoemd. De vergoeding van kapitaallasten werd van overheidswege gegarandeerd. In de praktijk beschouwden banken de bouwvergunning daarom als zekerheid voor de betaling van rente en aflossing, en verstrekten op die basis financiering.[9]

6.4 Onderdeel van de overstap naar gereguleerde marktwerking was dat ziekenhuizen verantwoordelijkheid gingen dragen voor hun investeringen in bouw en vastgoed. Daartoe is voor ziekenhuizen per 1 januari 2008 het bouwregime afgeschaft.

6.5 Ziekenhuizen die na 1 januari 2008 besloten te willen investeren in vastgoed, hadden daarvoor een toelating met bouw noch een bouwvergunning nodig. Daartegenover stond dat zij de kapitaallasten gemoeid met een nieuwe investeringsbeslissing zelf moesten financieren vanuit hun omzet.

6.6 De kapitaallasten van nog onder het bouwregime gerealiseerd vastgoed werden net als voorheen vergoed en waren gegarandeerd in het FB-budget. Uiteindelijk is ook die gegarandeerde vergoeding van de kapitaallasten afgeschaft. Door de introductie van risicodragendheid voor de kapitaallasten moesten ziekenhuizen de waardering van hun vaste activa herzien en mogelijk overgaan tot afwaardering van vaste activa, wat een aanzienlijke aantasting van hun eigen vermogen en daarmee hun solvabiliteitspositie kon betekenen.

6.7 Om deze effecten te dempen is door de NZa – op aanwijzing van de Minister van VWS - voor de periode 2011 tot en met 2016 een overgangsregeling in het leven geroepen. Op basis van deze overgangsregeling zijn de onder het oude regime gegarandeerde kapitaallasten stapsgewijs afgebouwd en vervangen door prestatiebekostiging via het tarief van elke DBC.

7 Verhouding ziekenhuizen en medisch specialisten

7.1 Medisch specialisten in niet-academische ziekenhuizen zijn van oudsher – en nog steeds – veelal in vrije vestiging verbonden aan het ziekenhuis. Zij zijn niet in loondienst maar (fiscaal) zelfstandig ondernemer.

7.2 Er was onder meer voorzien in een separaat budget (naast het FB-budget) voor het ziekenhuis met daarin het honorarium voor de specialisten.[10] Vanaf de introductie van de DBC's in 2005

---

[9] Tegen deze achtergrond moet de vastgoedinvestering die voorgangers van Betrokkenen hadden gedaan voor De Hoed worden beschouwd. Gezien het beperkte risico dat zorginstellingen liepen, in combinatie met het gunstige vastgoedklimaat van destijds, is deze wijze van financiering niet zo uitzonderlijk als curatoren dat lijken te vinden. Dat komt geenszins aan de orde in het Conceptverslag, bijvoorbeeld op blz. 4, bij 2. De stelling op blz. 36 van het Conceptrapport: *"In de verslagen van de vergaderingen van de RvT van 2007 komt de investering en de financiering van De Hoed niet aan de orde"*, is onvolledig. Als gezegd, dat dit niet in verslagen stond betekent niet dat deze investering in RvT-vergaderingen niet aan de orde kwam.

[10] Dit budget heeft verschillende verschijningsvormen gehad tussen de jaren '90 en 2015. Voor deze reactie is volstaan wij met deze algemene beschrijving.

kenden deze DBC's tot 2015 een tarief gesplitst in een kostendeel voor het ziekenhuis en een honorariumdeel voor de betrokken specialist(en).

7.3 De praktijk van elke medisch specialist is dus een zelfstandige onderneming naast die van het ziekenhuis. In de meeste gevallen heeft de medisch specialist ook goodwill betaald om die onderneming te verwerven. Het ziekenhuis en (het collectief van) medisch specialisten maken afspraken over onderlinge samenwerking.

7.4 Dat is van belang omdat het bestuur en de toezichthouders van een ziekenhuis weliswaar eindverantwoordelijk zijn voor het ziekenhuis, maar zij niet in een hiërarchische verhouding staan tot de belangrijkste professionals in het ziekenhuis. Het krachtenveld in een ziekenhuis is fundamenteel anders dan in een reguliere onderneming waar het bestuur veelal op basis van een arbeidsovereenkomst bindende instructies kan geven.

7.5 Bovendien is het zo dat elke beslissing van het ziekenhuis die ingrijpt in het profiel van het ziekenhuis, direct een effect zal hebben op de onderneming – en dus ook het inkomen – van één of meer medisch specialisten. Het realiseren van profielwijzigingen en veranderen van strategie door een ziekenhuis, zijn complexe trajecten waarvoor meer water door de Rijn moet stromen dan in een onderneming in een andere sector met vergelijkbare omvang.

8 (Machts)positie zorgverzekeraars

8.1 Zorgverzekeraars hebben een sterke positie ten opzichte van zorgaanbieders. Met de nieuwe wetgeving werd het voor zorgverzekeraars mogelijk selectief zorg in te kopen. Wie betaalt, bepaalt. Dat geldt des te meer in Friesland waar één zorgverzekeraar, DFZ, ongeveer 90% van de markt in handen heeft. Zonder contract met DFZ verliest een Friese zorgaanbieder het belangrijkste deel van zijn inkomsten. De facto houdt niet contracteren met DFZ in dat de zorgaanbieder zijn bestaansrecht verliest.

8.2 Voor de Friese ziekenhuizen geldt daarbij dat zij enig tegenwicht hebben ten opzichte van DFZ voor zover zij in een regio de enige aanbieder van ziekenhuiszorg zijn. Daar gold nu juist dat De Sionsberg een minder gunstige positie had dan de andere Friese ziekenhuizen.

8.3 Het adherentiegebied van De Sionsberg omvatte ongeveer 50.000 inwoners, waar andere ziekenhuizen – in Friesland of daarbuiten - drie tot vier keer zoveel adherentie hebben. Het relatieve belang van De Sionsberg voor DFZ was daarom klein.

8.4 Bovendien bleken inwoners uit het adherentiegebied van De Sionsberg – juist vanwege de geografische ligging – meer dan elders bereid en gewend te moeten reizen naar verder weg gelegen ziekenhuizen; in dit geval vooral in Leeuwarden en Drachten die voor de lokale bevolking een volwaardig alternatief vorm(d)en.

8.5 DFZ had dus – in een uiterst geval – de mogelijkheid om De Sionsberg niet te contracteren zonder dat dit gevolgen zou hebben voor haar zorgplicht ten opzichte van (een relatief klein deel van) haar verzekerden. Het feit dat die zorgplicht na het faillissement van de Pasana Groep ook niet ter discussie is gesteld, toont dit alleen al aan. In Leeuwarden, Drachten, Heerenveen en Sneek had en heeft DFZ deze optie niet. DFZ is van deze ziekenhuizen net zo afhankelijk, als deze

ziekenhuizen afhankelijk zijn van DFZ. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid. Bij De Sionsberg lag de machtsverhouding wezenlijk anders en was sprake van inkoopmacht van DFZ waar tegenover niet of nauwelijks verkoopmacht van De Sionsberg stond.

8.6 De facto hield dit in dat DFZ een dwangpositie had ten opzichte van De Sionsberg en het zich kon veroorloven De Sionsberg op elk moment te laten vallen. Daarbij gold wel dat DFZ in de publiciteit er belang bij had dat haar geen verwijt kon worden gemaakt bij het eventueel wegvallen van Pasana (althans, De Sionsberg). Dat zou kunnen leiden tot het weglopen van verzekerden en dus een afname van haar dominante marktaandeel in Friesland.

8.7 DFZ had er dus belang bij haar inkoopmacht niet expliciet, vooral niet zwart-op-wit, uit te oefenen. In gesprekken en onderhandelingen werd echter altijd duidelijk gemaakt dat DFZ aan de touwtjes trok en De Sionsberg de lijn van DFZ had te volgen.

8.8 Die lijn van DFZ voorzag in een meerjarenprogramma voor alle zorg in de gehele provincie Friesland onder de naam Friesland Voorop. Binnen Friesland Voorop was De Sionsberg een klein onderdeel, waardoor de belangen van De Sionsberg daarin niet leidend waren. Nadelige gevolgen voor De Sionsberg door Friesland Voorop had zij te accepteren door de dominante positie van DFZ.

9 Maatschappelijke druk voor behoud De Sionsberg

9.1 Vanuit haar omgeving is gedurende de onderzochte periode grote druk uitgeoefend om De Sionsberg als ziekenhuis, mét al haar functies, te behouden.

9.2 Zo verenigden omwonenden zich omstreeks 2011 in de actiegroep 'Red de Sionsberg'; zij voerden actie en zochten de (lokale) media op met de boodschap dat De Sionsberg hoe dan ook behouden moest blijven.

9.3 Ook de lokale politiek had bemoeienis met De Sionsberg. De gemeenteraad van Dongeradeel sprak zich publiekelijk uit voor behoud van De Sionsberg, terwijl Betrokkenen het college van B&W van die (en 3 andere nabijgelegen) gemeente(n) nauwgezet hadden geïnformeerd over de aanstaande fusie en reorganisatieplannen en het college de noodzaak van die stappen juist had onderkend.

9.4 In 2012 organiseerde Red de Sionsberg een protestmars vanaf De Sionsberg naar het gemeentehuis van Dokkum, waaraan enkele duizenden mensen deelnamen en waarbij o.a. een medisch specialist en de burgermeester de menigte toespraken. Uiteindelijk, door veelvuldig overleg met Betrokkenen, die zo draagvlak voor hun plannen beoogden te creëren, legde de actiegroep zich in 2012/2013 neer bij een beperking van de functies van De Sionsberg. Zij bleef echter wel actievoeren voor behoud van De Sionsberg als ziekenhuis en in dat kader veelvuldig de media opzoeken.

9.5 Samen met het gemeentebestuur van Dongeradeel maakten Betrokkenen in 2013 een plan met als doel de patiëntaantallen te verhogen zodat De Sionsberg als ziekenhuis behouden zou blijven. Via de (lokale) media werd de bevolking geïnformeerd over het nieuwe profiel van De Sionsberg en werden zij opgeroepen zich (in voorkomend geval) bij De Sionsberg te laten behandelen.

10 Kortom

10.1 De organisatie van ziekenhuizen, in het bijzonder het feit dat de belangrijkste professionals daar niet in loondienst zijn en een eigen (inkomens)belang hebben dat niet gelijkgericht hoeft te zijn met het ziekenhuis, maakt de implementatie van verandertrajecten complex. Dit geldt evenzeer voor de verandertrajecten bij De Sionsberg (en bij de Pasana Groep) die onderwerp zijn van het onderzoek door de curatoren.

10.2 Bovendien zijn ziekenhuizen, waaronder De Sionsberg, in de onderzochte periode geconfronteerd met fundamentele wijzigingen in de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Met deze wijzigingen waren de nodige onzekerheden gemoeid en is de risicodragendheid van ziekenhuizen flink toegenomen. Deze effecten waren voor De Sionsberg des te ingrijpender vanwege haar ten opzichte van (alle) andere ziekenhuizen geringe schaalgrootte en patiëntenpopulatie, die zich verenigde in een actiegroep en, gesteund door de lokale politiek, actievoerde voor behoud van De Sionsberg met al haar ziekenhuisfuncties.

11 Chronologische weergave 2007 – 2014: perspectief blijft tot winter 2014, ondanks tegenvallers

11.1 In deze paragraaf volgt een chronologische weergave van de relevante gebeurtenissen in de onderzochte periode. Deze is puntsgewijs en in de tegenwoordige tijd opgesteld. Doel is u mee terug in de tijd te nemen. In dat kader is van belang dat deze paragraaf geen conclusies achteraf, met de kennis van nu, bevat. Uitsluitend de Betrokkenen destijds bekende feiten en omstandigheden worden weergegeven. Op deze manier wordt duidelijk dat Betrokkenen destijds, op basis van de toen bekende omstandigheden, onderbouwd oordeelden dat voor de Pasana Groep voldoende perspectief bestond. Het perspectief veranderde ingrijpend in de winter van 2014. En wel zo ingrijpend dat Betrokkenen genoodzaakt waren het faillissement van de Pasana Groep aan te vragen.

12 Uitgangspositie 1 januari 2007; aanvang onderzochte periode

12.1 Toen Betrokkenen als bestuurder of toezichthouder bij de Pasana Groep aantraden, was de Pasana Groep net opgericht. De situatie die zij aantroffen is als volgt:

- 12.1.1 de eerste stappen zijn net gezet om landelijk gereguleerde marktwerking in de zorg met prestatiebekostiging te introduceren;
- 12.1.2 de fusie is nog niet gerealiseerd, er worden nog geen synergievoordelen behaald;
- 12.1.3 zowel de (financiële) administraties, als de overige onderdelen van de organisatie zijn nog niet met elkaar geïntegreerd;
- 12.1.4 daarvoor is eerst nodig dat de financiële administratie en informatie van de verschillende onderdelen wordt verbeterd, er is slechts gebrekkige financiële en stuurinformatie beschikbaar;
- 12.1.5 vanwege de gebrekkige financiële administratie bestaat beperkt inzicht in de financiële positie van de Pasana Groep;
- 12.1.6 de verhouding tussen de RvB en RvT enerzijds en de medische staf anderzijds is bij aantreden van Betrokkenen niet optimaal, er vindt bijvoorbeeld geen geïnstitutionaliseerd overleg plaats;

12.1.7 onder het toen nog geldende bouwregime (zie paragraaf 6) was door de voorgangers van Betrokkenen – let wel, niet door Betrokkenen zelf – een grote vastgoedinvestering gedaan waarvoor zij nog geen financiering hadden geregeld.[11] Dat drukt zwaar op de liquiditeitspositie van de Pasana Groep; en

12.1.8 alle overeenkomsten in verband met de vastgoedinvestering waren al ondertekend en er was reeds begonnen met het bouwrijp maken van de betreffende locatie.

13 2007: implementatie fusie, krappe liquiditeit, nieuw financieringsstelsel

13.1 In 2007 wordt gestart met de verbouwing waartoe in 2004 is besloten.

13.2 Betrokkenen zetten nadrukkelijk in op verbetering van (financiële) administratie van de Pasana Groep. Voordat integratie daarvan kan plaatsvinden en synergievoordelen kunnen worden behaald met de net (juridisch) gerealiseerde fusie, moet die worden verbeterd. Onder meer benoemen zij daartoe een financieel manager als controller, die de financiële positie in kaart zal brengen en monitoren.

13.3 Naast integratie van (financiële) administratie, starten Betrokkenen ook met integratie van andere organisatieonderdelen. Dat brengt kosten met zich.

13.4 In 2007 ontstaat een bestuurscrisis, hetgeen aandacht van Betrokkenen vergt en de integratie vertraagt en extra kosten met zich brengt.[12]

13.5 De verhouding met (interne en externe) stakeholders is op dat moment als volgt:

13.5.1 de verhouding tussen RvB, RvT en medische staf is bij aanvang van betrokkenheid van Betrokkenen niet optimaal, dat heeft hun aandacht;

13.5.2 de kwaliteit van de verleende zorg is op niveau, (ook) naar het oordeel van de IGZ;

N.B. De opmerking: *"de kwaliteit van de organisatie van de zorg in De Sionsberg laat te wensen over"*, op blz. 23 van het Conceptverslag is pertinent niet juist, hetgeen ook geldt ook voor de volgende jaren.

13.5.3 de verhouding tussen de Pasana Groep en DFZ is op zich goed; en

13.5.4 de verhouding met huisbankier ING en andere schuldeisers is zonder problemen.

13.6 De *care* (ouderenzorg) tak behaalt goede resultaten. De resultaten van De Sionsberg blijven achter, mede gezien de eenmalige reorganisatiekosten, haar eigen vermogen is evenals de liquide middelen beperkt. Dit hangt samen met de vastgoedinvestering waartoe in 2004 is besloten. Gezien de beperkte financiële middelen, beperkte omvang van De Sionsberg (het kleinste ziekenhuis van Nederland) en de verwevenheid van financiering, zekerheidsstellingen en

[11] Dat die beslissing niet door Betrokkenen zelf is genomen komt in het Conceptverslag niet aan de orde. Evenmin als het feit dat destijds – tot 1 januari 2008 – het bouwregime gold, waarbij de overheid betaling van de kapitaallasten van tot die datum vergunde bouwactiviteiten garandeerde, zie ook paragraaf 6.
[12] De topinkomens waren nog niet genormeerd en dit kostte de Pasana Groep ongeveer EUR 700.000 extra.

juridische structuur, besturen Betrokkenen de Pasana Groep als geheel.[13] De algehele solvabiliteitsratio is laag vergeleken met andere ziekenhuizen.

13.7 Op termijn verwachten Betrokkenen dat de combinatie van *care* en ouderend*cure* (geriatrie) de Pasana Groep, in samenwerking met een partner, een unieke en goedlopende zorginstelling in de regio zal maken.

14 2008: verbetering managementinformatie, liquiditeit onder controle

14.1 De wereldwijde vastgoed- en kredietcrisis breekt uit, hetgeen het vinden van financiering voor de in 2004 besloten verbouwing ernstig bemoeilijkt.

14.2 Gezien de beperkte liquiditeit start de RvB medio 2008 met de uitvoering van een meerjarenherstelprogramma met als doel kostenbeheersing, kostenreductie en omzetvergroting. Onder meer door middel van personeelsreductie, het verkopen van vaste activa en verhoging van de productiviteit. De liquiditeit wordt door Betrokkenen – in overleg met de financieel manager/controller – zeer nauwgezet gemonitord en waar nodig bijgestuurd.

14.3 Eveneens gezien de beperkte liquiditeit van de Pasana Groep treden Betrokkenen in overleg met DFZ. Dat resulteert in het door DFZ verstrekken van een overbruggingskrediet ad EUR 2,5 miljoen. DFZ stelt als voorwaarde dat bij RvT-vergaderingen een toehoorder aanwezig is die maandelijks aan DFZ rapporteert.

14.4 De in 2007 uitgebroken bestuurscrisis lost de RvT dit jaar op door beide bestuurders te ontslaan en – na een interim-bestuurder – een nieuwe bestuurder te benoemen. Dit brengt wel onvoorziene kosten met zich.

14.5 Met de komst van de nieuwe bestuurder wordt een betere interne kwaliteitsmonitoring ingevoerd, gebruikmakend van externe advisering en nieuw ontwikkelde software om specifieke kwaliteitsindicatoren te kunnen monitoren.

14.6 De verhouding met (interne en externe) stakeholders is goed:

14.6.1 overleg tussen Betrokkenen en de medische staf wordt geïnstitutionaliseerd; de RvT, de ziekenhuisdirecteur en de medische staf komen tenminste 4 maal per jaar bijeen. De ziekenhuisdirecteur overlegt ook zelf regelmatig met de medische staf. Als dat nodig is, vindt vaker overleg plaats.

N.B. De stelling op blz. 26 van het Conceptverslag: *"Over het functioneren van de medische staf lijken alleen de excessen aan de orde te komen en de RvT neemt geen zichtbare actie om een totaalbeeld op te bouwen c.q. te volgen"*, is aldus niet juist.

[13] In het geheie concept verslag wordt De Sionsberg ten onrechte als separaat te besturen onderdeel van Pasana beschouwd.

14.6.2 met de toehoorder bij RvT-vergaderingen van de Pasana Groep is DFZ zeer nauw betrokken bij de bedrijfsvoering van de Pasana Groep, de verhouding is op zich goed; en

14.6.3 de kwaliteit van de zorg, de verhouding met de IGZ en met ING zijn evenals in 2007, goed (zie ook 13.5.2 en 13.5.4).

14.7 De *care* tak behaalt ook dit jaar goede resultaten. Vanwege de bij 13.6 genoemde redenen besturen Betrokkenen de Pasana Groep als geheel.

15 2009: herstelplan werpt vruchten af; zaak weer op de rit, inzicht De Sionsberg te klein, positief resultaat, solvabiliteit stijgt

15.1 De RvB werkt het herstelplan uit in begrotingen en in gedetailleerde – per maand en soms per week – liquiditeitsplanningen. Op verzoek van Betrokkenen oordeelt accountant PwC dat gedetailleerde liquiditeitsplanning realistisch en haalbaar is.

15.2 De realisatie van het herstelplan, de begroting en de liquiditeitsplanningen wordt door de RvB zeer nauwgezet gemonitord. De RvB rapporteert hierover maandelijks aan de RvT. De realisatie en begroting vormen de basis voor vrijwel elk overleg tussen Betrokkenen, zowel formeel als informeel en onder meer middels (tussentijdse) managementrapportages, (bilaterale) besprekingen, tijdens RvT-vergaderingen, tijdens ad hoc besprekingen en na vergaderingen. Waar nodig worden deze stukken bijgesteld op basis van actuele inzichten en ontwikkelingen.

15.3 Ook de liquiditeit wordt door de RvB strak – maandelijks en soms zelfs wekelijks – gemonitord en bijgestuurd waar nodig.

15.4 De managementinformatie en financiële administratie verbeteren in de loop van 2009 aanzienlijk.[14]

15.5 Mede op basis daarvan constateren Betrokkenen dat De Sionsberg te klein is om als zelfstandig ziekenhuis te kunnen blijven voortbestaan. Meer concreet baseren zij die conclusie op:

15.5.1 de gevolgen van de ingrijpende veranderingen in de zorgsector (gereguleerde marktwerking, concurrentie tussen zorginstellingen, prestatiefinanciering, (veel) meer macht van zorgverzekeraars, strengere kwaliteitsnormen, volumenormen voor bepaalde complexe ingrepen en het plan Friesland Voorop[15]), resulterend in concentratie en schaalvergroting in de zorg;

15.5.2 de met haar omvang en adherentiegebied overeenstemmende patiënten aantallen zijn hiervoor te laag, op termijn zou De Sionsberg daarom bepaalde specialismen niet meer mogen aanbieden, wat zou leiden tot een (verdere) afname van het aantal patiënten

[14] Ook curatoren signaleren een verbetering (p. 25 Conceptverslag): *"Het valt op dat de structurering door het vastleggen van onderwerpen en besprekingen in stukken en verslagen toeneemt vanaf 2009 (…)"*.
[15] Zie paragrafen 4 t/m 10 hiervoor.

en ook haar positie als algemeen ziekenhuis onzeker zou maken, het productportfolio van De Sionsberg is al smal (ook overeenstemmend met haar geringe omvang); en

15.5.3 het feit dat De Sionsberg aanzienlijke investeringen zou moeten doen om te kunnen blijven voldoen aan de verscherpte, wettelijke kwaliteitsnormen en zij niet over de daarvoor benodigde liquide middelen beschikt.

15.6 Die conclusie onderschrijft PwC. Eveneens in overleg met PwC concluderen Betrokkenen dat de Pasana Groep een samenwerkings-, fusie- of overnamepartner nodig heeft die op professioneel en financieel vlak sterk is. Alleen zo kunnen de noodzakelijke investeringen worden gedaan en – na een reorganisatie – synergievoordelen, kwaliteits- en volumenormen wel worden behaald.

15.7 Die conclusie is aanleiding voor het bijstellen van het herstelplan, in die zin dat vanaf 2010 dient te worden gestreefd naar een vergaande samenwerking of fusie, wat uiteindelijk zal resulteren in synergievoordelen.

15.8 De RvT besteedt ook aandacht aan zijn functioneren. Via de Nederlandse Vereniging Toezichthouders in de Zorg (**"NVTZ"**) nodigt de RvT in april de heer Gerards als extern deskundige uit om de werkwijze van de RvT tot dan toe te analyseren en hem aanbevelingen te doen. In vervolg daarop wordt in een gezamenlijk overleg in augustus tussen RvB, RvT en de medische staf concrete afspraken gemaakt over het door de RvT met de VMS, OR en CCR structureel overleggen, die afspraken werkt de RvT uit in een werkplan voor het komend jaar. Kortom, de RvT volgt de aanbevelingen op.

N.B. De conclusie in het Conceptverslag (punt 8, blz. 5) dat: *"niet blijkt dat de RvB en de RvT kritisch zijn op hun eigen functioneren"*, is hiermee niet juist.

15.9 De verhouding met (interne en externe) stakeholders is nog altijd goed, net als in 2008, (zie 14.6.1 t/m 14.6.3). De kwaliteit van de zorg heeft ook dit jaar weer de aandacht van Betrokkenen, onder meer wordt deze gemonitord door de kwaliteitscommissie, bestaande uit leden van de medische staf en van de RvT.

15.10 De *care* tak behaalt nu ook positieve resultaten. Vanwege de in 13.6 genoemde redenen besturen Betrokkenen de Pasana Groep als geheel en zij gaan het komend jaar op zoek naar een samenwerkings-/fusiepartner.

15.11 De financiële impact van het herstelplan is eind 2009 duidelijk zichtbaar: het resultaat van de Pasana Groep is positief (EUR 1,5 miljoen[16]) en de solvabiliteitsratio gestegen tot 10%.

[16] Waarbij geldt dat een aanzienlijk deel van de kosten, EUR 2 miljoen, bestond uit rente- en bankkosten vanwege de hoge schuldenlast.

16 2010: verder bouwen aan toekomst, fusieonderhandelingen, liquiditeit onder controle, positief resultaat, solvabiliteit stabiel

16.1 Betrokkenen slagen erin een langlopende financiering bij ING aan te trekken voor de verbouwing. Dat deze voor een lager bedrag is dan (in 2004) voorzien, is een gevolg van de kredietcrisis en de voorzichtigheid van de banken als gevolg daarvan.[17]

16.2 Begin 2010 betaalt de Pasana Groep de overbruggingsfinanciering ad EUR 2,5 miljoen volledig aan DFZ terug. De toehoorder van DFZ (de heer Adema) wordt op verzoek van Betrokkenen vast RvT-lid, vooral gezien zijn ruime ervaring met fusies en overnames, één van de meest belangrijke onderwerpen op de RvT-agenda in 2010.

16.3 De RvT wordt verder versterkt met de heer Ter Haar vanwege diens medische expertise.

16.4 De RvT stelt dit jaar een audit- en een renumeratiecommissie in. De auditcommissie bestaat uit een RvT-lid, een RvB-lid en de financieel manager en komt maandelijks en voorafgaand aan RvT-vergaderingen bijeen om de financiële ontwikkelingen bij en positie van de Pasana Groep gestructureerd te monitoren. Zo bereiden zij de bespreking daarvan in de RvT-vergadering voor. De renumeratiecommissie bestaat uit twee RvT-leden en bespreekt met de RvB de jaarlijks te behalen doelstellingen, zijn functioneren en beloning.

N.B. De opmerking op blz. 26 van het Conceptverslag: *"Met uitzondering van de reguliere financiële rapportage en de monitoring van het herstelplan in de periode 2009 tot april 2010 blijkt uit de stukken van de RvT geen gestructureerde monitoring"*, is hiermee tenminste onvolledig en daarmee onjuist.

16.5 De liquiditeitsplanning heeft op (vrijwel) alle bijeenkomsten van de RvB, RvT en auditcommissie hoge prioriteit, omdat deze krap blijft. Zo stelt de auditcommissie gedetailleerde weekplanningen op om met de RvB de liquiditeit te monitoren en te sturen.[18] Op basis van deze strakke monitoring is het Betrokkenen duidelijk dat:

16.5.1 de kosten te hoog zijn; in het bijzonder de personeels-, en de patiëntgebonden kosten. Dat komt mede omdat het aantal personeelsleden al relatief laag is en voor het realiseren van de gestelde doelen voldoende personeel nodig is;

16.5.2 een investeringsstop nodig is; opdat het investeringsniveau onder het niveau van de afschrijvingen blijft en de liquiditeit beheersbaar; en

16.5.3 (in september) het begrote positieve resultaat in 2010 niet zal worden gerealiseerd, Betrokkenen verwachten nu een negatief resultaat van EUR 1 miljoen.

---

[17] EUR 3,5 miljoen in plaats van EUR 8,5 miljoen.
[18] Ibid.

16.6 De liquiditeitskrapte wordt mede veroorzaakt door DFZ. Zij loopt ten opzichte van De Pasana Groep – zonder aanwijsbare reden en anders dan bij andere zorginstellingen – achter met betaling van de bevoorschotting van circa EUR 3 miljoen.

16.7 Omdat het Betrokkenen op basis van hun strakke monitoring duidelijk is de begroting voor 2010 niet gerealiseerd zal worden, stelt de RvB in opdracht van de RvT het herstelplan bij, in de vorm van een actielijst aan de hand waarvan een verlies moet worden voorkomen.

16.8 Indachtig het in 2009 ontstane besef dat De Sionsberg te klein is om zelfstandig voort te bestaan geven Betrokkenen PwC de opdracht mogelijke (samen)werk(ings)vormen te onderzoeken. Het verkennend onderzoek van PwC resulteert in een advies voor Nij Smellinghe.[19]

N.B. De conclusie op blz. 6 van het Conceptverslag: *"Het samengaan van Pasana en Nij Smellinghe is door de omstandigheden bepaald"* is onjuist. De beslissing is gebaseerd op onderzoek van PwC naar de meest optimale samenwerkingsvorm- en partner, zowel wat deskundigheid als financiële positie betreft.[20]

16.9 Tijdens de RvT vergadering van 18 maart stemt de RvT in met het RvB-besluit de samenwerkingsmogelijkheden met Nij Smellinghe nader te onderzoeken.

16.10 De eerste contacten met Nij Smellinghe verlopen goed, ook zij ziet voordelen – een win-win situatie – in een nauwe samenwerking c.q. fusie. In 2010 starten de onderhandelingen over een mogelijke samenwerking.

N.B. De opmerking op blz. 6: *"Begin 2011 nemen de contacten serieuze vormen aan"*, is niet juist.

16.11 Betrokkenen besluiten deze mogelijkheid eerst te verkennen en houden de MCL-optie achter de hand; zij maken daar op dat moment geen werk van zonder deze mogelijkheid al 'af te schrijven'.

N.B. De opmerking op blz. 6 van het Conceptverslag: *"(...) Opvallend is dat de RvT alle opties wil openhouden (...) en niet in staat is om een keuze te maken"*, is niet juist. Betrokkenen hebben een keuze gemaakt voor Nij Smellinghe en besloten eerst uitsluitend die optie te verkennen. Overigens volgt daarna de opmerking: *"Men kiest voor Nij Smellinghe"*. Zo spreekt u uzelf tegen.

16.12 Betrokkenen verliezen de kwaliteit van de door de Pasana Groep geleverde zorg uiteraard niet uit het oog. Dit onderwerp komt elke RvT vergadering aan de orde.[21]

---

[19] Ook Medisch Centrum Leeuwarden ("**MCL**") wordt als te onderzoeken mogelijkheid genoemd, vanwege de mogelijkheden gezamenlijk de ouderenzorg te verbeteren en thuiszorg te bieden. De eindconclusie van PwC is dat een samenwerking met Nij Smellinghe meer voordelen biedt dan met MCL.
[20] En medisch inhoudelijk tevens op een onderzoek van HCSG, zie paragraaf 17.20 hierna.
[21] Dat is niet steeds in de verslagen vastgelegd, aangezien dit vaak aan de orde kwam tijdens de rondvraag of zelfs na de vergadering op informele wijze.

16.13 De verhouding tussen de RvT en de RvB is goed, zoals ook tijdens RvT vergaderingen van 10 september en 16 december uitdrukkelijk aan de orde komt. De RvT complimenteert de RvB met de verbeterde informatieverstrekking en interne kostenbeheersing.

16.14 De verhouding met (interne en externe) stakeholders is nog steeds goed:

16.14.1 de kwaliteit van de verleende zorg is op niveau. Het jaarlijkse gesprek met de IGZ, bij haar op kantoor in Zwolle, levert een positief oordeel op over de kwaliteit van de door De Sionsberg geleverde zorg. De IGZ merkt zelfs op dat deze boven het landelijk gemiddelde ligt en merkt op dat dit opmerkelijk is, gezien de geringe omvang van De Sionsberg, waarmee de IGZ erkent dat die geringe omvang het halen van de kwaliteitsnormen bemoeilijkt. Tijdens dit gesprek complimenteert ook de bestuursvoorzitter van DFZ (mevrouw Monissen) De Sionsberg met de hoge kwaliteit van de geleverde zorg;

16.14.2 de relatie tussen Betrokkenen en de medische staf is ten opzichte van 2008 en 2009, verder verbeterd. De medische staf van De Siobsberg staat positief tegenover een nauwe samenwerking c.q. fusie met Nij Smellinghe. Een kleine groep medisch specialisten die al bij MCL werkte stond een fusie met MCL voor, zij waren (logischerwijs) bang de omzet die zij behaalden bij MCL, te verliezen aan medisch specialisten van Nij Smellinghe;

16.14.3 de OR en de CCR van De Sionsberg staan ook positief tegenover een nauwe samenwerking c.q. fusie met Nij Smellinghe; en

16.14.4 cliënten laten in het cliëntentevredenheidsonderzoek weten dat zij tevreden zijn over de dienstverlening van de Pasana Groep.

16.15 De *care* tak behaalt positieve resultaten. Gezien de beperkte financiële middelen en omvang van De Sionsberg besturen Betrokkenen de Pasana Groep als geheel (zie ook paragraaf 13.6).

16.16 Het geactualiseerde herstelplan/het actieplan heeft gewerkt: het resultaat van de Pasana Groep is positief, de liquiditeit door voortdurende aandacht beheersbaar en de solvabiliteit stabiel op 10%.

17 2011: verscherpt toezicht; als gevolg daarvan andere onverwachte (financiële) tegenvallers

17.1 Begin 2011 kondigt de Minister van VWS aan een korting op de budgetten van de Nederlandse ziekenhuizen toe te passen van 3%. Dat was onvoorzien en noodzaakt Betrokkenen de begroting voor 2011 aan te passen. De liquiditeit en het resultaat komen zo nog meer onder druk komt te staan.

17.2 DFZ loopt nog steeds – zonder aanwijsbare reden en anders dan bij andere ziekenhuizen – achter met betaling van de bevoorschotting. Betrokkenen vinden huisbankier ING bereid voor een deel van het ontstane liquiditeitstekort, een overbruggingsfinanciering te verstrekken, ter voorkoming van dreigende liquiditeitsproblemen later dat jaar. Dit brengt extra kosten met zich.

17.3 Op 25 mei brengt de IGZ een onaangekondigd bezoek aan de vakgroep cardiologie van De Sionsberg. Dat doet de IGZ op verzoek van de visitatiecommissie van de NVVC. Die commissie had eerder een rapport uitgebracht waarin onderlinge conflicten tussen cardiologen van De Sionsberg als probleem waren gesignaleerd.

17.4 Betrokkenen zijn niet bekend met die uitnodiging en het bezoek.[22]

17.5 Naar aanleiding van het rapport van de NVVC, plaatst de IGZ de klinische cardiologie afdeling op 27 mei onder verscherpt toezicht en sluit zij de afdeling.

17.6 Betrokkenen worden door dit besluit verrast, omdat:

17.6.1 zij niet op de hoogte zijn gebracht van het rapport van de visitatiecommissie; en

17.6.2 zij geen enkele aanleiding hebben om te vermoeden dat de kwaliteit van de zorg onvoldoende was, gelet op de positieve beoordeling daarvan door de IGZ elk jaar opnieuw, hetgeen ook weer het geval was in 2010, toen de IGZ zelfs opmerkte dat de kwaliteit boven het landelijk gemiddelde lag en dat voor het kleinste ziekenhuis van Nederland (zie paragraaf 16.14.1).[23]

17.7 Het opheffen van het verscherpt toezicht krijgt de hoogste prioriteit van Betrokkenen, onder meer omdat (i) zij de inkomsten van de afdeling klinische cardiologie (circa EUR 3 miljoen per jaar) missen vanwege de sluiting, hetgeen zwaar drukt op de begroting en (ii) de ondertoezichtstelling veel media aandacht krijgt en dit resulteert in lagere patiëntaantallen, wat eveneens leidt tot een omzetdaling.

17.8 In opdracht van de IGZ stellen Betrokkenen direct een verbeterplan op, waarin zij uiteenzetten hoe de 8 door de IGZ aan de orde gestelde punten zouden worden aangepakt.

17.9 Steeds als Betrokkenen overleg voeren met de IGZ, blijkt hen dat de IGZ kort daaraan voorafgaand overleg heeft gevoerd met DFZ. De eisen lijken te zijn opgesteld door de IGZ en DFZ gezamenlijk.

17.10 Binnen afzienbare tijd zijn 6 van de 8 punten uit het verbeterplan gereed, beantwoord en opgelost, ook naar het oordeel van de NVVC.

---

[22] Dat is een gevolg van het feit dat een visitatie(bezoek), een aangelegenheid is tussen de visitatiecommissie en de IGZ. Overigens bracht de IGZ De Sionsberg op 17 januari ook een onaangekondigd bezoek aan de Acute Zorgpost van De Sionsberg. Tot kort daarvoor was dat de afdeling spoedeisende hulp ("**SEH**"). De IGZ toetst toch of de afdeling voldoet aan de eisen van een SEH en constateert – logischerwijs – dat dit niet het geval is. Wel voldoet deze aan de eisen van een Acute Zorgpost.

[23] Op blz. 42 van het Conceptverslag wordt uitsluitend opgemerkt *"dat zowel de RvB als de RvT volstrekt overvallen is door de ondertoezichtstelling van de IGZ"*, dat is gezien de hier beschreven omstandigheden onvolledig. Er zijn logische omstandigheden die maakten dat Betrokkenen dit besluit niet hadden zien aankomen, zoals de jaar op jaar positieve oordelen van diezelfde IGZ over de – goede – kwaliteit van de zorg.

17.11 Gelet op deze voortgang verwachten Betrokkenen dat de IGZ het verscherpt toezicht binnen afzienbare termijn opheft.[24] Met het oog daarop investeert de Pasana Groep in het op peil brengen van de vakgroep cardiologie, onder meer door het aantrekken van een nieuwe cardioloog.

17.12 Toch heft de IGZ het verscherpt toezicht niet op, zoals Betrokkenen verwachten. In plaats daarvan stelt de IGZ, in samenspraak met DFZ, steeds nieuwe eisen.

17.13 Uit de nieuwe eisen blijkt Betrokkenen dat:

17.13.1 de IGZ het toezicht naar het hele ziekenhuis heeft uitgebreid, ondanks het positieve oordeel over de kwaliteit van de verleende zorg; en

17.13.2 de reden voor het niet opheffen van het verscherpt toezicht van financiële aard is en niets te maken heeft met de kwaliteit van de zorg en de patiënt veiligheid.

N.B. De conclusie op blz. 5 van het Conceptverslag: *"Bestuur en toezichthouders hebben onvoldoende aandacht gehad voor de kwaliteit van de zorg, dit heeft geleid tot een langdurige periode van verscherpt toezicht door IGZ"*, is aldus niet juist.

17.14 Eén van de nieuwe voorwaarden die de IGZ – in samenspraak met DFZ – stelt, is dat een financieel haalbaar zorgbeleidsplan wordt opgesteld.

17.15 De persoon die IGZ dit zorgbeleidsplan wil laten schrijven (de heer Homan), geeft na ampele overweging aan de opdracht niet te kunnen vervullen. Kostbare tijd verstrijkt.

17.16 In opdracht van de Pasana Groep, maar (mede) op kosten van DFZ, krijgt KPMG opdracht kaders vast te stellen *"waarbinnen Pasana zelf verder een zorgconcept (beleidsplan)"*[25] zou uitwerken. Dat rapport brengt zij in november uit (fase 1 en 2). In dit rapport concludeert KPMG Plexus o.m. dat de continuïteit van de Pasana Groep financieel gezien is gegarandeerd tot en met 2012.

17.17 DFZ was door informeel en intensief contact met de onderzoeksleider bij KPMG-Plexus nauw betrokken bij de totstandkoming en inhoud van deze rapporten.

N.B. In het Conceptrapport (blz. 5) wordt – ten onrechte – de suggestie gewerkt dat de vertraging te wijten is aan Betrokkenen: *"DFZ en IGZ eisen, alvorens het verscherpt toezicht kan worden opgeheven, dat er een financieel haalbaar zorgbeleidsplan tot stand komt. Eind december 2011 is dit plan nog steeds niet gereed"*.

17.18 Op aandringen van de IGZ en DFZ stemt de heer Meijer (destijds directeur van Nij Smellinghe) in dit zorgbeleidsplan op te stellen.[26] Onder grote tijdsdruk gaat hij hiermee aan de slag.

---

[24] Het Maasziekenhuis stond gelijktijdig onder verscherpt toezicht van de IGZ. Daar was het overlijden van drie patiënten de aanleiding voor. En toch werd het verscherpt toezicht daar binnen 3 maanden opgeheven.
[25] Blz. 1 KPMG Plexus rapport fase 3, 24 januari 2012, bijlage 4 Conceptrapport.
[26] Om discussie in de toekomst te voorkomen stelt de heer Meijer de voorwaarde dat het zorgbeleidsplan ook doorgerekend wordt door KPMG Plexus en DFZ.

17.19 Het verscherpt toezicht duurt in 2011 voort. Met alle (negatieve) gevolgen van dien (zie nader paragraaf 18.1).

17.20 De onderhandelingen met Nij Smellinghe liepen tot mei door en in april had de Pasana Groep de Health Care Strategy Group ("**HCSG**") opdracht gegeven te onderzoeken wat de medische meerwaarde van een fusie met Nij Smellinghe zou zijn. De conclusie van HSCG in juli is dat die fusie op medisch vlak voordelen biedt. Nij Smellinghe komt medio 2011 met nieuwe onderhandelingseisen. Vanwege de enorme impact van het IGZ toezicht en de focus van Betrokkenen op opheffing daarvan, besluiten Betrokkenen de onderhandelingen tijdelijk te stoppen; zij kunnen daaraan onvoldoende prioriteit geven.

N.B. De stelling in het Conceptverslag op blz. 5 en 46: *"In dit traject ontstaan spanningen. Pasana acht zich, gerekend naar omzet en personeelsomvang, gelijkwaardig aan Nij Smellinghe. Nij Smellinghe ziet dat anders. (...) Deze spanningen leiden er toe dat Pasana op 3 augustus 2011 besluit de fusiebesprekingen voor in elk geval een half jaar on hold te zetten"*, is hiermee niet juist.

17.21 De bestuursvoorzitter van DFZ uit in deze periode publiekelijk kritiek op de bestuursvoorzitter van de Pasana Groep (de heer Krappel). Zij stuurt zelfs aan op benoeming van een interim-bestuurder.[27]

17.22 De bestuursvoorzitter heeft hierdoor intern (veel) minder invloed. Deze handelwijze van DFZ beschadigt het externe vertrouwen in de bestuursvoorzitter.

17.23 Betrokkenen stellen tijdelijk een gedelegeerd commissariaat in – ook als extern signaal van steun aan de bestuursvoorzitter – bestaande uit twee RvT-leden. Dit commissariaat was voortdurend beschikbaar als klankbord voor de bestuurder, bereidde strategisch overleg samen hem voor en waren naast hem aanwezig bij (externe) overleggen.

17.24 Ondanks het verscherpt toezicht en de onrust die DFZ veroorzaakte, is de externe roep om het handhaven van een zelfstandig ziekenhuis in Dokkum erg groot:

17.24.1 omwonenden, bedrijven, kerken, leden van de lokale politiek verenigen zich in de actiegroep 'Red de Sionsberg', die lobbyt en actievoert voor behoud van De Sionsberg als ziekenhuis en behoud van alle functies (dus ook klinische cardiologie, ook omdat de Pasana Groep een van de grootste werkgevers in de regio is); en

17.24.2 ook de lokale politiek bemoeit zich met De Sionsberg en oefent druk uit om het ziekenhuis te handhaven.

17.25 In de landelijke politiek krijgt het verscherpt toezicht ook aandacht; er worden Kamervragen gesteld over het financiële, in plaats van medische motief van de IGZ.

---

[27] De door haar beoogde kandidaat bedankt hiervoor. Los daarvan ziet de RvT niets in een interim-bestuurder met als taak het doen opheffen van het verscherpt toezicht, naast het zittende bestuur. De OR van de Pasana Groep uit zich daar nog feller tegen.

17.26 Door het verscherpt toezicht is de (externe en interne) onrust bij de Pasana Groep groot.

17.27 Eind 2011 besluiten Betrokkenen dat de heer Krappel als bestuurder aftreedt. Gezien de ontstane onrust en in verband met de aanstaande fusie met Nij Smellinghe verkiezen zij de benoeming van een nieuwe bestuursvoorzitter.

17.28 De verhouding met (interne en externe) stakeholders verandert als gevolg van al de ondertoezichtstelling ten opzichte van 2010:

17.28.1 de openlijke kritiek van DFZ op de bestuursvoorzitter van de Pasana Groep komt de verhouding vanzelfsprekend niet ten goede;

17.28.2 de lange ondertoezichtstelling, steeds nieuwe voorwaarden voor opheffing (in nauw overleg met DFZ), terwijl het oordeel over de zorgkwaliteit positief is, verandert de verhouding tussen de Pasana Groep en de IGZ;

17.28.3 de overgrote meerderheid van de medische staf staat nog steeds positief tegenover de samenwerking met Nij Smellinghe. Alleen de specialisten van de vakgroep cardiologie werken niet mee en het blijkt Betrokkenen dat zij bewust informatie achterhouden voor hen;

17.28.4 ondanks de publiekelijke roep om behoud van De Sionsberg (zie paragraaf 17.24), blijven patiënten weg; en

17.28.5 dit alles leidt ertoe dat ING de rekening-courant verhouding met de Pasana Groep onaangekondigd opzegt. De gevolgen daarvan zijn relatief beperkt, omdat slechts EUR 2 miljoen van de EUR 8,5 miljoen hiervan was opgenomen, onder het strakke liquiditeitsbeleid van Betrokkenen.

17.29 Het verscherpt toezicht heeft niet alleen een omzetdaling tot gevolg vanwege sluiting van de klinische cardiologieafdeling en de lagere instroom van patiënten, maar brengt ook aanzienlijke extra kosten met zich; de te nemen maatregelen kosten de Pasana Groep circa EUR 3 miljoen extra, bovenop de reguliere bedrijfskosten. De Sionsberg lijdt een verlies van EUR 5,3 miljoen. De *care* tak maakt een winst van EUR 0,8 miljoen. De solvabiliteit daalt tot 5%.

18 Terugkijkend: verscherpt toezicht IGZ

18.1 Het verscherpt toezicht heeft een enorme negatieve impact op De Sionsberg en daarmee op de Pasana Groep gehad:

18.1.1 het realiseren van de plannen in opdracht van de IGZ en DFZ brengt voor miljoenen aan onvoorziene kosten met zich;

18.1.2 tegelijkertijd is sprake van een structurele vermindering van het aantal patiënten bij De Sionsberg (die uitwijken naar MCL en Nij Smellinghe) en daarmee van omzet;

18.1.3 zowel patiënten als huisartsen verliezen vertrouwen in De Sionsberg;

18.1.4 het verscherpt toezicht krijgt veel (negatieve) media aandacht;

18.1.5 het (tijdelijk) staken van de onderhandelingen met Nij Smellinghe; en

18.1.6 het door ING opzeggen van het rekening krediet.

18.2 Terugkijkend kunnen Betrokkenen het volgende vaststellen:

18.2.1 ondanks dat de IGZ (i) toezicht houdt op de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid, (ii) sinds jaar en dag positief oordeelde over de kwaliteit van de bij De Sionsberg geleverde zorg, (iii) oordeelde dat bij De Sionsberg in 2011 geen patiënten in gevaar zijn geweest, en (iv) de verbeterpunten bij de afdeling klinische cardiologie binnen afzienbare tijd waren opgelost, bleef zij het verscherpt toezicht verlengen;

18.2.2 sterker, niet alleen verbreedde de IGZ het verscherpt toezicht plotseling naar het gehele ziekenhuis, zij kwam steeds met nieuwe eisen van financiële aard (een financieel haalbaar beleidsplan), in plaats van op het gebied van patiëntveiligheid;

18.2.3 de aard van die eisen is ongebruikelijk gezien de taak van de IGZ en die eisen stelde zij in ongebruikelijk nauwe samenspraak met DFZ;

18.2.4 zo ongebruikelijk zelfs, dat Tweede Kamerleden (van de SP en het CDA), Kamervragen stelden aan de Minister van VWS naar aanleiding van *"de ongebruikelijk nauwe banden"* en *"mogelijke belangenverstrengeling"*, tussen beide organisaties. Zij tevens de onafhankelijkheid van de IGZ in twijfel trekken: *"Deelt u de constatering dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet onafhankelijk heeft opgetreden, maar zich heeft laten leiden door de belangen van zorgverzekeraar Achmea/ De Friesland zorgverzekeraar?"* en het feit dat de IGZ verscherpt toezicht handhaafde, uitsluitend vanwege financiële redenen aan de kaak stelde: *"Hoe verhoudt de bevinding dat niet kwaliteits- maar financiële argumenten doorslaggevend waren zich tot uw antwoord op eerdere vragen waarin u stelt dat de IGZ heeft gehandeld in het belang van verantwoorde zorg voor de patiënt?"*.[28] Ook uit het onderzoek van de gemeente Dongeradeel naar de ondertoezichtstelling en sluiting van de klinische cardiologieafdeling blijkt dat er geen kwaliteitsproblemen waren: *"De korte termijnen en strakke deadlines die de IGZ stelde, moeten naar ieders beleven ook met acute kwaliteitsproblemen van doen hebben. Maar er zijn geen tekortkomingen in de kwaliteit van de zorg geconstateerd en er was geen reden op kwaliteitsgebied om acuut de klinische verloskunde te beëindigen. Het wordt verantwoord gevonden patiënten daar te behandelen tot mei 2013"*[29];

18.2.5 mede gezien de, altijd, grote media aandacht van een onder verscherpt toezichtstelling door de IGZ, zeker als een afdeling wordt gesloten, heeft dit altijd een zware, negatieve impact op de (de patiëntaantallen en dus de omzet) van een zorginstelling; en

18.2.6 het verscherpt toezicht gedurende 6 maanden lijkt, gezien de lange duur en opgelegde maatregelen, een beslissing met politieke motieven. De negatieve impact hiervan voor De Sionsberg paste binnen Friesland Voorop, waarbinnen voor een klein ziekenhuis als De Sionsberg geen ruimte was.

---

[28] Kamerstukken Tweede Kamer 2012-2013, 238 (aanhangsel handelingen).
[29] Eiland op de wal, onderzoek in opdracht van de gemeente Dongeradeel. R. Bon, 2012.

19 2012: perspectief door einde verscherpt toezicht, fusie, nieuw profiel en reorganisatie

19.1 In januari rondt Herpositioneringsplan De Sionsberg af ("**Herpositioneringsplan**"). Samengevat houdt dit plan in:

19.1.1 reductie van 138 bedden tot 65 bedden;
19.1.2 personeelsreductie van 300 naar 180/200 formatieplaatsen (94 Fte);
19.1.3 afschaffen beschikbaarheidstoeslag medische staf (EUR 700.000,-);
19.1.4 productieafname van 10%;
19.1.5 verschuiving van een deel van de productie van De Sionsberg naar Nij Smellinghe (EUR 2,5/3 miljoen);
19.1.6 handhaving klinische geboortezorg bij De Sionsberg totdat DFZ een deugdelijk vervangend plan zou hebben, daarna sluiting;
19.1.7 sluiting 24x7 OK zorg en fysiotherapie bij De Sionsberg;
19.1.8 heropenen klinische cardiologie in 2014; en
19.1.9 fusie met Nij Smellinghe.

19.2 IGZ, DFZ en de medische staven van De Sionsberg en Nij Smellinghe zijn nauw betrokken bij de totstandkoming van het Herpositioneringsplan, ook omdat het slagen van het plan deels van deze stakeholders afhankelijk is:

19.2.1 zo wordt met de IGZ o.a. de uitbetaling van de kleinschaligheidstoeslag ten behoeve van de reorganisatiekosten besproken;
19.2.2 bij DFZ vormen productieaannames en afspraken over productieomvang voorwerp van gesprek. DFZ weet dat het tijdelijk openhouden van de geboortezorg bij De Sionsberg, in afwachting van een reëel plan van DFZ een jaarlijks verlies met zich brengt van EUR 700.000,-;
19.2.3 bij DFZ is eveneens bekend dat de leegstaande delen van het ziekenhuis versneld moeten worden afgeschreven;
19.2.4 de bestuursvoorzitter van de Pasana Groep en de medische staf van De Sionsberg zijn in de weekenden betrokken bij het opstellen van het plan;
19.2.5 aan de medische staf in loondienst van De Sionsberg houdt Meijer voor dat de toeslagen die zij ontvangen als zij dienst hebben, financieel niet meer houdbaar zijn. De medische staf gaat akkoord met het inleveren van deze toeslagen tot een bedrag van ca. EUR 750.000,-;[30]
19.2.6 Meijer informeert ook de Medische staf van Nij Smellinghe over het plan en zij toont zich tot integratie met de medische staf van De Sionsberg bereid.

19.3 Zowel de RvB en RvT van de Pasana Groep, als met de RvB en RvT en Nij Smellinghe stemmen met het Herpositioneringsplan in.

19.4 Conform de voorwaarde van Meijer, is het Herpositioneringsplan ter toetsing op haalbaarheid voorgelegd aan KPMG Plexus (fase 3).[31] De overkoepelende conclusie van KPMG Plexus was dat het ambitieus, maar wel haalbaar was:

[30] De medische staf komt deze afspraak niet na, zoals later blijkt, zie hierna. De afspraak is wel waar Betrokkenen mee rekenen.
[31] Bijlage 4 bij het Conceptrapport.

"Op basis van de huidige business case en de berekende resultaatverwachting voor de aankomende jaren is realisatie zeer uitdagend maar niet onmogelijk"[32]
"Gezien de omvang en kwetsbaarheid is het in onze ogen wenselijk intensief te kijken naar integratie met een ander ziekenhuis in de regio van Dokkum."[33]
"Uit de business case valt niet te herleiden of DFZ de met de opbrengsten gepaard gaande zorg zal inkopen bij de Sionsberg. Dit is een essentiële voorwaarde voor de realiseerbaarheid van de verantwoorde opbrengsten voor de aankomende jaren."[34]

19.5 Daarna presenteren de voorzitters RvB en RvT van de Pasana Groep, gezamenlijk met (de bestuursvoorzitter van) DFZ, het Herpositioneringsplan aan de IGZ. DFZ geeft daarbij uitdrukkelijk aan het Herpositioneringsplan te onderschrijven en dat het moet worden gerealiseerd.

19.6 De IGZ stemt eveneens in met het Herpositioneringsplan en heft op basis daarvan het verscherpt toezicht op.

N.B. De stelling op blz. 8 Conceptverslag: *"Door het opheffen van de onder toezichtstelling en het maken van financierings- en inkoopafspraken geven IGZ en DFZ impliciet hun akkoord aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg"*, is niet juist; zij stemmen expliciet in met het Herpositioneringsplan.

19.7 Begin 2012 is bekend dat Meijer zal aftreden als bestuursvoorzitter van Nij Smellinghe. Al voor diens benoeming bespreekt Meijer het Herpositioneringsplan met zijn opvolger (de heer Littooij) om te bezien of hij dit onderschrift. Ook Littooij onderschrijft het Herpositioneringsplan.

19.8 Met de opheffing van het verscherpt toezicht kunnen Betrokkenen de blik begin 2012 weer op de toekomst richten. Zij hervatten direct de fusieonderhandelingen met Nij Smellinghe.

19.9 Betrokkenen vinden de ING bereid het rekening courant limiet van de Pasana Groep weer open te stellen voor de duur van de onderhandelingen, tot EUR 3 miljoen. Dat is gezien de nog steeds krappe liquiditeit bij de Pasana Groep ook noodzakelijk.

19.10 Al op 5 maart ondertekenen Nij Smellinghe en de Pasana Groep het voorlopig fusiedocument.[35] Voorwaarden voor het slagen van de fusie daarin zijn onder meer:

19.10.1 de toezegging van DFZ dat zij de bevoorschotting continueert op het niveau van 2011;

19.10.2 dat DFZ met De Sionsberg productieafspraken maakt, gebaseerd op het Herpositioneringsplan; en

19.10.3 dat DFZ met het Ministerie VWS afspreekt dat De Sionsberg in 2013 de volledige beschikbaarheidstoeslag ontvangt.

[32] Blz. 20 Fase 3 rapport KPMG Plexus, bijlage 4 bij het Conceptrapport.
[33] Blz. 13 Fase 3 rapport KPMG Plexus, bijlage 4 bij het Conceptrapport.
[34] Blz. 17 Fase 3 rapport KPMG Plexus, bijlage 4 bij het Conceptrapport.
[35] Bijlage 5 bij het Conceptrapport.

19.11 De directeur ziekenhuizen van DFZ (Brenda Mark-van Haarst) zegt begin maart (mondeling) aan Betrokkenen toe dat DFZ al deze punten zal nakomen.

N.B. De stelling op blz. 7 van het Conceptverslag in dit verband: *"DFZ gaat niet of zeer beperkt op deze voorwaarden in"*, is onvolledig en daarmee onjuist.

19.12 Eind maart draait de bestuursvoorzitter van DFZ die afspraken echter deels weer terug.[36]

19.13 Nij Smellinghe en DFZ stellen in het kader van de aanstaande fusie o.a. als voorwaarde dat een interim-bestuurder wordt benoemd die het Herpositioneringsplan zal realiseren. Die opdracht krijgt de heer Wagenaar.[37] Na goedkeuring door en in voortdurend overleg met de RvT van de Pasana Groep zet de interim-bestuurder het in het Herpositioneringsplan vormgegeven reorganisatietraject op en voert hij dit in de periode maart t/m september zoveel mogelijk uit:

19.13.1 er vindt een aanzienlijke personeelsreductie plaats. Het reorganisatieplan geeft per leeftijdscategorie aan welke personen op basis van het *last in first out* principe zouden moeten opstappen, met een uitsplitsing naar gedwongen ontslagen (in totaal 94 Fte);

19.13.2 in september bereikt de Pasana Groep ter zake een akkoord met de vakbonden;

N.B. Dat maakt de conclusie op blz. 8 en 65 Conceptverslag: *"Voor de uitvoering van de reorganisatie is 2012 een verloren jaar"*, onjuist.

19.13.3 op termijn staking van 24x7 OK zorg, klinische geboortezorg en fysiotherapie bij De Sionsberg. Voor klinische geboortezorg was dat pas mogelijk nadat DFZ hiervoor reëel alternatief zou hebben gevonden.

19.14 In deze fase – terugkijkend de laatste fase voor de fusie – hebben de Pasana Groep en Nij Smellinghe veel informeel contact. Beide raden van toezicht zijn steeds op de hoogte van de voortgang en hebben vertrouwen in het slagen van de fusie(plannen). Mede ingegeven door praktische motieven, wordt niet al het contact formeel in verslagen vastgelegd.[38]

N.B. De stellingen op blz. 8 van het Conceptverslag dat *"de RvT van Pasana tussen maart en oktober 2012 niet meer actief betrokken was bij de implementatie van de reorganisatie en dat de RvB zich wel inspande, maar zich in hoofdzaak met de bestuurlijke fusie bezighield"*, zijn niet juist.

19.15 Op 3 oktober wordt de bestuurlijke fusie gerealiseerd. Sindsdien worden de Pasana Groep en Nij Smellinghe (via de Combinatieholding) door één RvB bestuurd en is er één RvT, bestuursvoorzitter is de heer Littooij.

---

[36] In de brief van 29 maart 2012, bijlage 6 bij het Conceptverslag.
[37] De opdracht van Wagenaar was o.a. Leidinggeven aan het reorganisatieproces om te komen tot een situatie als beschreven in Herpositionering, samen met de per 1 mei 2012 aantredende bestuursvoorzitter van Nij Smellinghe. De heer Wagenaar rapporteerde zowel aan de Pasana Groep als aan Nij Smellinghe. De opdrachtomschrijving op blz. 57 van het Conceptverslag is hiermee niet volledig.
[38] Dat kan een verklaring zijn voor de conclusies in het Conceptrapport dat de RvT van de Pasana Groep in deze periode niet meer actief betrokken was bij de implementatie van de reorganisatie (zie ook paragraaf 2.7 hiervoor).

19.16 De Combinatieholding stelt de heer Jelle Nutma aan als directeur zorg van De Sionsberg. Samen met de stafvoorzitter (de heer Mollers) zet hij periodiek overleg met de huisartsen in het adherentiegebied van De Sionsberg op en zij beginnen met het bezoeken van alle huisartsen in die regio. De huisartsen spreken zich uit voor behoud van De Sionsberg met klinische voorzieningen en zegden toe patiënten door te verwijzen naar De Sionsberg.

19.17 Betrokkenen starten direct met het verwezenlijken van integratie van de medische staven. Zij weten dat dit een meerjarig proces is. Zeker gezien de specifieke situatie, met vrijgevestigde artsen van Nij Smellinghe en de artsen van De Sionsberg (de Pasana Groep), waarvan een deel vrijgevestigd is, een deel in loondienst bij de Pasana Groep en een deel in loondienst is van MCL, maar de werkzaamheden uitoefent bij De Sionsberg. Betrokkenen geven integratie prioriteit met de volgende acties:

19.17.1 belangrijk onderdeel van de taken van de directeur zorg van De Sionsberg (Nutma) is het aanpakken van de medisch inhoudelijke punten van de fusie en het integreren van de medische staven;

19.17.2 ter ondersteuning van Nutma op medisch inhoudelijk gebied, wordt dr. Anne van der Heijden benoemd. Hij is crisismanager[39] en krijgt de functie van projectdirecteur, met als enige opdracht het klaarstomen van de medische staven voor integratie;

19.17.3 de Combinatieholding start de projectgroep Integratie, waarbinnen medische integratie één van de deelprojecten is. Die projectgroep geeft stafvoorzitter van Nij Smellinghe (dr. Marijke Lobbes) opdracht te komen tot een gemeenschappelijk, geïntegreerd stafbestuur voor De Sionsberg en Nij Smellinghe; per 1 december heeft de Combinatieholding één medisch stafbestuur, actief bij beide ziekenhuizen; en

19.17.4 voor de integratie van de cardiologieafdelingen wordt via HCSG een extern cardioloog aangetrokken.

N.B. De stellingen c.q. conclusies (op blz. 8): *"De medische staven van De Sionsberg en Nij Smellinghe maken in 2012 is een voorzichtig begin met kennismaking en oriëntatie. (…) Op integratie van de staven heeft geen sturing of toezicht plaatsgevonden"* (en op blz. 9) van het Conceptverslag: *"voor de RvT is het geen onderwerp, dat structureel op de agenda staat"*, zijn aldus ten onrechte en onjuist (zie ook paragraaf 20 hierna).

19.18 Wel leidt (aanstaande) sluiting van bepaalde afdelingen van De Sionsberg tot zwaardere druk van buitenaf:

19.18.1 actiegroep Red de Sionsberg blijft in 2012 actievoeren voor behoud van De Sionsberg als ziekenhuis met alle functies. Inspanningen en informatie over de positie van De Sionsberg door Betrokken leiden ertoe dat de actiegroep zich eind 2012 neerlegt bij de sluiting van verschillende afdelingen. Wel blijft de groep zich inzetten voor behoud van een ziekenhuis in Dokkum;

[39] Van der Heijden is werkzaam bij BMC (onderdeel van Yacht), een adviesbureau gespecialiseerd in de (semi-)overheidssector.

19.18.2 datzelfde geldt voor het college van B&W van de gemeente Dongeradeel, zij zien in dat De Sionsberg niet met behoud van alle functies zelfstandig kan blijven voortbestaan;

19.18.3 toch start de gemeenteraad van de gemeente Dongeradeel in september een onderzoek naar de oorzaken van sluiting van bepaalde afdelingen van De Sionsberg en de daarvoor verantwoordelijke partij(en) c.q. personen. Aanleiding voor het onderzoek is onrust onder de bevolking. Waar het college van B&W, dat Betrokkenen van elke stap in het fusietraject op de hoogte hebben gehouden, begrip toont voor de situatie van de Pasana Groep, heeft het college dat kennelijk niet overgebracht aan de gemeenteraad; en

19.18.4 in de media krijgt De Sionsberg nog altijd veel aandacht.

19.19 Eveneens eind 2012 ontvangen Betrokkenen signalen van DFZ, dat bij De Sionsberg zogenaamde 'niet zinnige zorg' zou worden verleend, ofwel zorg die niet in een ziekenhuis thuis hoort.[40]

19.20 Met name als gevolg van de ondertoezichtstelling en eenmalige reorganisatiekosten leidt De Sionsberg in 2012 een verlies van EUR 9,9 miljoen. De Ouderenzorg sluit af met een positief resultaat van EUR 1,7 miljoen, een verdubbeling ten opzichte van 2011.

19.21 Eind 2012 hebben Betrokkenen het – onderbouwde – idee dat De Sionsberg nu in veiliger vaarwater verkeert; er is een Herpositioneringsplan dat is getoetst door KPMG Plexus, er is steun voor het plan van de relevante stakeholders, die een belangrijk aandeel hebben in het welslagen van het plan: DFZ, de IGZ, de medische staven en de huisartsen zegden toe patiënten weer door te verwijzen naar De Sionsberg. Ook is een deskundig en financieel sterke fusiepartner gevonden. De eerste bestuurder van de Combinatieholding staat ook achter het Herpositioneringsplan.

20 2013: evaluatie en verdere realisatie Herpositioneringsplan, reorganisatie, profielevaluatie

20.1 De integratie van medische staven wordt in 2013 voortgezet.[41] Betrokkenen schakelen HCSG in om haar daarin te ondersteunen en te adviseren. HCSG organiseert onder andere bijeenkomsten voor beide medische staven en begeleidt de medische staven bij het opstellen van gemeenschappelijke plannen. Ook brengt HSCG de cardiologen van beide ziekenhuizen bij elkaar, onder meer met als doel een proefvisitatie door de NVVC voor te bereiden.[42]

20.2 Integratie van de afdeling Mond, Kaak en Aangezicht en van de chirurgen is een succes, die – daar veel gevraagde – zorg wordt nu ook verleend in De Sionsberg. Ook de medisch specialisten van de afdelingen anesthesie en gynaecologie/verloskunde van De Sionsberg zijn geïntegreerd. Een deel van gynaecologen van De Sionsberg is onderdeel geworden van de maatschap behorend bij Nij Smellinghe en zij voeren werkzaamheden uit bij Nij Smellinghe en De Sionsberg. Tevens

[40] Bijvoorbeeld een verstuikte enkel die tot opname leidt.
[41] Op de in 19.17 genoemde wijzen. Alleen dr. Van der Heijden vertrekt na 6 maanden, omdat hij constateert dat 'niet zinnige zorg' is verleend en de medische staf van De Sionsberg (die die zorg verleend had), daardoor het vertrouwen in hem opzegt.
[42] Uiteindelijk werkten de cardiologen van Nij Smellinghe hier onvoldoende aan mee. Eén van de cardiologen van Nij Smellinghe was overigens tevens secretaris bij de NVVC.

worden onder leiding van Van der Heijden een aantal langer lopende kwesties tussen medisch specialisten opgelost zonder dat een gang naar de rechter nodig was.

20.3 In het voorjaar van 2013 stellen Betrokkenen – op basis van de nog altijd strak gemonitorde liquiditeit – vast dat de inkomsten van De Sionsberg achterblijven bij de begroting. Oorzaken daarvoor zijn:

20.3.1 de genoemde actie- en belangengroepen blijven actievoeren voor het behoud van De Sionsberg, huisartsen spreken zich uit voor behoud van De Sionsberg en via het gemeentebestuur Dongeradeel en lokale media, roepen Betrokkenen omwonenden op naar De Sionsberg te komen. Desondanks blijft het aantal patiënten bij De Sionsberg dalen en dat zorgt voor een afname van de inkomsten;

20.3.2 het Herpositioneringsplan is in 2012, logischerwijs, nog niet volledig uitgevoerd. Mede gezien de verplichte overleggen met o.a. vakbonden, de vereniging medische staf, cliëntraden en de OR. Maar begin 2013 blijken, ondanks inspanningen het plan zo snel mogelijk te realiseren, nog meer fte in dienst dan Betrokkenen hadden verwacht. Dat brengt extra kosten met zich;

20.3.3 de medische staven hebben zich gecommitteerd aan het Herpositioneringsplan en zich uitgesproken voor integratie en fusie, maar in de praktijk werken zij tegen. De medische staf van De Sionsberg komt de afspraak inzake het inleveren van de beschikbaarheidstoeslag niet na; met aanzienlijke meerkosten tot gevolg; en

20.3.4 vanwege de 'niet zinnige zorg', wordt in 2013 minder zorg verleend dan oorspronkelijk was voorzien in de begroting. Dat heeft tot gevolg dat de inkomsten dalen.

20.4 Betrokkenen besluiten daarom de evaluatie van de implementatie van het Herpositioneringsplan en de fusie naar voren te halen en constateren dat een verdere reorganisatie nodig is: een onverkorte handhaving van een *"traditioneel"* algemeen ziekenhuisportfolio – dat in het Herpositioneringsplan al was afgeslankt – blijkt financieel niet haalbaar. Betrokkenen onderzoeken hoe de Pasana Groep het maatschappelijk belang bij continuïteit van de zorgverlening en werkgelegenheid kan blijven dienen op een niveau dat tegelijkertijd wel financieel haalbaar is, gelet op de teruggelopen inkomsten.

20.5 Kostenreductie is de sleutel. Voortbordurend op het Herpositioneringsplan stellen zij 3 scenario's, met businesscase op (7x24-, dag-, en weekziekenhuis) alle drie een substantiële reductie van het aantal ziekenhuisbedden inhoudend en een profiel van een meer poliklinisch ziekenhuis, hetgeen minder risico's met zich brengt.

N.B. De stellingen op blz 69 van het Conceptverslag: *"Impliciet wordt hiermee besloten dat verder geen uitvoering wordt gegeven aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg"*, en op blz. 76: *"In maart 2013 wordt besloten dat er geen uitvoering meer zal worden gegeven aan het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg"*, zijn niet juist.

Overigens stelt u een aantal zinnen later zelf: *"Het 7x24 ziekenhuis gaat uit van een compactere invulling van het Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg"*, dat

tegenstrijdig is met de eerste bewering en tevens de stelling van Betrokkenen bevestigt dat het Beleidsplan niet *"impliciet"*, niet (verder) is uitgevoerd.

20.6 De 3 businesscases laten zij financieel doorrekenen door een extern deskundige (de heer Lalkens) samen met de eigen financiële afdeling en strategisch toetsen door een andere extern deskundige (HSCG).

N.B. De stelling op blz. 73 van het Conceptverslag: *"Evenals in 2012 worden alternatieve scenario's onvoldoende uitgewerkt en in de afweging mee genomen"*, is dus niet juist.

20.7 Beide concluderen dat het 7x24 scenario haalbaar is, zij het in compactere vorm; het 7x24 compactziekenhuis:

20.7.1 De Sionsberg wordt in letterlijke zin compacter en krijgt een meer poliklinisch profiel. Door de poliklinieken dichter bij elkaar te zetten kunnen efficiëntieverbeteringen worden doorgevoerd, hetgeen wel een aanzienlijke verbouwing vereist;

20.7.2 een reductie van aantal verpleegafdelingen van 3 naar 2;

20.7.3 1/3 van het personeel zal De Sionsberg moeten verlaten (100 van de in totaal 284 fte, een besparing van EUR 6,9 miljoen);

20.7.4 aan de inkomstenkant voorziet het plan voor het compactziekenhuis in een vaatpolikliniek (waarmee al was begonnen), de start van kaakchirurgie per 1 september en de heropening van de afdeling klinische cardiologie; en

20.7.5 ook de relatie met huisartsen wordt – verder – geïntensiveerd opdat het aantal patiënten door verwijzingen weer gaat groeien. Mede gelet op toezeggingen van huisartsen en de externe druk van de bevolking tot behoud van het ziekenhuis ligt in de lijn der verwachting dat dat ook zal gebeuren.

20.8 Gezien de, tweede, aanzienlijke reorganisatie die daarmee gepaard moest gaan verzoeken Betrokkenen EY op een second opinion. Mondeling laat EY zich tegenover de auditcommissie en de RvB positief uit over het plan.

20.9 Op schrift[43] en kort daarna, blijkt EY plotseling gematigder. Zij uit twijfel bij de levensvatbaarheid van het klinische gedeelte van De Sionsberg. Het EY rapport bevestigt dat het 7x24 compactziekenhuis *"het meest financieel en politiek wenselijke scenario is"*.[44] EY benoemt tevens *"potentiele upsides"* van het plan.

20.10 Betrokkenen besluiten dit plan te (doen) realiseren en stellen daarvoor via Management Talent B.V. een interim-verandermanager aan. De reorganisatie kost vanzelfsprekend tijd, ook gezien het verplichte overleg met cliëntraden, de medische staven, de OR, vakbonden, gemeenten en DFZ.

20.11 Onder meer gebaseerd op (i) de realisatie van de fusie, (ii) de verwachting dat de afdeling klinische cardiologie weer zou opengaan en (iii) het feit dat dit plan voortbouwt op het Herpositioneringsplan waarmee door alle stakeholders, belanghebbenden en voor de realisatie daarvan belangrijke

[43] Bijlage 7 bij het Conceptverslag.
[44] Blz. 4 (Conclusie), bijlage 7 bij het Conceptverslag.

partijen hebben ingestemd, menen Betrokkenen voldoende tijd te hebben om het plan te realiseren.

20.12 De verbouwing en reorganisatie past ook bij een verdere 'terugschaling' van De Sionsberg in de toekomst tot een poliklinische zorginstelling (Plan B). De klinische zorg zou kunnen plaatsvinden in Drachten. Hierbij past ook de sluiting van 24x7 OK zorg in mei. Betrokkenen oordelen dat die stap – met een afscheid van het klinische profiel van De Sionsberg en nog verdergaande reorganisaties – gelet op de externe druk tot zoveel mogelijk behoud van De Sionsberg en de benodigde medewerking van de medische staven hoe dan ook niet in één keer gezet kan worden. Het verzet dat een dergelijke stap hoogstwaarschijnlijk bij o.a. actiegroepen, medische staven en lokale politiek, met de nodige media aandacht, oproept, kan de patiëntenstroom en zorgverlening op korte termijn in gevaar brengen. Wel zijn de investeringen in het kader van het 7x24 compactziekenhuis ook hiervoor nuttig.

20.13 Terzake de *care* tak zijn Betrokkenen in onderhandeling met Kwadrant en Anthoniusziekenhuis over een bestuurlijke fusie (werktitel: *KANS*).

20.14 Het resultaat van De Sionsberg wordt in 2012 uiteindelijk met name negatief beïnvloed door het staken van de vergoeding voor 'niet zinnige zorg' en het feit dat de personeelsreductie in 2012 nog onvoldoende was om de beoogde bezuiniging te realiseren.[45]

21 2014: (winter) verandering perspectief De Sionsberg, faillissement

21.1 In 2014 wordt Betrokkenen duidelijk dat DFZ en de IGZ hun afspraken niet nakomen; de afdelingen klinische cardiologie mag, in tegenstelling tot de afspraken, niet meer open, terwijl dat onderdeel was van het door hen goedgekeurde Herpositioneringsplan.

21.2 Betrokkenen evalueren het 7x24 compactziekenhuis en blijven zich actief bezighouden met het profiel van De Sionsberg. Zij nemen de bevindingen van EY ter zake de klinische zorg in hun afweging mee.[46] Zoals al wel voorzien in 2013 constateren zij dat De Sionsberg uiteindelijk toch een poliklinische zorginstelling moet worden, zonder bedden (Plan B). Met dat plan stemt (de voorzitter van) de vereniging medische staf in. De Sionsberg laat dit financieel doorrekenen.

21.3 DFZ dringt echter aan op een snelle, verdere reductie van het portfolio van De Sionsberg tot een 'anderhalvelijnscentrum'. Zij maakt niet duidelijk wat zij hiermee precies bedoelt.[47]

21.4 Het is Betrokkenen onduidelijk wat de (financiële) voordelen van het anderhalvelijnscentrum van DFZ zijn ten opzichte van hun eigen plan B. Samen met DFZ geven zij KPMG opdracht dit in kaart te brengen, alsmede de haalbaarheid van de plannen. KPMG concludeert dat de verandering naar een anderhalvelijnscentrum EUR 23 miljoen zou kosten; op dat moment een te grote investering.

21.5 Betrokkenen maken DFZ duidelijk dat als zij de transitie naar een anderhalvelijnscentrum desondanks voor blijft staan, zij een aanzienlijk deel van de benodigde investeringen voor haar

[45] De reorganisatie had als resultaat dat de personeelskosten van EUR 23 miljoen in 2013 in 2014 zijn afgenomen tot EUR 14 miljoen.
[46] Zie paragraaf 20.9.
[47] DFZ is er tot op heden niet in geslaagd het anderhalvelijnscentrum te realiseren. Zij heeft Betrokkenen niet duidelijk kunnen maken wat dit plan nu precies inhield.

rekening moet nemen. DFZ zegt toe (een deel van) die eenmalige kosten op zich te nemen, in het kader van Friesland Voorop.

21.6 Tegelijkertijd loopt DFZ – nog steeds en nog steeds zonder aanwijsbare reden – achter met uitbetaling van de bevoorschotting van EUR 3 miljoen en bevestigt DFZ veel te laat de prijzen per behandeling. Dat leidt tot een acuut liquiditeitsprobleem bij De Sionsberg en bij de Pasana Groep als geheel.

21.7 Betrokkenen slagen er wel in een overbruggingsfinanciering te verkrijgen ad EUR 1,5 miljoen. Daarover is de Combinatieholding echter wel rente verschuldigd. In oktober is deze financiering volledig afgelost.

21.8 Betrokkenen gaan in gesprek met de huisartsen in het adherentiegebied en sluiten met hen een convenant waarin zij overeenkomen patiënten (weer) naar De Sionsberg door te verwijzen.

21.9 Toch blijkt tegen het einde van 2014 dat patiënten nog altijd wegblijven.

21.10 Ten aanzien van de *care* tak is de Combinatieholding nog steeds in onderhandeling met Antoniusziekenhuis en Kwadrant over een bestuurlijke fusie.[48]

21.11 Ook wordt de Combinatieholding geadviseerd door een advocatenkantoor over de mogelijke vervolgscenario's. Gezien de financiële positie van de Pasana Groep was een faillissement niet meer uitgesloten. Vanwege de goedlopende *care* tak en de in dat verband nog lopende onderhandelingen, wordt geadviseerd het faillissement (nog) niet aan te vragen.

21.12 In oktober wordt een nieuwe bestuurder benoemd (de heer Hoefsmit). Voor zijn benoeming had hij al overleg gehad met alle stakeholders van de Combinatieholding om zich een beeld te vormen van de situatie.

21.13 Hoefsmit voert overleg met alle mogelijke financiers (waaronder de gemeente, banken, het Ministerie VWS, de NZA) om het anderhalvelijnscentrum te realiseren. Hij roept zelfs alle mogelijke financiers bij elkaar tijdens een bespreking. Zij blijken niet bereid te investeren in De Sionsberg, ondanks de roep om het behoud daarvan.

21.14 Zelfs DFZ – dat opnieuw haar afspraak niet nakomt (zie 21.5 hiervoor) – toont zich niet bereid te investeren.

21.15 Op aangeven van de NZa is in de landelijke politiek een discussie gaande over de afschaffing van beschikbaarheidsbijdragen voor kleine ziekenhuizen. Iets wat zeker zou gaan gelden voor De Sionsberg als kleinste ziekenhuis van Nederland.

21.16 Betrokkenen zijn druk bezig de continuïteit van De Sionsberg veilig te stellen, als de omstandigheden ingrijpend veranderen:

---

[48] Partijen zijn al dusdanig gevorderd dat zij deze met de mededingingsautoriteit bespreken en dat zij worden bijgestaan door een advocatenkantoor.

21.16.1 ING in november de rekeningen van De Sionsberg blokkeert; en

21.16.2 DFZ met De Sionsberg weigert te contracteren voor klinische zorg in 2015, ondanks haar eerdere toezeggingen en haar nauwe betrokkenheid bij het Herpositioneringsplan en de daarop voortbordurende plannen.

N.B. Op blz. 11 van het Conceptverslag is een citaat van DFZ opgenomen waarin zij beweert dat DFZ niet heeft geweigerd met De Sionsberg te contracteren voor 2015. U merkt vervolgens op: *"Volgens de heer Hoefsmit is de belangrijkste oorzaak om het faillissement aan te vragen het feit dat DFZ niet meer met De Sionsberg wil contracteren. Dit is in tegenspraak met de hiervoor aangehaalde uitlating van [DFZ]."* Alle Betrokkenen die destijds nog in functie bevestigen dat DFZ weigerde met De Sionsberg te contracteren voor klinische zorg in 2015 en dat dit de doodsteek was voor het ziekenhuis.

21.17 Gezien de ingrijpend gewijzigde omstandigheden liggen de kaarten voor de Pasana Groep wezenlijk anders. Evenals haar toekomstperspectief. Dat, en daarbij geholpen door een frisse blik maakt dat Hoefsmit de vraag naar continuïteit van de Pasana Groep anders beantwoordt dan Betrokkenen dat voordien deden. Tegen de geschetste achtergrond constateren de andere Betrokkenen hetzelfde.

21.18 Betrokkenen zijn genoodzaakt het faillissement van de Pasana Groep aan te vragen, nog voordat zij de *care* tak hebben kunnen overdragen.

22 Terugkijkend: enorme – negatieve – invloed zorgverzekeraar DFZ

22.1 Uit het voorgaande volgt al dat de invloed van DFZ op de gang van zaken bij de Pasana Groep groot is geweest. Terugkijkend kunnen Betrokkenen het volgende vaststellen:

22.2 naast dat DFZ een bijzonder grote machtspositie had (zie paragraaf 8), had zij in de onderzochte periode ook een dubbele agenda:

22.2.1 enerzijds was DFZ zeer nauw betrokken bij de bedrijfsvoering en belangrijke beslissingen van de Pasana Groep en De Sionsberg (o.a. van 2008 t/m 2010 via de toehoorder bij de RvT-vergaderingen, bij het (opheffen) van het verscherpt toezicht in 2011, bij de totstandkoming van het Herpositioneringsplan in 2012, het voldoen aan de fusie(voorwaarden) in 2012, de profieldiscussie ter zake De Sionsberg van 2010 t/m 2014); maar

22.2.2 anderzijds was DFZ bezig het plan Friesland Voorop te realiseren, waarin geen ruimte was voor het kleine De Sionsberg en werkte DFZ Betrokkenen gelijktijdig tegen (in 2010, 2011 en 2013 liep DFZ zonder aanwijsbare reden achter met betaling, terwijl zij wist van de zeer krappe liquiditeit bij De Sionsberg, in 2011 uitte DFZ openlijk kritiek op de toenmalig bestuursvoorzitter, wat diens positie zowel intern als extern wankel maakte en zijn effectiviteit aanzienlijk reduceerde, in 2014 oefende DFZ grote druk uit voor de 'afschaling' van De Sionsberg naar een anderhalvelijnscentrum, zonder duidelijk te maken wat zij daaronder verstond en terwijl het 24x7 compactziekenhuisplan nog werd gerealiseerd en uiteindelijk weigerde DFZ met De Sionsberg te contracteren voor klinische zorg in 2015, wat leidde tot haar faillissement).

22.3 Gedurende de hele onderzoeksperiode was een sterk complicerende factor voor Betrokkenen dat DFZ – bij herhaling – gemaakte afspraken achteraf niet nakwam of terugdraaide (hetgeen wellicht met de dubbele agenda te verklaren is):

22.3.1 een voorbeeld is dat de directeur ziekenhuizen begin 2012 namens DFZ had toegezegd de 10 voorwaarden voor een fusie na te zullen komen die zijn vastgelegd in het voorwaardelijke besluit tot bestuurlijke fusie van 5 maart 2012, maar dat de bestuursvoorzitter, achteraf en weerwil van die eerder gemaakte afspraken per brief van 29 maart 2012 ineens terugkwam op die toezegging, in elk geval ten aanzien van voorwaarden 4, 5 en 6 en met voorwaarden 2 en 7 alleen zou instemmen als aan de overige voorwaarden zou zijn voldaan;[49]

22.3.2 later, in 2014 zegde DFZ toe de overgang van De Sionsberg naar een 'anderhalvelijnscentrum' voor een groot deel te financieren, maar toen de financiering nodig was, kwam zij daarop terug en weigerde DFZ te investeren; en

22.3.3 als gezegd weigerede DFZ met De Sionsberg te contracteren voor klinische zorg in 2015; de doodsteek voor De Sionsberg.

23 Conclusie en afsluiting

23.1 Betrokkenen hebben zich, met de kennis van toen, met hart en ziel voor de Pasana Groep (en sommigen later voor de Combinatieholding) ingezet. Daarbij hebben zij steeds actief passende maatregelen genomen, zoals het zeer strak beheersen van de liquiditeit, het zoeken (en vinden) van een hoogwaardige fusiepartner en het doorvoeren van verschillende ingrijpende reorganisaties toen kosten te hoog bleken. Waar nodig schakelden zij bij hun werkzaamheden externe deskundigheid in. Tevens hebben Betrokkenen zich voortdurend en met succes, met de kwaliteit van de zorg beziggehouden.

23.2 Onder enorme maatschappelijke en politieke druk vóór behoud van De Sionsberg als ziekenhuis, hebben Betrokkenen voorts mogelijkheden onderzocht om aan die luide roep te (kunnen) voldoen. Toen zij inzagen dat dit niet realistisch was, hebben Betrokkenen een profielwijziging bij De Sionsberg in gang gezet. Daarbij konden zij, mede gezien de externe, maar ook interne druk, niet over één nacht ijs gaan.

23.3 Dat uiteindelijk geen enkele stakeholder aan de benodigde investeringen wilde bijdragen (in sommige gevallen in tegenstelling tot eerdere toezeggingen), patiënten, ondanks hun roep voor behoud van De Sionsberg met al haar functie en ondanks afspraken over doorverwijzingen met huisartsen, toch wegbleven, DFZ besloot geen klinische zorg voor 2015 bij De Sionsberg in te kopen en ING de bankrekeningen van De Sionsberg blokkeerde, was voor Betrokkenen niet te voorspellen, noch te voorzien. Die ontwikkelingen maakten wel dat het toekomstperspectief voor de Pasana Groep in 2014 zo drastisch veranderde, dat alleen nog een faillissement in het verschiet lag.

[49] Zie o.a. p. 7 van het Conceptverslag en bijlage 6 daarbij.

VANDOORNE

23.4 Met deze reactie bestaat bij Betrokkenen de hoop dat uw perspectief op de gang van zaken, het toekomstperspectief in het verleden en de juistheid van gemaakte keuzes verandert. Vanzelfsprekend is elk van Betrokkenen graag bereid het voorgaande nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

I.O. mr Schenmakers

Van Doorne N.V.
Annemieke Hendrikse & Jessey Liauw-A-Joe

9.2. Bijlage 2 Berekenwijze kentallen / ratio's

Kengetal	Categorie	Berekening	Interpretatie
Solvabiliteit	Solvabiliteit	Eigen vermogen/balanstotaal	De mate waarin de organisatie over een buffer beschikt om eventuele verliezen op te vangen.
Werkkapitaal	Liquiditeit	Vlottende activa - kort vreemd vermogen	Mate waarin op korte termijn aan de verplichtingen kan worden voldaan
Current ratio	Liquiditeit	Vlottende activa/vlottende passiva	Mate waarin de verschaffers van het kort vreemd vermogen uit de vlottende activa kunnen worden betaald.
Rendement	Resultaat	Nettoresultaat/totale opbrengsten	Dit kengetal geeft de relatieve resultaatmarge van een organisatie weer.
Rentabiliteit	Resultaat	Bedrijfsresultaat/balanstotaal	Dit kengetal geeft weer wat de verhouding is tussen het resultaat en het totale vermogen.

9.3. Bijlage 3 hypotheses eigen vermogen

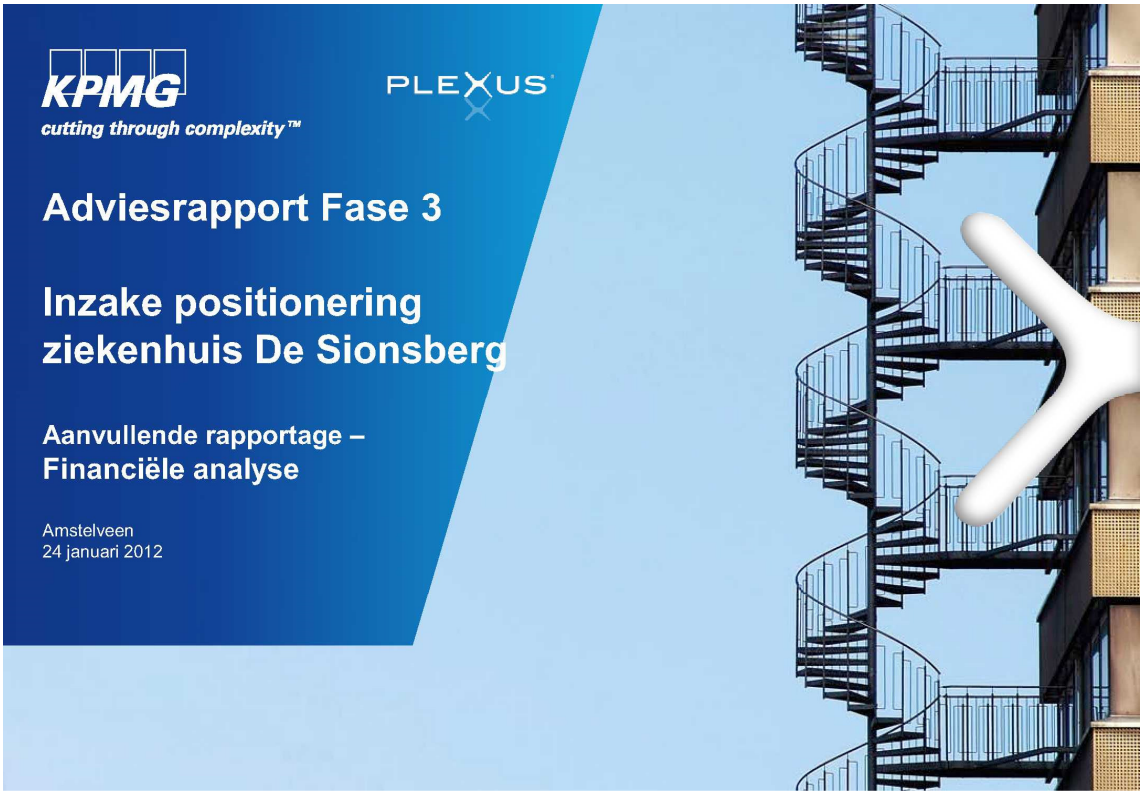
Hypothese a: er moet net als in voorgaande jaren worden toegerekend aan cure en care

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pasana Cure B.V.	2.014	-95	854	-64	-5.374	-15.231	-24.393
Pasana Care B.V.	2672	3429	3.881	4.761	5.642	7.339	9.063
Pasana Kreas B.V.						51	-99
Pasana Techniek en onderhoud B.V.						16	16
Pasana Thuis B.V.						25	14
St Vastgoed Pasana & MCS	1.045	2.318	2.437	2.475	2.713		
St Vastgoed Pasana						2.184	2.184
MCS						704	948
verschil	1.115	-203	0	117	61	-105	-104
totaal geconsolideerd ev	6.846	5.449	7.172	7.289	3.041	-5.017	-12.371

Hypothese b : in 2012 is er een forse afwaardering geweest die voor het verschil moet worden toegerekend aan vastgoed

bedragen x1000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pasana Cure B.V.	2.014	-95	854	-64	-5.374	-11.999	-21.162
Pasana Care B.V.	2672	3429	3.881	4.761	5.642	6.095	7.819
Pasana Kreas B.V.	0	0	0	0	0	51	-99
Pasana Techniek en onderhoud B.V.	0	0	0	0	0	16	16
Pasana Thuis B.V.	0	0	0	0	0	25	14
St Vastgoed Pasana & MCS	1.045	2.318	2.437	2.475	2.713		
St Vastgoed Pasana						196	196
MCS						704	948
verschil	1.115	-203	0	117	61	-105	-103
totaal geconsolideerd ev	6.846	5.449	7.172	7.289	3.041	-5.017	-12.371

9.4. Bijlage 4 Adviesrapport Fase 3 KPMG Plexus



KPMG Plexus
Straatweg 68
3621 BR Breukelen

Tel +31 (0)20 3010800
Fax +31 (0)20 3010801

Amstelveen, 24 januari 2012

Betreft: **Adviesrapportage fase 3 inzake advies over de positie van De Sionsberg (aanvullende rapportage financiën)**

Geachte mevrouw Monissen, heer Krappel,

U heeft ons destijds gevraagd een versneld onderzoek uit te voeren inzake ziekenhuis De Sionsberg te Dokkum. In de opdrachtbevestiging van 27 oktober 2011 zijn hiervoor de afspraken opgenomen. Dit onderzoek is opgebouwd uit fase 1 en fase 2. Op basis van de uitkomsten uit fase 2 zijn kaders geformuleerd waarbinnen Pasana zelf verder een zorgconcept (beleidsplan) heeft uitgewerkt. U heeft vervolgens KPMG Plexus gevraagd een rapportage op te stellen waarbij een toetsing zou plaatsvinden van de financiële en kwalitatieve uitgangspunten van het intern opgestelde zorgconcept. We beschouwen dit als fase 3.

Deze opdracht behelsde een toetsing van de kwalitatieve en financiële uitgangspunten gehanteerde in het door Pasana opgestelde zorgconcept ""Herpositionering De Sionsberg". Wij hebben hierbij geen beoordeling of controle uitgevoerd op de opgestelde financiële en kwalitatieve onderbouwingen. Wij hebben de plannen in het zorgconcept getoetst en daarbij een analyse weergegeven. Op basis van deze uitgevoerde analyses dienden andere belanghebbenden zelfstandig hun eigen oordeel te vellen.

Gezien het gedeelde belang is er voor gekozen deze opdracht door partijen gezamenlijk aan KPMG Plexus te geven.

Op 17 januari 2012 heeft u van ons een rapport inzake fase 3 ontvangen, welke op 18 januari door u is besproken met en bij de Inspectie. Uitkomst van dit overleg was dat de financiële onderbouwing door Pasana nog onvoldoende was om tot een goede toetsing door KPMG Plexus te komen, hierdoor was het vervolgens niet mogelijk om tot besluitvorming inzake het voorliggende zorgconcept over te gaan.

KPMG Advisory N.V., registered with the trade register in the Netherlands under number 33283682, is a subsidiary of KPMG Europe LLP and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity.

De afgelopen week heeft Pasana voor een nadere financiële onderbouwing gezorgd. Op basis hiervan hebben wij wederom onze opdracht uitgevoerd. U heeft ons hiervoor op 19 januari 2012 de opdracht gegeven. In deze rapportage rapporteren we uitsluitend over de financiële componenten van fase 3, dit als aanvullende rapportage van de door ons opgeleverde rapportage van 17 januari 2012.

Wij bedanken de medewerkers voor de bijdrage aan ons onderzoek.

Dr. A.B.M. van Poucke
director

Inhoudsopgave

De contactpersonen bij KPMG Plexus voor dit adviesrapport zijn:

Dr. Anna van Poucke
Director, Amstelveen, KPMG Advisory N.V.
Tel: + (0)20 6568595
Fax: +(0)20 6568595
vanpoucke.anna@kpmg.nl

Drs. Sikko Bruinsma RA
Senior Manager, Groningen, KPMG Advisory N.V.
Tel: + (0)50 5222111
Fax: + (0)50 5222112
bruinsma.sikko@kpmg.nl

	Pagina
Management samenvatting	[4]
1. Uitgevoerde werkzaamheden	[6]
1.1 Scope, aanpak en uitkomsten	
2. Thrusted Third Party review	[9]
2.1 Object van toetsing	
2.2 Randvoorwaarden portfoliokeuzes	
3. Toetsing financiële uitgangspunten	[12]
3.1 Bevindingen en conclusies van algemene aard	
3.2 Object van onderzoek	
3.3 Opbrengsten	
3.4 Kosten	
3.5 Kasstromen	
3.6 Overig	

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Management samenvatting

Overall conclusie

Nr	Randvoorwaarden	Score	Opmerking
5	De portfolio keuzes zijn financieel rendabel te maken (verificatie middels toets door een Trusted Third Party).	Deels	Wij kunnen de uitgangspunten van de business case volgen. Wij stellen vast dat het ambitieus is, ook uitgezet in de tijd. Het realiseren van de business case is wat ons betreft niet onmogelijk indien daar de juiste randvoorwaarden voor geschapen worden. De wijze waarop het (interim) management wordt ingevuld is hierbij onder meer cruciaal.
6	De benodigde investeringen zijn financierbaar.	Deels	Als de business case wordt gerealiseerd levert dit voldoende kasstromen op om de benodigde financiering te verkrijgen. Wij wijzen hierbij wel op de risico's die we hebben gesignaleerd in de business case en de benodigde randvoorwaarden voor het uitvoeren van de doelen in de business case.
7	De portfolio keuzes zijn uitgewerkt in overeenstemming met zorgverzekeraar.	Deels	DFZ heeft in een eerste reactie op het plan gegeven en is op veel punten akkoord. Punten van discussie zijn: de geboortezorg en het ASA concept schema voor grote chirurgie.

In totaal zijn er 8 criteria geformuleerd waarop het zorgconcept beoordeeld moet worden. In deze rapportage komen alleen de criteria 5, 6 en 7 aanbod

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG cutting through complexity™

PLEXUS

Fase 3:

Uitgevoerde werkzaamheden

1.1 Scope, aanpak en werkzaamheden

1. Werkzaamheden

De opdracht is uitgevoerd conform de met u gemaakte afspraken die zijn vastgelegd in de opdrachtbevestiging d.d. 27 oktober 2011, de meerwerk afspraak d.d. 3 januari 2012 en de aanvullende opdracht op 19 januari 2012.

2. Doelstelling

U heeft ons destijds gevraagd een versneld onderzoek uit te voeren inzake ziekenhuis De Sionsberg te Dokkum. Op basis van de uitkomsten uit fase 2 zijn kaders geformuleerd waarbinnen Pasana zelf verder een zorgconcept (beleidsplan) heeft uitgewerkt. U heeft ons gevraagd een rapportage op te stellen waarbij een toetsing zou plaatsvinden van de financiële en kwalitatieve uitgangspunten van het intern opgestelde zorgconcept. We beschouwen dit als fase 3.

3. Aard en diepgang van de werkzaamheden

De toetsing is op hoofdlijnen uitgevoerd. Er heeft geen accountantscontrole plaatsgevonden. Wij hebben ons oordeel gebaseerd op de van u ontvangen informatie. Er is geen nadere verificatie door ons uitgevoerd. Met het onderzoek hebben we derhalve geen zekerheid verleend.

4. Opdrachtomschrijving, reikwijdte en scope van ons advies

U heeft in de opdracht van 19 januari jl. KPMG Plexus gevraagd de volgende werkzaamheden uit te voeren:

1. Doornemen en bestuderen van het intern voorbereide concept beleidsplan, waarbij zowel het kwalitatieve als wel het financiële gedeelte zijn voorbereid.
2. Vaststellen gehanteerde uitgangspunten en conclusies bij het kwalitatieve en financiële gedeelte.
3. Uitvoeren van een analyse met betrekking tot de gehanteerde uitgangspunten en conclusies (financieel en kwalitatief).
4. Toetsen of de portfolio keuzes voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen, de eisen en randvoorwaarden zoals gesteld door Pasana, DFZ en de IGZ.
5. Afstemmen van volume ramingen en overige productie uitgangspunten met DFZ.
6. Toetsen of de portfolio keuzes financieel rendabel te maken zijn en financierbaar.
7. Validatie uitkomsten en opstellen conceptrapportage.
8. Bespreken concept rapportage en definitieve oplevering van het rapport van fase 3.

5. Werkzaamheden en plan van aanpak

Op basis van de vraagstelling bestonden onze werkzaamheden uit twee parallelle toetsingen, gericht op enerzijds de toetsing van de kwaliteit uitgangspunten en anderzijds op de toetsing van de financiële uitgangspunten van De Sionsberg gehanteerd in het zorgconcept.

6. Aanvullende opdracht

Bovenstaande is van toepassing op onze rapportage van 17 januari 2012 als afronding van fase 3. U heeft ons op 19 januari een aanvullende opdracht gegeven om de financiële analyse opnieuw uit te voeren, nadat er een betere onderbouwing door Pasana is aangeleverd.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

1.1 Scope, aanpak en werkzaamheden

7. Rapportage

U ontvangt van ons een rapport waarbij op hoofdlijnen een toets en analyse heeft plaatsgevonden op de financiële uitgangspunten gehanteerd in het intern opgestelde zorgconcept. Belanghebbenden dienen op basis van deze analyses zelfstandig hun eigen oordeel te vellen.

Het rapport dat nu voor u ligt dient als afronding van fase 3.

Het rapport van 17 januari 2012 dient tezamen met deze rapportage beschouwd te worden als afronding van fase 3.

8. Verspreidingskring

De resultaten van dit onderzoek mogen niet zonder schriftelijke toestemming van KPMG Plexus aan derden verstrekt worden.

Graag wijzen wij u op artikel 8 lid 4 van onze algemene voorwaarden: "Tenzij daartoe door KPMG voorafgaande schriftelijke toestemming is verleend, zal/zullen Opdrachtgever(s) de inhoud van de Opdrachtbrief, rapporten, adviezen of andere al dan niet schriftelijke uitingen van KPMG, die niet zijn opgesteld of gedaan met de strekking derden van de daarin neergelegde informatie te voorzien, niet openbaar maken. Opdrachtgever(s) zal/zullen er tevens voor zorg dragen dat derden niet van de in de vorige zin bedoelde inhoud kennis kunnen nemen".

Binnen dit kader maken de Zorggroep Pasana en DFZ gezamenlijk afspraken over eventuele verspreiding.

9. Disclaimer

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

KPMG vervult uitsluitend een adviserende en klankbordrol. Dit houdt onder meer in dat KPMG geen besluiten zal nemen. De betrokken partijen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming rondom de te kiezen beleidslijn die betrekking heeft op het zorgbeleidsplan en de door KPMG Plexus uitgevoerde analyse en toets (en de onderliggende resultaten).

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Fase 3:

Thrusted Third party review

2. Thrusted Thirdparty Review

2.1 Object van onderzoek

Verantwoordingsdocument De Sionsberg

De Sionsberg diende ter verantwoording aan de IGZ uiterlijk 19 januari 2012 een zorgconcept op te leveren. Hierin dienden de inhoudelijke portfolio keuzes en financiële consequenties te worden toegelicht. Eén van de voorwaarden voor de acceptatie van het plan door de IGZ was toetsing door een derde onafhankelijke partij aan de hand van kwalitatieve en financiële uitgangspunten voor het plan.

Op 9 januari hebben wij het eerste zorgconcept (position paper) genaamd "Continuïteit van medische-specialistische zorg in Noord-Oost Friesland" ontvangen. Wij hebben vastgesteld dat de kwaliteit van de aangeleverde stukken dusdanige tekortkomingen vertoonde dat wij niet konden starten met de kern van onze opdracht, namelijk de toetsing van de voorgelegde plannen.

Met de hulp van Cees Meijer heeft Pasana in de week van 9 januari een nieuw zorgconcept opgesteld. Wij hebben uiteindelijk op maandagmiddag 16 januari 2012 om 13.00 uur het zorgconcept "Herpositionering De Sionsberg" ontvangen. Dit document vormde de basis voor onze toetsing.

Aanvullende opdracht

De bijbehorende businesscase was nog onvoldoende onderbouwd om tot een goede beoordeling te kunnen komen. Op 22 januari hebben we een herziene businesscase ontvangen (Model ZBP Financieel v10 22-1.xls), inclusief onderliggende specificaties. Op basis van uw opdracht van 19 januari 2012 hebben we een aanvullende opdracht uitgevoerd. Voor deze aanvullende rapportage (op onze eerdere rapportage van 17 januari 2012) is de genoemde business case de basis geweest voor onze analyse.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

2.2 Randvoorwaarden portfoliokeuzes

Een belangrijk onderdeel van ons toetsingskader betreffen de randvoorwaarden die zijn afgestemd met de IGZ S. De uiteindelijke portfolio keuzes zijn enkel mogelijk mits ze voldoen aan deze randvoorwaarden. In het portfolio gaat De Sionsberg uit van poliklinische zorg, dagbehandeling, enkele klinische ouderenfuncties en zo mogelijk een OK voor eenvoudige electieve ingrepen.

Randvoorwaarden IGZ

De volgende acht randvoorwaarden zijn afgestemde met de IGZ:

1. Zorg aan risicogroepen wordt in De Sionsberg niet geleverd (bijv. ASA 3-4 en kinderen);
2. De klinische cardiologie blijft gesloten;
3. Oncologische chirurgie wordt per 1-1-2012 gesloten;
4. De portfolio keuzes voldoen aan kwalitatieve vereisten (normen IGZ en eisen beroepsvereniging);
5. De portfolio keuzes zijn financieel rendabel te maken;
6. De benodigde investeringen zijn financierbaar;
7. De portfolio keuzes zijn uitgewerkt in overeenstemming met zorgverzekeraar;
8. Voor de portfolio zijn benodigde vormen samenwerken gerealiseerd (in het kader van zorgpaden en behoud klinische registraties artsen).

Object van onderzoek

Zoals al eerder aangegeven zullen in deze aanvullende rapportage alleen criteria 5, 6 en 7 behandeld worden.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Fase 3:

Toetsings financiële scenario's

3.1 Bevindingen en conclusies van algemene aard

Algemeen

Alvorens naar de deelcomponenten van de businesscase te kijken maken we eerst een aantal opmerkingen van algemene aard.

Beoordeling business case

1. Kijkend naar de business case is de overgang van 2011 naar 2013 erg groot. Het resultaat muteert van -/-11% naar + 9%, waarbij de omzet van EUR 33,5 mio daalt naar EUR 30,2 mio. In 2011 zijn de cijfers nog inclusief EUR 3,7 mio beschikbaarheidtoeslag, in 2013 maakt deze vergoeding geen deel meer uit van de exploitatie.
2. Wij vinden daarmee dat de voorliggende exploitatie ambitieus is.
3. De gehanteerde uitgangspunten van Pasana voor deze business case kunnen wij volgen.
4. Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van deze business case, zal wel zijn dat er overeenstemming met DFZ is, inzake de in te kopen zorg (gebaseerd op deze business case), en dat de verleende zorg voldoet aan de eisen van de IGZ.
5. In de business case zijn de kosten van het sociaal plan, ad EUR 3,1 mio, niet meegenomen. Ook de verwachte beschikbaarheidtoeslag in 2013 is niet meegenomen. De aanname is dat deze twee posten elkaar 'compenseren' en daarom per saldo als "0" zijn opgenomen in 2013. Als de beschikbaarheidbijdrage van 2013 dus niet wordt ontvangen is er geen dekking voor het sociaal plan.
6. In de business case is de aanname gedaan dat klinische cardiologie vanaf 1 juli 2012 weer open gaat. Hier is in de business case een verwachte omzet van EUR 4,0 mio en een resultaat van EUR 1,2 mio (positief) aan verbonden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit afhankelijk is van de inkoop van deze functie door DFZ en het vermogen van Pasana om voor deze functie aan de eisen van de IGZ te voldoen.
7. De uitvoering van het sociaal plan leidt tot een verlaging van salariskosten van EUR 7,9 mio; (2011: EUR 20,8 mio;2013: EUR 12,9 mio). Dit betreft een reductie van 38%. Dit is gebaseerd op een teruggang in fte's van # 110 fte (EUR 7,2 mio) en een loonoffer van EUR 750K van de specialisten. Wij kunnen op dit moment niet beoordelen of deze personeelsreductie in relatie tot de productieontwikkeling complicaties gaat hebben voor de te leveren kwaliteit van de zorg.
8. Uitgangspunt in het sociaal plan (totaal # 110 fte) is dat er van # 54 fte daadwerkelijk afscheid genomen moet worden en dat # 56 fte herplaatsbaar is bij andere zorgaanbieders. Indien deze herplaatsing niet wordt gerealiseerd heeft dit een kosten opdrijvend effect voor het sociaal plan.

Belangrijke randvoorwaarden

Gelet op de ambitie in de business case, is het belangrijk dat enkele randvoorwaarden snel en goed worden ingevuld.

1. Om de financiële business case te realiseren dienen zeer hoge eisen gesteld te worden aan het verandertraject en dient een cultuuromslag binnen De Sionsberg plaats te vinden. Strakke sturing, aansturing of te wel crisismanagement is hierbij noodzakelijk.
2. Om de sturing en aansturing mogelijk te maken is het noodzakelijk dat de interne registratie en daarmee gepaard gaande systemen worden geactualiseerd en geoptimaliseerd.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn gereglistreerde merken van KPMG International.

3.1 Bevindingen en conclusies van algemene aard

3. Er dient financiering en dekking in de exploitatie te zijn voor de uitvoering van het sociaal plan.
4. De verwachting in de business case is dat ultimo 2012 het sociaal plan is geëffectueerd. Er moeten garanties zijn dat dit te realiseren is. Het sociaal plan moet door de belangrijkste betrokken partijen zijn geaccepteerd.
5. Een essentiële voorwaarde voor het realiseren van de gestelde doelen in het business plan is om voldoende draagvlak te creëren binnen de interne organisatie van de Sionsberg.
6. Vooruitkijkend kan geconcludeerd worden dat het verder uitwerken en de start van de uitvoering van de plannen in de business case een eerste stap is in het kader van een breder verandertraject voor het ziekenhuis. Voor de daadwerkelijke realisatie van het plan en de continuiteit van de zorgverlening in de regio is het essentieel dat de De Sionsberg dient een financieel gezond ziekenhuis is. Gezien de omvang en kwetsbaarheid is het in onze ogen wenselijk intensief te kijken naar integratie met een ander ziekenhuis in de regio van Dokkum.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn gereglistreerde merken van KPMG International.

3.2 Object van onderzoek

Algemeen

Gezien het korte tijdsbestek van de financiële toetsing is deze niet volledig, maar zijn voor nu de belangrijkste punten die de grootste financiële impact hebben op de exploitatie weergegeven. In de navolgende hoofdstukken beschrijven we enerzijds de gehanteerde uitgangspunten in de business case en geven anderzijds een beoordeling van het risico (in termen van bandbreedte resultaatontwikkeling) weer. Er wordt door KPMG Plexus geen zekerheid verleend middels deze rapportage.

Op 22 januari hebben we een herziene businesscase ontvangen (Model ZBP Financieel v10 22-1.xls), inclusief onderliggende specificaties. Deze is onderstaand weergegeven en is voor ons de basis voor de verdere analyse.

In dit overzicht ontbreken alle eenmalige , transitiekosten.

Exploitatieoverzicht per jaar x EUR 1.000	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Productie	32.220	96%	25.630	75%	25.800	85%	26.123	86%	26.449	86%	26.780	86%
Honorarium			3.496	10%	3.164	10%	3.164	10%	3.164	10%	3.164	10%
Overige opbrengsten	1.300	4%	4.939	14%	1.227	4%	1.227	4%	1.227	4%	1.227	4%
Totaal opbrengsten	**33.520**	**100%**	**34.065**	**100%**	**30.191**	**100%**	**30.514**	**100%**	**30.840**	**100%**	**31.171**	**100%**
Salariskosten	20.791	62%	15.344	45%	12.866	43%	12.866	42%	12.866	42%	12.866	41%
Voeding	60	0%	46	0%	35	0%	35	0%	35	0%	35	0%
Hotelmatig	131	0%	66	0%	58	0%	58	0%	58	0%	58	0%
Algemene kosten	152	0%	51	0%	48	0%	48	0%	48	0%	48	0%
Patiëntgebonden kst	923	3%	753	2%	666	2%	666	2%	666	2%	666	2%
Indirecte kst zkh mat	6.528	19%	5.702	17%	5.360	18%	5.360	18%	5.360	17%	5.360	17%
Afschrijving en interest	1.378	4%	1.856	5%	1.749	6%	1.749	6%	1.749	6%	1.749	6%
Indirecte kst overhead	7.410	22%	7.062	21%	6.642	22%	6.642	22%	6.642	22%	6.642	21%
Totaal kosten	**37.373**	**111%**	**30.880**	**91%**	**27.424**	**91%**	**27.424**	**90%**	**27.424**	**89%**	**27.424**	**88%**
Totaal resultaat	**-3.853**	**-11%**	**3.185**	**9%**	**2.767**	**9%**	**3.090**	**10%**	**3.416**	**11%**	**3.747**	**12%**

Bron: Pasana Zorggroep

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.3 Opbrengsten

Algemeen opbrengsten

Door de bijzondere eenmalige gebeurtenissen in 2011 (half jaar sluiting afdeling klinische cardiologie, correctie beschikbaarheidbijdrage met terugwerkende kracht etc.) is het jaar 2010 volgens Pasana een beter referentiejaar om een beeld te krijgen van het verloop van de opbrengsten. De totale opbrengsten 2010 bedragen EUR 36,7 mio, waarmee de verwachte dalende lijn in de jaren 2013 en volgende jaren duidelijk zichtbaar is.

Opbrengsten ontwikkeling per jaar x EUR 1.000	2010	2011	2012	2013	2014
Productie	34.275	32.220	25.630	25.800	26.123
Honorarium			3.496	3.164	3.164
Overige opbrengsten	2.551	1.300	4.939	1.227	1.227
Totaal opbrengsten	**36.826**	**33.520**	**34.065**	**30.191**	**30.514**

Toelichting

1. Per abuis zijn in de vorige business case (versie 17 januari 2012) de overige opbrengsten ad EUR 1,0 mio niet verantwoord. Deze reguliere productie (met name opbrengsten huisartsenlab) is nu wel verantwoord. Hierbij zijn zoals het lijkt geen onrealistische uitgangspunten gehanteerd.
2. Per abuis is in de vorige business case (versie 17 januari 2012) de beschikbaarheidbijdrage 2012 ad EUR 3,7 mio dubbel verantwoord. In de huidige business case is de beschikbaarheidbijdrage 2012 juist verantwoord.
3. De electieve zorg geleverd door het MCL en RF levert een relatief grote bijdrage aan het resultaat in verhouding met het aandeel in de totale opbrengsten. Totaal opbrengsten EUR 4,0 mio met een bijbehorend resultaat EUR 0,8 mio.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.3 Opbrengsten

	2011	2012	mutatie	verklaring	2013	mutatie	verklaring
Kindergeneeskunde kliniek	569	466	-102		0	-466	sluiting verloskunde
Verloskunde + neonatologie	1.260	1.260	0		0	-1.260	sluiting verloskunde
AOA	2.739	2.730	-9		2.940	210	cardiologie in 2013 gehele jaar open
Oncologie	2.258	2.232	-27		2.232	0	
Chronische zorg	9.687	9.732	45		10.769	1.037	cardiologie in 2013 gehele jaar open
Bectieve zorg	11.211	9.971	-1.241	geen oncologische chirurgie	9.971	0	
Oogheelkunde	2.255	2.255	0		2.255	0	
	29.979	**28.645**	**-1.334**		**28.167**	**-478**	
Beschikbaarheidstoeslag	3.741	3.741	0		0	-3.741	geen beschikbaarheidstoeslag
Overige opbrengsten		1.198	1.198		1.227	29	
Indexatie		255			571	316	
Aansluitverschil	-200	226	426		226	0	
	33.520	**34.065**	**290**		**30.191**	**-3.875**	

Toelichting

4. Uit de business case blijkt dat als gevolg van de gewijzigde productportfolio en afschaffing van de beschikbaarheidbijdrage in 2013 de volgende bovenstaande omzetdaling per zorgcategorie zal plaatsvinden in 2013 t.o.v. 2011.

Bovenstaand overzicht is opgesteld door Pasana en heeft ook aan de basis gestaan voor de afstemming met DFZ.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.3 Opbrengsten

Risico's in de business case

	Omschrijving	Impact
1	In de financiële berekeningen wordt verondersteld dat de klinische cardiologie per juli 2012 wederom geopend zal worden. Dit levert in 2013 een totale opbrengst op van EUR 4,0 mio en een positief resultaat ad EUR 1,2 mio op van deze afdeling. Een belangrijke voorwaarde om de afdeling klinische cardiologie wederom te openen is dat deze aan alle kwaliteitseisen dient te voldoen. Het risico bestaat dat niet aan de kwalitatieve voorwaarden wordt voldaan, waardoor dit een negatieve bijstelling vereist van de financiële cijfers. In fase 1 hebben we overigens vastgesteld dat cardiologie (poli en klinisch) een productie kende van EUR 3,2 mio en een resultaat van negatief EUR 1,7 mio. Dit op basis van cijfers van Pasana over de periode 1-7-2010 tot en met 30-06-2011.	1,2 mio
2	Uit de business case valt niet te herleiden of DFZ de met de opbrengsten gepaard gaande zorg zal inkopen bij de Sionsberg. Dit is een essentiële voorwaarde voor de realiseerbaarheid van de verantwoorde opbrengsten voor de aankomende jaren.	PM
3	Als gevolg van de versmalling van de acute zorgfunctie zou je een reductie van het volume van de planbare zorg verwachten (negatief productie effect). Daarentegen levert de opening van de afdeling klinische cardiologie mogelijk een stijging van het volume van de planbare zorg op (positief productie effect). Deze twee "domino effecten" zijn niet meegenomen in de financiële cijfers.	PM
4	Alleen de beschikbaarheidtoeslag voor het jaar 2012 ad EUR 3,7 is toegezegd door de minister en verantwoord in de cijfers. Het VWS is in principe genegen om voor het jaar 2013 de beschikbaarheidbijdrage ter beschikking te stellen. Idealiter kan deze worden aangewend om de transitiekosten te betalen. Het risico bestaat dat de beschikbaarheidbijdrage 2013 niet wordt toegekend.	3,7 mio

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.4 Kosten

Exploitatieoverzicht per jaar x EUR 1.000	2011	%	2013	%
Productie	32.220	96%	25.800	85%
Honorarium			3.164	10%
Overige opbrengsten	1.300	4%	1.227	4%
Totaal opbrengsten	**33.520**	**100%**	**30.191**	**100%**
Salariskosten	20.791	62%	12.866	43%
Voeding	60	0%	35	0%
Hotelmatig	131	0%	58	0%
Algemene kosten	152	0%	48	0%
Patiëntgebonden kst	923	3%	666	2%
Indirecte kst zkh mat	6.528	19%	5.360	18%
Afschrijving en interest	1.378	4%	1.749	6%
Indirecte kst overhead	7.410	22%	6.642	22%
Totaal kosten	**37.373**	**111%**	**27.424**	**91%**
Totaal resultaat	**-3.853**	**-11%**	**2.767**	**9%**

Toelichting

1. De totale kosten voor het jaar 2013 ad EUR 27,4 mio zijn met EUR 0,2 mio gestegen ten opzichte van de eerder getoetste business case (17 januari 2012). Dit betreft kleine mutaties (verfijningen) in de diverse kostencategorieën naar aanleiding van gedetailleerder onderzoek.

2. Een grote "bleeder" binnen De Sionsberg betreft het zorggebied verloskunde met een negatief resultaat van circa EUR 0,7 mio. De Sionsberg gaat ervan uit dat de zorgverzekeraar dit verlies ad EUR 0,7 mio compenseert. Deze compensatie is echter voorzichtigheidshalve niet meegenomen in de business case. In 2012 wordt nog EUR1,2 mio beschikbaarheidtoeslag ontvangen voor verloskunde. Als er in 2013 geen wijziging komt loop het tekort derhalve op tot EUR 1,9 mio. Immers als de beschikbaarheidbijdrage in 2013 wordt ontvangen is dit ter dekking van het sociaal plan.

3. De reductie van indirecte kosten ziekenhuis materieel ad EUR 1,2 mio is gelet op de productie ontwikkeling ambitieus. Pasana geeft aan dat met name de reductie zal plaatsvinden bij hotelmatige kosten, voor fysiotherapie en voor verloskunde. De vraag blijft of het sluiten van deze afdeling ook daadwerkelijk zal leiden tot reductie van deze kosten.
4. Voor de investering van EUR 8,5 mio is rente (EUR 340K) en afschrijving (EUR 340 K) meegenomen in de business case. Dit is reëel.

Risico's in de business case

	Omschrijving	Impact
1	In de business case zijn de kosten van het sociaal plan, ad EUR 3,1, niet meegenomen. Ook de beschikbaarheidbijdrage is niet verantwoord. De aanname is dat beide posten elkaar "compenseren" en dat deze per saldo een nulpost zijn in de exploitatie van 2013. Als de beschikbaarheidbijdrage van 2013 niet wordt ontvangen is er geen dekking voor het sociaal plan.	3.1 mio
2	De uitvoering van het sociaalplan leidt tot een verlaging van de salariskosten van EUR 7,9 mio. Dit betreft een reductie van 38 %. Dit is gebaseerd op een reductie van #110 fte (7,2 mio) en een loonoffer van EUR 0,75 mio van de specialisten. We kunnen op dit moment niet beoordelen of deze personeelsreductie in relatie tot de productieontwikkeling complicaties gaat hebben voor de te leveren kwaliteit van de zorg en daarmee überhaupt realiseerbaar is.	PM

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.4 Kosten

	Omschrijving	Impact
3	Uitgangspunt in het sociaalplan (totaal #110 fte) is dat er van # 54 fte daadwerkelijk afscheid genomen moet worden en dat # 56 fte herplaatsbaar is bij andere zorgaanbieders. Indien deze herplaatsing niet wordt gerealiseerd heeft dit kosten opdrijvend effect voor het sociaal plan.	1 mio
4	De reductie van de indirecte kosten overhead (doorbelasting) dienen een taakstelling te zijn voor het ziekenhuis. Het risico bestaat dat je anders het verlies verschuift naar de ouderenzorg.	PM
5	Indien de medisch specialisten overgaan naar de andere ziekenhuizen in de provincie Friesland, dient additioneel geregeld te worden dat het honorarium deel van de betreffende specialisten overgaat naar het nieuwe ziekenhuis. Hierin heeft de zorgverzekeraar ook een rol.	PM
6	In de business case is geen rekening gehouden met een eenmalige afschrijving van de "oudbouw" als gevolg van de nieuwbouw. De Sionsberg is momenteel niet in staat om in te schatten hoeveel deze eenmalige afschrijvingen zullen bedragen en in hoeverre De Sionsberg recht heeft op een vergoeding van deze eenmalige afschrijvingen. Het risico bestaat dat hiermee een negatief resultaat wordt behaald.	PM

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.5 Kasstromen

Analyse kasstromen

De toekomstige kasstromen zijn in het heroriëntatieplan van De Sionsberg uitgewerkt op groepsniveau van de gehele Pasana Groep. Hierdoor zijn de ontvangsten en uitgaven van de ouderenzorg tevens meegenomen in het kasstroomoverzicht.

Onze toetsing richt zich alleen op het ziekenhuis deel en kan derhalve niet diepgaand plaatsvinden als gevolg van het geïntegreerde kasstroomoverzicht. De ouderenzorg valt namelijk buiten de scope van onze opdracht.

Op hoofdlijnen is de volgende analyse mogelijk.

Grofweg behelst de gewenste extra kredietfaciliteit circa EUR 13,1 mio (EUR 8,5 mio investeringen, EUR 3,1 mio sociaal plan en EUR 1,5 mio transitie kosten). Gegeven de huidige benutte kredietfaciliteit bij de bank en het gewenste extra krediet zal een externe partij op basis van een ruwe inschatting willen financieren indien in de toekomstige 10 jaren circa EUR 20-25 mio aan positieve kasstromen wordt gerealiseerd door de Sionsberg.

Wij wijzen hierbij op de risico's die we hebben gesignaleerd in de business case en de benodigde randvoorwaarden voor het uitvoeren van de doelen in de business case. Op basis van de huidige business case en de berekende resultaatverwachting voor de aankomende jaren is realisatie zeer uitdagend maar niet onmogelijk. De optie van een lease constructie biedt mogelijkheden om de financierbaarheid te vergroten.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

3.6 Overig

Risico op dubbele declaratie

Bij de uitwerking van het productportfolio vindt bij diverse zorggebieden de diagnose plaats in De Sionsberg, de behandeling in Nij Smellinghe en de nazorg wederom in De Sionsberg. Het risico bestaat dat de geleverde zorg dubbel gedeclareerd gaat worden. Dit risico kan leiden tot een verhoging van de kosten zorginkoop DFZ. Het is van belang om met alle belanghebbenden hier goede afspraken over te maken.

Verschuivingsrisico HAP+

Zonder beschikbaarheidbijdrage is de Sionsberg niet in staat om de acute zorg rendabel te exploiteren. In de nieuwe plannen wordt een deel van de acute functie nog steeds aangeboden in Dokkum (nu via HAP +). Tevens zal hierbij na 2012 geen beschikbaarheidbijdrage meer worden ontvangen. Het risico bestaat op een onrendabele exploitatie van de HAP+. Hier dient in ieder geval kritisch naargekeken te worden.

Geboortezorg

Het vraagstuk van de geboortezorg speelt dominant door de business case heen. In het sociaal plan wordt ervan uitgegaan dat 17 fte's verdwijnen op de afdeling verloskunde en dat er 1,2 fte verloskundige / echoscopiste, 2,7 fte kindergeneeskunde en 2,8 fte gynaecologie plaatsen, verdwijnen. Hoe deze zorg in de toekomst wordt geleverd is nog niet helder. Wat deze reductie van fte's betekent voor de te leveren zorgvraag en bijbehorende kwaliteit is voor ons nu niet in te schatten.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.
De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

9.5. Bijlage 5 Voorwaarden bestuurlijke fusie

Voorwaarden

Voor implementatie van het herpositioneringsplan gelden de volgende voorwaarden:

1. Door de RVB van DFZ committeert zich volledig aan de herstructurering van de somatische zorg in De Sionsberg te Dokkum, zoals weergegeven in de notitie "herpositionering De Sionsberg".
2. DFZ continueert de bevoorschotting van De Sionsberg op het niveau van 2011 om de bedrijfsvoering en de liquiditeitspositie veilig te stellen in 2012, zodat de aandacht uitsluitend gericht kan zijn op de implementatie van de voorgestane veranderingen.
3. Door DFZ wordt met De Sionsberg voor het jaar 2012 productieafspraken gemaakt overeenkomstig de uitgangspunten "financieel kader 2012", zoals gedefinieerd binnen het kader van het project Friesland Voorop.
4. Toekenning beschikbaarheidstoeslag over het jaar 2013 is noodzakelijk ter financiering van de transitiekosten in 2012 en deels in 2013. De RVB van DFZ spreekt met het ministerie van VWS af dat de volledige beschikbaarheidstoeslag over het jaar 2013 aan De Sionsberg wordt toegekend. Deze beschikbaarheidstoeslag 2013 wordt, daar waar nodig in 2012, ter beschikking gesteld aan De Sionsberg middels het verstrekken van een voorschot op de beschikbaarheidsgelden 2013 in 2012. DFZ compenseert de eventueel hogere transitiekosten op nacalculatiebasis, voorzover deze het bedrag van de beschikbaarheidstoeslag 2013 overschrijden.
5. Door DFZ wordt alle medewerking verleend om te komen tot een kwalitatief goede en betaalbare opzet en implementatie van de geboortezorg in de regio NoordOost Friesland. Het verlies dat in 2012 wordt geleden aan de uitvoering van de geboortezorg in De Sionsberg (ca. € 750.000,= in 2012) wordt in 2012 bij een negatief exploitatieresultaat door DFZ gecompenseerd. Mocht in 2012 blijken dat herstructurering van de geboortezorg in NoordOost Friesland onverhoopt om praktische of politieke redenen vanaf 01 januari 2013 niet gerealiseerd kan worden dan zal DFZ het verlies dat de Sionsberg leidt (geschat tekort 2013 ca. € 1,8 mln.) voor haar rekening nemen.
6. In het plan zijn voor de beoogde herpositionering noodzakelijke investeringen opgenomen. In het plan zijn echter de nadelige effecten van het moeten amoveren van grote delen van het ziekenhuiscomplex niet becijfert (impairment). De RVB va DFZ spreekt met het ministerie van VWS af dat de af te schrijven resterende boekwaarde van het te amoveren ziekenhuiscomplex Dokkum geheel wordt gecompenseerd.
7. De RVB van DFZ stemt in, ondersteunt en participeert actief naar externe relevante partijen (waaronder de NMa, etc.) om te komen tot integratie/fusie van De Sionsberg en Nij Smellinghe in het jaar 2012.
8. De RVB van DFZ garandeert de aanwezigheid van goede ambulancevoorzieningen tussen De Sionsberg en andere ziekenhuizen in de regio en voorziet in financiering van deze dienstverlening.
9. DFZ draagt bij aan een zo spoedig mogelijke opening van de klinische cardiologie in De Sionsberg, binnen de vastgestelde eisen van kwaliteit en veiligheid, op zijn laatst op 01 juli 2012.
10. De RVT van de Pasana groep dient zorg te dragen voor een goede besturing van dit project en maakt afspraken met de RVT van Nij Smellinghe teneinde bestuurlijke duidelijkheid en daadkracht te kunnen realiseren

C. Meijer MBA

VOORWAARDELIJK BESLUIT TOT BESTUURLIJKE FUSIE (VERSIE 05 MAART 2012)

(11)

ADDENDUM bij de aan het voorwaardelijk fusiebesluit Pasana Zorggroep en NijSmellinghe verbonden voorwaarden aan DFZ voor implementatie van het herpositioneringsplan.

Met name op de voorwaarden 2 (bevoorschotting 2012) en 4 (toekenning beschikbaarheidstoeslag 2013) is het volgende van belang:

Het is noodzakelijk enige rust in de organisatie Pasana/ De Sionsberg te creëren om alle energie te kunnen steken in de transitie naar een nieuw De Sionsberg. Een De Sionsberg dat dringend moet worden gemoderniseerd om aan de eisen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te voldoen. Dat wil zeggen het voortzetten van de bevoorschotting zoals in 2011 het geval was.

Ten aanzien van het ook in 2013 kunnen rekenen op de beschikbaarheidstoeslag van € 3,7 mln geldt bovendien, dat de huisbankier dit als voorwaarde stelt voor het weer op het gewenste peil terugbrengen van de kredietfaciliteit van € 8,5 mln, zoals gebruikelijk. Deze faciliteit was vanwege alle onrust en onzekerheid teruggebracht naar € 1 mln en gezien actuele liqiditeitsproblemen vooralsnog op € 3 mln gesteld. Het kunnen uitbetalen van vakantiegeld vraagt binnenkort al om de gebruikelijke, hogere grens.
DFZ heeft een inspanningsverplichting om deze beschikbaarheidsgelden voor 2013 (noodzakelijk voor dekking van de transitiekosten) bij het ministerie te verkrijgen en zal daartoe de goede netwerkcontacten voluit gebruiken. Samen met de interimbestuurder van Pasana zal daartoe op korte termijn een afspraak met VWS worden gemaakt.
Mocht deze afspraak onverhoopt niet kunnen worden gemaakt, dan is een budgetafspraak met DFZ noodzakelijk. In geen geval mogen de transitiekosten ten laste worden gebracht van Pasana, die dat niet zal kunnen dragen, mede gelet op de noodzakelijke, achterstallige investeringen. Voor NijSmellinghe zou het ontbreken van voldoen aan deze ontbindende voorwaarde het einde betekenen van hun bereidheid om de fusie te realiseren en zich daarna verantwoordelijk te weten voor wat noodzakelijk is om de (aangepaste) toekomst van de Sionsberg veilig te stellen.

Want dat is exact wat DFZ terugontvangt voor deze financiële garantie: De voorzieningen in Dokkum worden (inclusief de care) waar nodig op het gewenste niveau gebracht. De nieuwe fusieorganisatie zal daartoe alle benodigde investeringen doen. Daarbij zal geen beroep gedaan worden op de zorgverzekeraar die niet passen binnen de normale productieafspraken. De fusie, nòch de noodzakelijke investeringen hebben tot doel te komen tot een capaciteitsuitbreiding, maar betreft moderniseringen die nodig zijn om het achterstallig onderhoud in te lopen. Er zal geen sprake zijn van een explosie van productie. Wel zal sprake zijn van enige lateralisatie tussen Dokkum en Drachten, waar dat is geïndiceerd ten aanzien van de indeling van laagcomplexe verrichtingen in Dokkum en hoogcomplexe verrichtingen in Drachten, waar de benodigde voorzieningen zoals een IC beschikbaar zijn. In het algemeen, en dat geldt ook voor ondersteunende activiteiten, zal een zodanige nieuwe organisatie worden gebouwd, dat de aanwezige ziekenhuislocaties optimaal worden benut en de maatschappen en vakgroepen zoveel mogelijk worden geïntegreerd en ingezet waar nodig.

Met deze arrangementen kan de rust in de regio worden bewaard of hersteld en kan het aantal verzekerden in stand blijven of uitbreiden.

Dokkum, Drachten, 22 maart 2012
Cees Meijer, vz RvB NijSmellinghe
Johan Wagenaar, vz RvB Pasana Zorggroep a.i.

9.6. Bijlage 6 Brief DFZ 29 maart 2012

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Ingekomen 29 MAART 2012
Briefnummer 190
Geadresseerd aan Directie
Aan verantwoordelijke/actie Wagenaar
Ter info c.c.
Gezien: Archiefnr.:

De Friesland Zorgverzekeraar
Harlingertrekweg 53
Postbus 270
8901 BB Leeuwarden
Tel. (058) 291 31 31
Fax (058) 215 37 59
www.defriesland.nl

Ziekenhuis De Sionsberg
T.a.v. de heer J.Wagenaar, voorzitter Raad van Bestuur a.i.
Postbus 39
9100 AA DOKKUM

Behandeld door: RvB/HS/LvdE
Telefoon: 058 – 291 38 00
E-mail:
Uw kenmerk:
Ons kenmerk:
Datum: 29 maart 2012

Onderwerp: Reactie op voorwaarden herpositioneringsplan De Sionsberg aan De Friesland

Geachte heer Wagenaar,

Op 10 februari 2012 jl. heb ik van de heren Doppenberg en Meijer een mail mogen ontvangen met een bijgevoegd document, waarin 10 voorwaarden staan opgesomd voor de herstructurering van De Sionsberg conform het bij de IGZ ingediende herpositioneringsplan van De Sionsberg. Op de inhoud van deze voorwaarden is in twee overleggen, dd. 14 februari en 22 maart, reeds uitvoerig mondeling gereageerd. Verderop in deze notitie treft u de schriftelijke weergave van onze reactie aan.

In de eerste plaats wil ik mijn verbazing uitspreken over het feit dat negen van de tien voorwaarden betrekking hebben op De Friesland, terwijl dit het herpositioneringsplan van De Sionsberg betreft. Daarnaast wil ik mijn verbazing uitspreken over het feit dat in een later stadium uit het overleg van 22 maart en in een naar aanleiding daarvan ontvangen addendum bekend is geworden dat het niet voldoen aan de ontbindende voorwaarde 4 door De Friesland het einde zou betekenen van de bereidheid van Nij Smellinghe om de fusie tussen Nij Smellinghe en De Sionsberg te realiseren.

Er kan geen sprake zijn van het stellen van de aanvullende voorwaarde dat het doorgaan van de fusie afhankelijk is van een garantstelling door De Friesland voor een bedrag ter grootte van de beschikbaarheidbijdrage 2013. De fusie is een aangelegenheid die primair de fuserende partijen aangaat. Hoewel De Friesland deze fusie ondersteunt, is zij hierin geen partij. In het overleg van 14 februari is, naar aanleiding van een door ons gestelde vraag, bovendien expliciet aangegeven dat het uitvoeren van het herstructureringsplan niet afhankelijk is van een fusie tussen Nij Smellinghe en De Sionsberg.

Alvorens inhoudelijk in te gaan op de genoemde tien voorwaarden, geef ik eerst een korte reactie op hetgeen in de inleiding van bovengenoemde document met betrekking tot de toetsing van de financiële business case van De Sionsberg door De Friesland is weergegeven. De opmerking in de inleiding dat de doorberekening van het plan en de toetsing daarvan door voornoemde partijen (KPMG en De Friesland) heeft plaatsgevonden en de uitkomsten

daarvan positief zijn bevonden en als haalbaar getypeerd, is een enigszins optimistische voorstelling van zaken. De Friesland heeft in haar reactie op het herpositioneringsplan van De Sionsberg, dat op 24 januari naar de IGZ is gestuurd,
een aantal kanttekeningen geplaatst. Hierin is onder meer gesteld dat een toets op de financiële houdbaarheid niet volledig mogelijk was en dat op onderdelen wordt gevreesd dat de business case niet robuust en rooskleurig zou zijn.

In het navolgende wordt onze reactie op de voorwaarden weergegeven.

Voorwaarde 1: *de RVB van DFZ committeert zich volledig aan de herstructurering van de somatische zorg in De Sionsberg te Dokkum, zoals weergegeven in de notitie "herpositionering De Sionsberg".*

Reactie: in de productieafspraken voor 2012 wordt uitgegaan van het nieuwe portfolio en de uitgangspunten zoals die zijn verwoord in onze reacties op het herpositioneringsplan van De Sionsberg, die wij naar de IGZ hebben verstuurd.

Voorwaarde 2: *DFZ continueert de bevoorschotting van De Sionsberg op het niveau van 2011 om de bedrijfsvoering en de liquiditeitspositie veilig te stellen in 2012, zodat de aandacht uitsluitend gericht kan zijn op de implementatie van de voorgestane veranderingen.*

Reactie: hoewel het bij De Sionsberg uitstaande voorschot van € 6,5 mln niet meer in verhouding staat tot de opgave van de onderhandenwerk positie van € 4,5 mln, die wij op 6 januari van De Sionsberg hebben ontvangen (nog even los van het feit of deze opgave juist is), zijn wij bereid dit risico te nemen en de bevoorschotting in 2012 te continueren. Vanaf 1 januari 2013 zal de hoogte van het permanente voorschot worden aangepast aan een nog nader te bepalen percentage van de onderhandenwerk positie van De Sionsberg. Wij zijn alleen hiertoe bereid als ook over de overige voorwaarden overeenstemming is bereikt.

Voorwaarde 3: *door DFZ worden met De Sionsberg voor het jaar 2012 productieafspraken gemaakt overeenkomstig de uitgangspunten "financieel kader 2012", zoals gedefinieerd binnen het kader van het project Friesland Voorop.*

Reactie: in de productieafspraken voor 2012 wordt uitgegaan van het nieuwe portfolio en de uitgangspunten zoals die zijn verwoord in onze reacties op het herpositioneringsplan van De Sionsberg, die wij naar de IGZ hebben verstuurd.

Voorwaarde 4*: toekenning beschikbaarheidstoeslag over het jaar 2013 is noodzakelijk ter financiering van de transitiekosten in 2012 en deels in 2013. De RVB van DFZ spreekt met het ministerie van VWS af dat de volledige beschikbaarheidstoeslag over het jaar 2013 aan De Sionsberg wordt toegekend. Deze beschikbaarheidstoeslag 2013 wordt, daar waar nodig in 2012, ter beschikking gesteld aan De Sionsberg middels het verstrekken van een voorschot op de beschikbaarheidsgelden 2013 in 2012. DFZ compenseert de eventueel hogere transitiekosten op nacalculatiebasis, voorzover deze het bedrag van de beschikbaarheidstoeslag 2013 overschrijden.*

Reactie: DFZ is bereid zich bij de Minister hard te maken voor de handhaving van de beschikbaarheidbijdrage in 2013 onder de voorwaarde dat uitvoering van het plan en een adequate bestuurlijke aansturing van het proces door de RvT van De Sionsberg wordt gegarandeerd (zie notitie 'DFZ 17-01 reactie'). Omdat het al bij De Sionsberg uitstaande permanente voorschot ronduit riant is te noemen en niet in verhouding staat tot de door De Sionsberg

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

opgegeven hoogte van de onderhandenwerk positie en omdat extra bevoorschotting niet past in het kader van Solvency II, gaat DFZ niet over tot het verstrekken van een (extra) voorschot op de beschikbaarheidsgelden.

Voorwaarde 5: *door DFZ wordt alle medewerking verleend om te komen tot een kwalitatief goede en betaalbare opzet en implementatie van de geboortezorg in de regio NoordOost Friesland. Het verlies dat in 2012 wordt geleden aan de uitvoering van de geboortezorg in De Sionsberg (ca. € 750.000,= in 2012) wordt in 2012 bij een negatief exploitatieresultaat door DFZ gecompenseerd. Mocht in 2012 blijken dat herstructurering van de geboortezorg in NoordOost Friesland onverhoopt om praktische of politieke redenen vanaf 01 januari 2013 niet gerealiseerd kan worden dan zal DFZ het verlies dat de Sionsberg leidt (geschat tekort 2013 ca. € 1,8 mln.) voor haar rekening nemen.*

Reactie: uitvoering van de geboortezorg door De Sionsberg en de financiële gevolgen daarvan, behoort tot de bedrijfsvoering van De Sionsberg. Een eventueel negatief exploitatieresultaat zal niet worden gecompenseerd door DFZ. Overigens is een gedeelte van de door de Sionsberg over 2012 te ontvangen beschikbaarheidbijdrage juist hiervoor bedoeld. Financieel rendabele uitvoering van de geboortezorg door De Sionsberg zal mede afhankelijk zijn van de inhoud van het plan dat, volgens afspraak, uiterlijk 1 mei zal worden opgeleverd. Als De Sionsberg, conform de afspraken met de IGZ, vóór 1 mei een herstructureringsplan heeft liggen voor de geboortezorg, dat ook de goedkeuring van DFZ kan wegdragen, is De Friesland bereid een nader te bepalen gedeelte van deze kosten voor haar rekening te nemen in 2012. Als in 2012 blijkt dat herstructurering van de geboortezorg in Noord Oost Friesland om politieke redenen vanaf 1 januari 2013 niet gerealiseerd kan worden, beschouwen wij dat als een gezamenlijk probleem, hetgeen inhoudt dat wij gezamenlijk naar een voor alle partijen bevredigende oplossing zullen zoeken en bovengenoemde afspraak vervalt.

Voorwaarde 6: *In het plan zijn voor de beoogde herpositionering noodzakelijke investeringen opgenomen. In het plan zijn echter de nadelige effecten van het moeten amoveren van grote delen van het ziekenhuiscomplex niet becijferd (impairment). De RVB van DFZ spreekt met het ministerie van VWS af dat de af te schrijven resterende boekwaarde van het te amoveren ziekenhuiscomplex Dokkum geheel wordt gecompenseerd.*

Reactie: compensatie van af te schrijven resterende boekwaarde behoort tot ondernemersrisico van de ziekenhuizen. DFZ zal ondersteunen bij het zoeken naar een oplossing , maar zal hierover niet op voorhand afspraken maken met de Minister.

Voorwaarde 7: *de RVB van DFZ stemt in, ondersteunt en participeert actief naar externe relevante partijen (waaronder de NMa, etc.) om te komen tot integratie/fusie van De Sionsberg en Nij Smellinghe in het jaar 2012.*

Reactie: De Friesland staat positief ten opzichte van een fusie van De Sionsberg met Nij Smellinghe en zal, indien hier naar gevraagd door de NMa, aangeven dat zij de fusie, onder voorwaarden, steunt. Een voorwaarde is dat De Friesland inzicht krijgt in de fusiedocumenten. Voor de goede orde wil ik hierbij nogmaals de nadruk leggen op de grenzen die er zijn met betrekking tot uitwisseling van informatie, voortvloeiend uit de Nederlandse Mededingingswet. Hierop heb ik u reeds mondeling gewezen. Ik vertrouw erop dat u deze grenzen nauwgezet zult respecteren.

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Voorwaarde 8: *de RVB van DFZ garandeert de aanwezigheid van goede ambulancevoorzieningen tussen De Sionsberg en andere ziekenhuizen in de regio en voorziet in financiering van deze dienstverlening.*

Reactie: De Friesland onderschrijft deze voorwaarde en voorziet in een redelijke financiering van deze dienstverlening. Wellicht overbodig te melden dat dit voor De Friesland een behoorlijke kostenpost met zich meebrengt, welke minimaal dient te worden gecompenseerd in de ziekenhuiskosten in de regio.

Voorwaarde 9: *DFZ draagt bij aan een zo spoedig mogelijke opening van de klinische cardiologie in De Sionsberg, binnen de vastgestelde eisen van kwaliteit en veiligheid, op zijn laatst op 01 juli 2012.*

Reactie: De Friesland wil goede cardiologische zorg voor haar verzekerden. Opening van de afdeling klinische cardiologie is niet eerder mogelijk dan wanneer De Sionsberg voldoet aan de eisen die zijn gesteld bij het verscherpt toezicht van de IGZ in 2011. Een positieve visitatie van de NVvC is in ieder geval onderdeel van deze eisen.

Voorwaarde 10: *De RVT van de Pasana groep dient zorg te dragen voor een goede besturing van dit project en maakt afspraken met de RVT van Nij Smellinghe teneinde bestuurlijke duidelijkheid en daadkracht te kunnen realiseren.*

Reactie: deze voorwaarde onderschrijven wij van harte.

Met vriendelijke groet,
De Friesland Zorgverzekeraar

Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

Cc de heer C. Meijer MBA

9.7. Bijlage 7 Rapportage Ernst & Young 21 augustus 2013

Project De Sionsberg: Rapportage van bevindingen
21 augustus 2013

Strikt vertrouwelijk

ERNST & YOUNG

Ernst & Young Transaction Advisory Services[1]
Antonio Vivaldistraat 150
1083 HP Amsterdam

Strikt vertrouwelijk

21 augustus 2013

Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana
t.a.v. drs. P. Littooy RA
Postbus 20200
9200 DA Drachten

Rapport van bevindingen inzake bedrijfsplan 'De Sionsberg'

Geachte heer Littooy,

Ingevolge uw opdracht hebben wij de werkzaamheden uitgevoerd als vermeld in onze opdrachtbevestiging van 17 mei 2013 (hierna: de opdrachtbevestiging), waarvan een kopie is bijgesloten als bijlage E van dit rapport naar aanleiding het bedrijfsplan betreffende ziekenhuis 'De Sionsberg' (hierna: de transactie).

Reikwijdte en aard van de werkzaamheden

De reikwijdte en aard van de werkzaamheden, waaronder de voorwaarden en beperkingen, zijn vermeld in onze opdrachtbevestiging. Wij verwijzen naar bijlage D voor een overzicht van de informatie die wij hebben gebruikt voor onze werkzaamheden.

Wij zijn in ons onderzoek niet ingegaan op de 'Care' activiteiten van de Pasana Zorggroep en /of de impact van het bedrijfsplan op de financiële positie van Nij Smellinghe, Pasana Zorggroep of Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana.

Ons rapport

Dit rapport bevat onze bevindingen met betrekking tot de zaken die onder de overeengekomen reikwijdte vallen. Voor een goed begrip van onze bevindingen en aanbevelingen dient het gehele rapport te worden gelezen.

Onze aanbevelingen zijn geformuleerd in het kader van uw aanpak van de transactie, op basis van onze feitelijke conclusies zoals deze voortkomen uit onze analyse van de ontvangen informatie.

Wij hebben onze werkzaamheden op 14 mei 2013 aangevangen en op 3 juli 2013 afgerond. Met gebeurtenissen of omstandigheden die zich na die datum hebben voorgedaan, wordt in dit rapport dan ook geen rekening gehouden.

Wij hebben onze concept rapportage op 19 augustus 2013 besproken met de auditcommissie van de Raad van Toezicht van de Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana.

Verklaringen van het management

De inhoud van ons rapport is door de heer Dijksma, controller/hoofd DIA Ziekenhuis Nij Smellinghe, beoordeeld en hij heeft de feitelijke juistheid daarvan bevestigd.

Doel van het rapport en beperkingen in het gebruik

Het rapport is ingevolge de specifieke opdracht van de bestuurders van Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana uitsluitend met het oog op de voorgenomen reorganisatie vervaardigd. Het dient voor geen enkel ander doel te worden gebruikt en er dient voor geen enkel ander doel op te worden gesteund.

[1] Ernst & Young Transaction Advisory Services is een handelsnaam van Ernst & Young Accountants LLP. Dit is een limited liability partnership opgericht naar het recht van Engeland en Wales met registratienummer OC335594. In relatie tot Ernst & Young Transaction Advisory Services wordt de term partner gebruikt voor een (vertegenwoordiger van een) vennoot van Ernst & Young Accountants LLP. Ernst & Young Accountants LLP is statutair gevestigd te Lambeth Palace Road 1, London SE1 7EU. Verenigd Koninkrijk, heeft haar hoofdvestiging aan Boompjes 258, 3011 XZ Rotterdam, Nederland en is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel Rotterdam onder nummer 24432944. Op onze werkzaamheden zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin een beperking van de aansprakelijkheid is opgenomen.

Behoudens voorzover vermeld in de bijgesloten opdrachtbevestiging en de artikelen 11 tot en met 15 van de daarbij gevoegde algemene voorwaarden (Appendix B) mag het rapport zonder onze voorafgaande schriftelijke toestemming niet richting derden worden aangehaald, mag er niet richting derden naar worden verwezen en mag het niet aan derden worden getoond.

Wij dragen geen verantwoordelijkheid, noch aanvaarden wij deze, en zijn niet aansprakelijk tegenover derden ('ongeautoriseerde personen'), niet zijnde onze cliënt of enige partij met wie wij een instemmingsverklaring overeen zijn gekomen. Indien ongeautoriseerde personen verkiezen op enig gedeelte van de inhoud van dit rapport te steunen, doen zij dit op eigen risico.

Hoogachtend,

Ernst & Young Transaction Advisory Services

namens deze

Maurice van den Hoek

Partner

Afkortingen

€	Euro
A	Werkelijk
B	Begroting
EZIS	EDP (Electronic Data Processing) systeem van ChipSoft
FYXXA	Werkelijk resultaat voor het fiscale jaar 20XX
FYXXB	Herziende begroting voor het fiscale jaar 20XX
FYXXOB	Oorspronkelijke begroting voor het fiscale jaar 20XX
FYXXP	Prognose begroting voor het fiscale jaar 20XX
k	Duizend
KPIs	Key Performance Indicators
m	Miljoen
n/a	Niet van toepassing
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PACS	Picture Archiving & Communications Systems
PNIL	Personeel niet in loondienst
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

Achtergrond en opdracht 0

1. Achtergrond en opdracht 2

Samenvatting van de bevindingen 7

2. Samenvatting van de bevindingen 8

Bijlagen 22

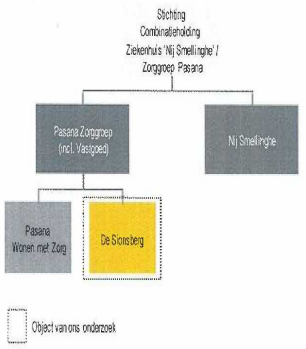
3. Bijlage A - Winst- en verliesrekening 23
4. Bijlage B - Structureel resultaat 27
5. Bijlage C - Kasstroomoverzicht 28
6. Bijlage D - Geraadpleegde bronnen 29
7. Bijlage E - Opdrachtbevestiging 32

Achtergrond en opdracht

1. Achtergrond en opdracht

Structuur

Bron: Management Informatie



Achtergrond

In september 2012 is besloten tot een bestuurlijke fusie tussen Nij Smellinghe en Pasana Zorggroep. Vanaf begin 2013 zijn een aantal problemen manifest geworden, waaronder de terugloop van het aantal patiënten in De Sionsberg. Mede als gevolg hiervan zou voor De Sionsberg op basis van ongewijzigd beleid een structureel te kort ontstaan van €9,7m vanaf 2014. Om dit te ondervangen zijn door management initieel de volgende scenario's in hoofdlijnen uitgewerkt:

- 7x24-ziekenhuis (52 bedden);
- Weekziekenhuis (52 bedden);
- Dagziekenhuis (10 bedden).

Volgens management bieden het week- en dagziekenhuis scenario vanuit een financieel-economisch oogpunt weinig perspectief, vooral vanwege de verwachte omzetreductie die niet op zou wegen tegen de kostenreductie. Daarnaast zouden discussies ten aanzien van Friesland Voorop en (lokale) politieke gevoeligheden een rol spelen. Daarentegen zou een kostendekkende exploitatie van De Sionsberg als van een 24/7 klinische en acute zorgvoorziening mogelijk worden geacht. De Sionsberg zou hierdoor ook de door Nij Smellinghe gezochte strategische meerwaarde kunnen bieden.

Het 7x24-ziekenhuis scenario is vervolgens vertaald in het draaiboek 'Operatie toekomstig maken' d.d. 28 mei 2013, waarbij als doelstelling wordt opgenomen De Sionsberg in te richten als een compacte en efficiënte ziekenhuisvoorziening met een kostendekkende exploitatie (in 2015) die:

- Maximale ondersteuning biedt aan de eerstelijns gezondheidszorg;
- Een portaal biedt voor de eerstelijns gezondheidswerkers en hun patiënten en cliënten;
- Door het aanbieden van basis ziekenhuiszorg, nabije zorg realiseert in de regio Noordoost Friesland; en
- Daarmee en belangrijke sociaaleconomische functie in de regio vervult en als zodanig een cruciale functie vervult in de leefbaarheid van de regio.

Opdracht

Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana heeft ons gevraagd om ten behoeve van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht de volgende werkzaamheden uit te voeren:

- Op basis van het opgestelde bedrijfsplan betreffende ziekenhuis 'De Sionsberg' zullen wij:
  - De verschillen in uitgangspunten, veronderstellingen en uitkomsten van het voorliggende bedrijfsplan en het bedrijfsplan opgesteld voor de bestuurlijke fusie ('case Meijer') en de door KPMG en De Friesland opgestelde bedrijfsrapportages analyseren.
  - De uitgangspunten en veronderstellingen van het bedrijfsplan toetsen aan de beschikbare informatie en analyseren of deze van voldoende kwaliteit zijn om een afgewogen oordeel te kunnen vormen inzake de exploitatiemogelijkheden van ziekenhuis 'De Sionsberg'.
  - Analyseren van de financiële consequenties van het voorliggende bedrijfsplan ten aanzien van de saneringskosten, investeringen en financiering inzake ziekenhuis 'De Sionsberg'.
- Ten aanzien van geïdentificeerde synergievoordelen als gevolg van de bestuurlijke fusie tussen Stichting ziekenhuis 'Nij Smellinghe' en Stichting Zorggroep Pasana zullen wij:
  - Middels interviews met verantwoordelijk managers de gebieden bespreken waarop de synergievoordelen zich richten en daarin inzicht verkrijgen.
  - De uitgangspunten voor synergievoordelen met u toetsen, evenals de geschiktheid van de cijfermatige onderbouwing en de inherente risico's in de omvang van de te behalen voordelen.
  - Het bestuderen van de kosten die met het behalen gepaard gaan (eenmalig en structureel) en het tijdstip ervan.
  - U wijzen op gevoeligheden en risico's in de integratiefase en deze met u bespreken.
- Een op feiten gebaseerd rapport van bevindingen opstellen.
- Voor de goede orde melden wij dat wij:
  - Wij zullen geen 'model audit' uitvoeren maar de financiële overzichten opgenomen in onze rapportage zullen wel getoetst worden op rekenkundige juistheid.
  - Ons onderzoek richt zich op het bedrijfsplan van ziekenhuis 'De Sionsberg'. Wij zullen in ons onderzoek niet ingaan op de 'Care' activiteiten van de Pasana Zorggroep en /of de impact van het bedrijfsplan op de financiële positie van Nij Smellinghe, Pasana Zorggroep of Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana.
  - Geen nadere analyse zullen uitvoeren op historische resultaten, financiële posities en/of kasstromen.

Overzicht impact bevindingen op financieringsbehoefte

Valuta: € 000	Ref	FY13P	FY14F	FY15F
Gerapporteerde kasstromen		(93)	(3.702)	3,053
Operationele kasstromen				
Gevoeligheden operationeel bedrijfsresultaat				
Wegvallen beschikbaarheidbijdrage	1	-	(2.500)	(1.250)
Juistheid besparing personeelskosten	2	pm	pm	pm
Later aanvangen besparingen	3	pm	pm	pm
Volledigheid van reorganisaties	4	pm	pm	pm
Werkkapitaal				
Geen mutaties opgenomen	5	pm	pm	pm
Potentiële upside				
Omzet productie	6	pm	pm	pm
Versnellde afschrijving materiële vaste activa	7	pm	pm	pm
Behalen (additionele) synergieën	8	pm	pm	pm
Investeringskasstromen				
Toereikendheid capex	9	pm	pm	pm
Financieringskasstromen		-	-	-
Totaal operationeel (exclusief pm items)		(93)	(6.202)	1,803

Bron: Management informatie
Ref: Overzicht beïnvloedende bevindingen - Section Local - Ernst Schedules

Conclusie

Op basis van onze werkzaamheden, zoals weergegeven in onze opdrachtbrief, en de aan ons aangeleverde informatie concluderen wij ten aanzien van 'De Sionsberg' dat uit de drie scenario's (te weten 7x24-ziekenhuis, weekziekenhuis, dagziekenhuis) het 7x24-ziekenhuis scenario het meest financieel en politiek wenselijke scenario is. Wij merken hierbij op dat de drie scenario's op hoog geaggregeerd niveau zijn uitgewerkt en dat het 7x24-ziekenhuis scenario het enige scenario is waarvoor een meerjaren winst-en-verliesrekening en (beperkt) kasstroomoverzicht is uitgewerkt. Er is geen balansprognose opgesteld. Mochten de andere scenario's ook in dergelijk detail zijn uitgewerkt en tevens balansprognoses opgesteld zijn, dan zou dit mogelijk kunnen leiden tot andere conclusies.

Ten aanzien van het 7x24-ziekenhuis scenario merken wij op dat de gebudgetteerde kasstromen in 2015 positief worden waarbij de gebudgetteerde kasstromen in de jaren 2017 – 2019 negatief zijn door voornamelijk de uitgaven uit hoofde van de (voorgenomen) reorganisaties in 2012 van € 2,7m en 2013 / 2014 van € 9,7m respectievelijk. De financieringsbehoefte van 'De Sionsberg' die hierdoor ontstaat zal uit de beschikbare middelen van Nij Smellinghe opgevangen dienen te worden. Aanvullend hebben wij een aantal onzekerheden en potentiële upsides geïdentificeerd die zeer waarschijnlijk invloed kunnen hebben op de (gebudgetteerde) financiële positie van De Sionsberg.

Ter illustratie hebben wij deze onzekerheden en potentiële upsides ten aanzien van de geprognosticeerde kasstromen in nevenstaande tabel weergegeven. De in de tabel opgenomen posten betreffen zowel aanpassingen als gevoeligheden waarvan realisatie en/of timing onzeker zijn. Waarnodig hebben wij de eventuele impact op de kasstromen kwantitatief weergegeven, in andere gevallen hebben wij de betreffende bevinding als "pm" opgenomen. Wij merken op dat deze tabel in nauwe samenhang gelezen moet worden in de desbetreffende bijlage. Onderstaand worden de belangrijkste items nader toegelicht:

1. Dit betreft de afbouw van de beschikbaarheidbijdrage, waarvan momenteel de onzekerheid bestaat ten aanzien van de continuering, hetgeen niet geheel ondenkbaar is in het licht van de aangekondigde additionele overheidsbezuinigingen. Wij hebben hiernaast de impact weergegeven op de financiële positie als deze beschikbaarheidbijdrage niet wordt gecontinueerd.
2. Dit betreft de verwachte besparingen op personeelskosten, waarvan de hoogte van de besparingen per heden nog onzeker is aangezien deze nog niet op medewerkerniveau is bepaald. Door management wordt vooralsnog uitgegaan van een besparing van 100 FTEs (van in totaal €6,9m) naar rato van de personeelssamenstelling (284 FTEs).
3. Dit betreft de onzekerheid omtrent de termijn van aanvang van de besparingen die van invloed is op de financieringsbehoefte.

Overzicht impact bevindingen op financieringsbehoefte

Valuta: € 000	Ref	FY13P	FY14F	FY15F
Gerapporteerde kasstromen		(93)	(3.702)	3.053
Operationele kasstromen				
Gevoeligheden operationeel bedrijfsresultaat				
Wegvallen beschikbaarheidbijdrage	1	-	(2.500)	(1.250)
Juistheid besparing personeelskosten	2	pm	pm	pm
Later aanwangen besparingen	3	pm	pm	pm
Volledigheid van reorganisaties	4	pm	pm	pm
Werkkapitaal				
Geen mutaties opgenomen	5	pm	pm	pm
Potentiële upside				
Omzet productie	6	pm	pm	pm
Versnelde afschrijving materiële vaste activa	7	pm	pm	pm
Behalen (additionele) synergieën	8	pm	pm	pm
Investeringskasstromen				
Toereikendheid capex	9	pm	pm	pm
Financieringskasstromen		-	-	-
Totaal operationeel (exclusief pm items)		(93)	(6.202)	1.803

Bron: Management informatie

Ref: 'Overzicht beïnvloedbare bevindingen - Section Lazid - Lucid Schedule'

4 Dit betreft de reorganisatie 2012, waarbij wij niet hebben kunnen beoordelen of deze toereikend is door het ontbreken van een gedetailleerde onderbouwing van de kosten. Voor de voorgenomen reorganisatie in 2013 / 2014 zie punt 2.

5 Door management zijn geen mutaties in het netto werkkapitaal opgenomen, aangezien management nog geen balansprognose heeft bepaald. Wij merken op dat deze een significante impact kunnen hebben op de kasstromen.

6 Dit betreft de groei in omzet productie, waarbij acht management additionele groei kunnen te realiseren door onder meer het intensiveren van de relaties met huisartsen. Hiernaast heeft management initiatieven ontplooid omtrent de reeds gestarte vaatpoli, het opstarten van kaakchirurgie (vanaf 1 september 2013) en de heropening van klinische cardiologie. Het niet realiseren van of het vertraagd realiseren van deze productiegroei zal een impact hebben op de financiële positie van De Sionsberg.

7 Dit betreft een versnelde afschrijving van €5,0m in FY12A waarvan management de mogelijkheid aanwezig acht het bedrag te verkrijgen van de NZa en zorgverzekeraars middels nacalculatie. Wij begrijpen dat hierover nog geen afspraken zijn gemaakt met de NZa en zorgverzekeraars en realisatie derhalve nog onzeker is. In het bedrijfsplan wordt hier per heden geen rekening mee gehouden.

8 Zie 'beoordeling synergievoordelen' hieronder.

9 Dit betreft de onzekerheid omtrent de toereikendheid van de additionele investeringen aangezien deze per heden niet verder zijn onderbouwd door management.

Beoordeling synergievoordelen

- De uitwerking van synergievoordelen in de samenwerking Nij Smellinghe en Pasana Zorggroep is nog onvolledig. Op organisatieniveau is de ontwikkeling van integratieplannen tijdelijk on-hold gezet, om eerst de herstructurering van de Pasana Zorggroep door te voeren. Op functioneel niveau, bijvoorbeeld in contracten met leveranciers, worden synergievoordelen tussen beide zorgorganisaties geïdentificeerd en vervolgens gebruikt om de 20% taakstellende besparing voor De Sionsberg te onderbouwen. Daarmee lopen synergievoordelen en kostenbesparingen uit herstructurering door elkaar en is het onduidelijk hoe de synergievoordelen zijn samengesteld.
- Het management heeft vertrouwen dat de benodigde besparingen ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Ter onderbouwing hebben zij aanvullend aan de geprognosticeerde winst en verliesrekening mogelijke besparingen bij ondersteunende diensten in kaart gebracht, met een effect van €1,5m. Daarnaast noemen zij doorbelastingen van overheadkosten van Nij Smellinghe naar De Sionsberg á €320k (samen een netto effect van €1,2m). In een uitwerking van de taakstelling van 20% besparing niet patiënt gebonden kosten, worden ook extra overheadreducties in facilitaire staf met een effect van €1,2m genoemd.

- Indien de besparingen die ondersteunende afdelingen verwachten, ook grotendeels worden toegerekend aan de exploitatie van De Sionsberg, het besparingspotentieel in projectplannen expliciet wordt uitgewerkt, en een aansluiting gemaakt kan worden tussen productieomvang en patiëntgebonden kosten, lijkt de positieve instelling van het management gerechtvaardigd.

Aanbevelingen

Zoals overeengekomen met de auditcommissie van de Raad van Toezicht van de Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana hebben wij hieronder onze belangrijkste aanbevelingen samengevat.

- Specifiek voor deze opdracht is er voor het 24x7-ziekenhuis scenario een meerjaren winst-en-verliesrekening en (beperkt) kasstroomoverzicht is uitgewerkt. Er is geen geïntegreerd financieel model opgesteld die op detailniveau een meerjaren winst-en-verliesrekening, balans en kasstroomoverzicht bevat. Gezien de precaire financiële positie van 'De Sionsberg' en verwachte toekomstige financieringsbehoefte (mede gezien de reorganisaties) adviseren wij een dergelijk model op te stellen (inclusief eventuele 13 weken kasstroom prognoses) om in staat te zijn de financiële positie nauwkeurig te monitoren.
- De mate en snelheid waarin de medische staven bereid zijn samen te werken, bepaalt in sterke mate de te verwachten synergievoordelen. Wij adviseren om in ieder geval voor het einde van het jaar een rapportage op te stellen die ingaat op het Medisch Profiel van De Sionsberg. Dit profiel moet aangeven op welke onderdelen overeenstemming is en op welke onderdelen niet, zodat dit als input kan worden gebruikt voor de integratie tussen beide zorgorganisaties.
- Het is van groot belang om het management gefocust te houden op 'Business as Usual' (de kwaliteit van dienstverlening en het realiseren van budgetafspraken) en de succesvolle afronding van de herstructurering.
- Wij adviseren om de synergievoordelen meer concreet uit te werken, de aansluiting met integratieplannen per functionele afdeling te laten zien en afspraken te maken over de toerekening naar De Sionsberg.

De conclusie en aanbevelingen dienen te worden bezien in samenhang met de overige onderdelen van deze rapportage.

2. Samenvatting van de bevindingen

Samenvatting van de bevindingen

Potentiële invloed (PI)	Laag	Medium	Hoog
Invloed	+ Positief	~ Neutraal	− Negatief

Onderwerp	Omschrijving	PI	Advies / Next steps
Kwaliteit van de financiële informatie	▸ In de bijlage van het draaiboek 'Operatie toekomstigbestendig maken' d.d. 28 mei 2013 zijn financiële uitgangspunten opgenomen inzake 24/7 ziekenhuisvoorziening De Sionsberg te Dokkum. Deze uitgangspunten zijn geformuleerd op basis van de begroting 2013 (welke is gebaseerd op de prognose 2012). ▸ Het resultaat volgens de prognose voor 2012 is €4,8m negatief. Het werkelijke (thans door de externe accountant ongecontroleerde) resultaat voor 2012 bedraagt €9,6m negatief, inclusief een impairment op vaste activa van €5,0m. Wij begrijpen van management dat uitstel is verleend door de minster van VWS voor deponering van de Pasana Groep jaarrekening tot 1 januari 2014. ▸ Management heeft de uitgangspunten verder verwerkt in een geprognosticeerde winst- en verliesrekening voor de periode FY13B tot en met FY20F, zie bijlage A. Hierin is naast de begroting een prognose voor 2013 opgesteld op basis van de werkelijke resultaten tot en met mei 2013. Per heden constateren wij verschillen in de mate van detail met betrekking tot de uitwerking van de uitgangspunten. ▸ Tevens heeft management een liquiditeitsprognose opgesteld voor de periode FY13P tot en met FY20F. Wij merken op dat het hierin opgenomen operationeel resultaat per heden niet aansluit met die van de winst- en verliesrekening als gevolg van het hanteren van een andere verdeelsleutel voor de doorbelasting dienstverlening vanuit Pasana Groep. In het kasstroomoverzicht (bijlage C) is het bedrijfsresultaat overeenkomstig de winst- en verliesrekening opgenomen (bijlage A).	−	▸ Wij adviseren u een gedetailleerde onderbouwing per uitgangspunt op te stellen (voor zover nog niet is gebeurd) en deze waar mogelijk aan te sluiten met de financiële en operationele (bron)systemen. ▸ Wij adviseren u tevens een balansprognose op te stellen om de mutatie in het netto werkkapitaal vast te stellen, zodat de jaarlijkse liquiditeitsprognose een volledig beeld weergeeft. Het inzichtelijk krijgen van kasstromen is essentieel in het kader van een weloverwogen besluitvorming.

Samenvatting van de bevindingen

	▸ Er is vooralsnog geen balansprognose opgesteld. Mutaties in het netto werkkapitaal zijn derhalve nog niet vertaald in de liquiditeitsprognose ondanks dat deze een significante impact kunnen hebben op de kasstromen van De Sionsberg.	
Verschillen analyse tussen bedrijfsplan en case Meyer	▸ In FY13B wordt uitgegaan van een negatief resultaat van €6,0m, exclusief kosten uit hoofd van wachtgeldregeling (van €2,7m). Dit ligt lager dan het resultaat in case Meijer over 2013 (van €2,7m positief). Het verschil is toe te schrijven aan het hanteren van verschillende uitgangspunten. ▸ De uitgangspunten die ten grondslag liggen aan FY13B zijn bepaald in relatie tot het draaiboek 'Operatie toekomstigbestendig maken' en zijn volgens management derhalve niet te verenigen met die van case Meijer en de gedateerde bedrijfsrapportages van KPMG en De Friesland zorgverzekeraar.	▸ Wij hebben gezien de verschillen in uitgangspunten geen nader onderzoek gedaan, aangezien wij van management begrijpen dat geen nadere opvolging benodigd is.
Structureel resultaat / kosten reorganisatie	▸ Tijdens onze bespreking d.d. 14 mei 2013 met de heren Littooy, Lalkens en Dijksma is ons medegedeeld dat men verwacht De Sionsberg resultaat neutraal is vanaf FY15F. Hierbij houdt het management geen rekening met de kosten voor de reorganisatie 2012 van €2,7m en de voorgenomen additionele reorganisatie 2013 / 2014 van €9,7m (zie opgenomen structureel resultaat in bijlage B) die gefaseerd over de jaren 2013 – 2019 in de geprognosticeerde winst-en verliesrekening worden opgenomen. ▸ Met deze bijgaande kosten dient wel rekening te worden gehouden in relatie tot de financieringsbehoefte van De Sionsberg en het feit dat de financiering van deze eenmalige kosten zoals wij begrijpen uit beschikbare middelen van Nij Smellinghe zal plaatsvinden (zie opgenomen kasstroomoverzicht in bijlage C).	▸ Wij adviseren u de financieringsbehoefte van De Sionsberg te bewaken, mede in relatie tot de bijkomende afkoopsommen ten opzichte van het structurele resultaat.
Toegekende omzet productie	▸ De toegekende omzet productie van €20,9m in de begroting 2013 betreft 80% van de productie 2012 voor poli- en kliniek. Op basis van de werkelijke productie ontwikkeling tot en met mei 2013 is de gerelateerde omzet met €146k bijgesteld naar	▸ Wij adviseren u de uitgangspunten met betrekking tot de omzetgroei verder in detail uit te werken per specialisme. ▸ Tevens dient een plan van aanpak inclusief

€21,0m in FY13P.

- Ofschoon niet opgenomen in de omzetprognose 2013, acht management verdere groei te realiseren door onder meer het intensiveren van de relaties met huisartsen. Hiernaast heeft management initiatieven ontplooid omtrent de reeds gestarte vaatpoli, het opstarten van kaakchirurgie (vanaf 1 september 2013) en de heropening van klinische cardiologie.
- Aanvullend hierop geeft management aan dat door de stijging van het aantal eerste polibezoeken begin 2013 (gemiddeld aantal eerste polibezoeken betreft 2.483 in de periode maart – mei 2013) het aantal bezoeken op basis van de Laatste Twaalf Maanden ("LTM") uitkomt op 28.600. Dit terwijl voor 2013 in totaal 28.000 eerste polibezoeken zijn begroot.
- Wij begrijpen van management dat er reeds met de Friesland zorgverzekeraar afspraken zijn gemaakt over de vergoeding van mogelijke overproductie (ten opzichte van de begroting 2013).
- Gelet op het bovenstaande en het thans beperkte marktaandeel wordt door management uitgegaan van een jaarlijkse omzetgroei van 5% (combinatie van prijs en volume) in FY14F en FY15F. Hierna voorziet management een jaarlijkse omzetgroei van 1,5%.

tijdslijn opgesteld te worden zodat inzichtelijk wordt wanneer de toename van het aantal patiënten per specialisme verwacht wordt.

Beschikbaarheidbijdrage

- De beschikbaarheidbijdrage is begroot op €3,7m in 2013. Formeel stopt deze bijdrage per 1 januari 2014. Met steun van De Friesland zorgverzekeraar is management in gesprek met het Ministerie van VWS en NZa over de mogelijkheid van een gefaseerde afbouw in de komende drie jaren.
- Hoewel formeel nog geen toezegging is ontvangen, heeft management een afbouw van de bijdrage opgenomen in de geprognosticeerde winst- en verliesrekening voor de jaren FY14F (€2,5m), FY15F (€1,3m) en FY16F (€0,6m) gebaseerd op de zienswijze van de minister die het belangrijk vindt een organisatie de gelegenheid te geven zich op de

- Gezien de onzekerheid die momenteel bestaat ten aanzien van de continuering van de beschikbaarheidstelling hebben wij in onze gevoeligheidsanalyse de impact laten zien als deze bedragen niet worden ontvangen, hetgeen niet geheel ondenkbaar is in het licht van de aangekondigde additionele overheidsbezuinigingen.

	nieuwe situatie aan te passen en zo nodig de (acute) zorg anders in te richten.	
Reorganisatie (geïnitieerd in 2012)	▸ In FY12A is begonnen met een reorganisatie. Tijdens de uitwerking van de begroting 2013 is hiervoor een schatting opgenomen van €2,7m inzake loondoorbetalingen en wachtgelden. Wij begrijpen op basis van de feitelijke situatie die naderhand is bepaald door management, de kosten op €2,0m zouden uitkomen. ▸ Door het ontbreken van een gedetailleerde onderbouwing van de kosten, hebben wij niet kunnen beoordelen of deze toereikend zijn.	▸ Wij adviseren u de gerelateerde afkoopsom per medewerker te bepalen. Indien deze cumulatief afwijkt van de begrote kosten, dan dient een aanpassing plaats te vinden gefaseerd over de wettelijk bepaalde termijn van (maximaal) 6 jaar.
Reorganisatie 2013 / 2014 in het kader van het continueren van De Sionsberg op een 24/7 basis	▸ De totale besparing op personeelskosten van €6,9m in FY14F en FY15F wordt als volgt door management ingeschat: – Mutatie begroting kliniek 24/7 van €3,1m. Deze besparing is gebaseerd op meer opnames (#3.500) ten opzichte van FY12A (#3.406) en minder beddencapaciteit (52 versus 65 in FY12A). Het aantal bedden per medewerker is gebaseerd op de landelijke norm en is haalbaar indien het aantal verpleegafdelingen wordt teruggebracht van 3 naar 2 en het gebouw efficiënter wordt ingericht. – FTE besparing van €1,5m door middel van aanvullende reorganisatie staf en management. Zie onderwerp 'Overige Medisch ondersteunend' op pagina 14. – FTE besparing van €0.9m door het efficiënter inrichten van de poliklinieken. – Besparing op het aantal FTEs en materieel waarvan de kosten worden doorbelast vanuit de Pasana Groep van €1,4m. ▸ Wij merken op dat de uitwerking van bovengenoemde besparingen door management verschillen in detail. Vooralsnog wordt uitgegaan van een afvloeiing van 100 FTEs in totaal naar rato van de personeelssamenstelling (284	▸ Wij adviseren u de gerelateerde besparingen en afkoopsom per medewerker uit te werken vanuit de verschillende afdelingen.

FTEs). Wij begrijpen van management dat een nadere uitwerking hiervan op medewerkerniveau binnenkort zal plaatsvinden en derhalve nog niet definitief is.

- De loondoorbetalingen / wachtgelden behorende bij de reorganisatie waren initieel door management begroot op €3,3m. Aan de hand van een nadere specificatie zijn de kosten in de geprognosticeerde winst- en verliesrekening vastgesteld op €9,7m (gefaseerd over de periode FY14F-FY19F). In deze specificatie houdt management er rekening mee dat de volledige afkoopsom per medewerker dient te worden voldaan over de wettelijk bepaalde termijn van (maximaal) 6 jaar.
- Hoewel de besparingen en afkoopsommen met betrekking tot de reorganisatie reeds deels in 2013 worden geïnitieerd door management, worden deze gefaseerd in geprognosticeerde winst- en verliesrekening opgenomen vanaf FY14F.

Overige kosten en doorbelastingen Pasana Groep

- Wij begrijpen van management dat men in het verleden percentages hanteerde om kosten (tussen Cure en Care) te verdelen. De toerekening in 2012 betrof 48% voor Cure en 52% voor Care. Echter, in het bedrijfsplan heeft management de kosten doorbelast vanuit de Pasana Groep die enkel betrekking hebben op De Sionsberg.
- Management heeft aangegeven dat de opbrengsten dienstverlening van €1,1m in 2013 (met name huuropbrengst van MCS) niet worden opgenomen vanaf FY14F, vanwege het zelfstandige karakter van MCS in relatie tot de exploitatie van De Sionsberg.
- In lijn met de 20% productiekorting op de omzet in 2013 is in de prognose van 2013 een besparing opgenomen van 20% op de voedingsmiddelen en hotelmatige kosten en patiënt- en bewonergebonden kosten (op basis van de begroting 2013). Dit verwacht men te realiseren middels het behalen van synergievoordelen. Het is echter onzeker of er een 1:1 verband is tussen de 20% daling van de productie enerzijds

- Wij adviseren u een adequate keuze te maken in het toedelen van kosten en deze (naar de toekomst toe) consistent toe te passen.
- Wij verwijzen naar ons advies / 'next step' zoals opgenomen bij onze bevindingen inzake synergievoordelen.

en de voedingsmiddelen en hotelmatige kosten en patiënt- en bewonergebonden kosten anderzijds. Overeenkomstig de omzetgroei wordt in FY14F en FY15F door management uitgegaan van een kostenstijging van 5% en vanaf 2016 van 1,5%.

- Daarnaast begrijpen wij van management dat de patiënt- en bewonergebonden kosten in de prognose 2013 €400k hoger zijn ten opzichte van de begroting 2013 op basis van de werkelijke kostenontwikkeling tot en met mei 2013.
- Management geeft aan dat de doorbelaste huurkosten, exclusief lease kosten met 45% zullen dalen in FY14F overeenkomstig de voorgenomen herinrichting van de gebouwen en de hierop van toepassing zijnde versnelde afschrijving van €5,0m.

Investeringen en afschrijvingen

- In het bedrijfsplan wordt gefaseerd €5,5m aan additionele investeringen opgenomen, bestaande uit de renovatie radiologie (€2.0m), renovatie van 2 OK's (€1.0m) en overige verbouwings- en sloopkosten (€2,5m). Als gevolg worden er in FY14F €225k aan additionele afschrijvingen opgenomen.
- Gezien de additionele investeringen per heden niet verder zijn onderbouwd, kunnen wij niet verifiëren of deze toereikend zijn, mede in relatie tot uitgaande kasstromen en de afschrijvingslasten.

- Om te kunnen analyseren of de benodigde investeringen en de daarbij behorende afschrijvingskosten toereikend zijn opgenomen adviseren wij u deze nader te specificeren en kwantificeren alsmede te toetsen aan offertes.

Leningen en interestlasten

- De (lopende) leningen voor De Sionsberg zijn afgesloten door de Pasana Zorggroep. Als gevolg bestaat er grote financiële verwevenheid tussen De Sionsberg, Pasana Wonen en Zorg en de Pasana Zorggroep.
- Wij merken op dat per heden geen zekerheid is omtrent het verschaffen van krediet om de additionele investeringen te financieren. Mocht het voor De Sionsberg niet mogelijk zijn om een lening aan te trekken, dan zal de bijbehorende investeringen van €4,5m in FY14 geen doorgang vinden.

- Wij adviseren u te beoordelen in hoeverre De Sionsberg kan worden aangesproken op de leningen die door de Pasana Groep zijn aangegaan (mede in relatie tot Pasana Wonen en Zorg).

Samenvatting van de bevindingen

Maandelijkse rapportages	▸ Management heeft aangegeven dat vanaf 1 januari 2013 maandelijkse managementrapportages beschikbaar zijn om de ontwikkelingen van De Sionsberg te analyseren.	▸ Wij adviseren u periodiek de resultaten (werkelijk ten opzichte van begroting) kwalitatief te onderbouwen en deze structureel te overleggen op management niveau.
Impairment / versnelde aflossing	▸ In FY12A is door management een impairment van €5,0m opgenomen inzake het realiseren van een compacte ziekenhuisvoorziening. Management acht de kans klein hiervoor subsidie te ontvangen van de Commissie sanering. Wel acht management de mogelijkheid aanwezig het bedrag te verkrijgen middels nacalculatie (in relatie tot vaststelling transitiebedrag). Wij begrijpen dat hierover nog geen afspraken zijn gemaakt met de NZa en zorgverzekeraars. In het bedrijfsplan wordt hier per heden geen rekening meegehouden.	▸ Gezien de onzekerheid die momenteel bestaat adviseren wij u duidelijkheid te verkrijgen over het financieren van de versnelde afschrijving door op papier afspraken te maken met NZa en zorgverzekeraar.
Synergievoordelen per functie		
Medische beeldvorming	▸ De bezetting van beschikbare infrastructuur in Drachten kan door integratie verbeterd worden (wachttijden MRI scan verkorten), met name voor planbare zorg. Een mogelijk risico is dat patiënten de reistijd naar Drachten een te groot obstakel vinden en liever wachten. ▸ Management geeft aan dat de infrastructuur in Dokkum sterk is verouderd en het personeel heeft lang geen bijscholing gehad. Daarbij is de patiëntveiligheid mogelijk in het geding. ▸ Er wordt € 2,0m begroot voor de verbouwing op de afdeling Radiologie, er is door ons geen onderbouwing gezien van benodigde investeringen voor dit bedrag. ▸ Het integratieplan voorziet een investering van € 320k in apparatuur en opleidingen. ▸ De integratie van EZIS en het PACS/RIS (Radiologie Informatie Systeem) en andere administratieve voorbereiding	▸ Wij adviseren om het bestaande integratieplan aan te vullen met een overzicht van synergievoordelen en de projectplanning aan te vullen met activiteiten, deelresultaten en beslismomenten.

	is een randvoorwaarde voor verdere integratie van de Radiologie afdeling en wordt voorbereid met een verwachte 'live' datum begin 2014. ▸ De onderbouwing van de geplande afvloeiing van formatie in Radiologie van 5 FTE (in het bedrijfsplan 24/7) is niet terug te vinden in het integratieplan van de afdeling Medische Beeldvorming.	
Klinisch Chemisch Lab	▸ Voor de overheveling van het Klinisch Chemisch Laboratorium van Dokkum naar Drachten is een bedrijfsplan ontwikkeld, die bij volledige overheveling van activiteiten voorziet in een besparing van € 550 – 650k. ▸ Het is onduidelijk of de verwachte 20% volumedaling voldoende is meegenomen in het bedrijfsplan. De materiaalkosten voor het lab in Dokkum waren € 547.092,-. Op basis daarvan zou een 20% volumedaling een daling van materiaalkosten van €110k opleveren. ▸ De cijfers waarop het bedrijfsplan is gebaseerd, dateren voor Dokkum uit 2011 en Drachten uit 2012.	▸ Wij adviseren om op basis van de eerste maanden van 2013 het bedrijfsplan te herzien en een projectplan te maken waarin de benodigde activiteiten en randvoorwaarden worden omschreven.
Overige Medisch ondersteunend	▸ Het bedrijfsplan 24/7 gaat uit van een afvloeiing in ondersteunend personeel van 26,54 FTE. Er is door ons geen integratieplan voor overige diensten gezien. ▸ Apotheek – Management noemt de integratie van de ziekenhuis apotheek als integratievoordeel, waarbij van de 5-6 FTE er uiteindelijk 1 FTE (de APS functie) in Dokkum hoeft over te blijven. In het bedrijfsplan 24/7 staat een geplande formatiereductie van 3,11 FTE. ▸ OK – Het hoofd OK geeft aan dat er nog geen integratie van de OK afdelingen plaatsvindt. Leveranciers worden wel omgezet op contracten van Nij Smellinghe. Als voorbeeld werd een liesbreuk matje genoemd, dat € 86,- kost in het	▸ Wij adviseren om de kostenombuigingen bottom up uit te werken vanuit de verschillende afdelingen en de aansluiting te maken met de herziene begroting.

contract bij Nij Smellinghe en € 143,- in het contract van De Sionsberg. Naar schatting van management is zeker €100k besparing op inkoop mogelijk.

- Wanneer duidelijk is wat het functiepakket per behandeling wordt (naar verwachting in september), is het mogelijk om een masterplan voor de OK te maken, waarbij op basis van productieafspraken een planning voor de komende 365 dagen op uurbasis wordt gemaakt, met urentoekenning per specialisme.

Finance & control, I&A

- Een personeelsreductie van 11,45 FTE (ongeveer € 600k) wordt verwacht, waarbij het voordeel valt aan beide kanten (Nij Smellinghe, Zorggroep Pasana)
- Een besparing op licentiekosten a €200k voor ZIS wordt volgens management onderhandeld met de leverancier van het systeem, maar niet expliciet opgenomen in het integratieplan.
- Voor externe inhuur en accountantscontrole kan € 30k bespaard worden.
- De voortgang van het ICT project EZIS is een kritieke randvoorwaarde voor andere projectteams.

- De ondersteuning van deze afdeling voor andere functies is kritiek voor het succesvolle verloop van de organisatieveranderingen. De programmaorganisatie moet kunnen steunen op betrouwbare cijfers en analyses. De ICT projecten vormen, na de medische integratie, de belangrijkste randvoorwaarde voor een mogelijke integratie per 1/1/2014. Wij adviseren daarom om de inzetbaarheid van medewerkers met specifieke kennis en/of ervaring te waarborgen en mogelijke veranderingen in personele bezetting te laten volgen op andere projecten.
- Wij adviseren om de kostenombuigingen bottom up uit te werken vanuit de verschillende afdelingen en de aansluiting te maken met de herziene begroting.

P&O

- Zorggroep Pasana betaalt € 250k voor HR systemen van Raet, die deels niet worden gebruikt, waar Nij Smellinghe €125k betaald, via een samenwerkingsverband met Zorgpartners Friesland en Raet.
- Mogelijk leidt integratie tot 3 - 5,6 FTE besparing (€ 300k), maar beide HR afdelingen zijn volgens management op juiste formatiesterkte. De besparing wordt gerealiseerd door centrale aansturing van de afdeling, uitbesteding van

- De mogelijkheden voor besparingen in de flexibele schil van Zorggroep Pasana (PNIL) dienen verder onderzocht te worden.

salarisadministratie en een andere verdeling en/of bundeling van taken.

- Management geeft aan dat de meeste synergievoordelen kwalitatief zijn, te weten:
  - Verbetering kwaliteit HR medewerkers Dokkum, betere positie in de organisatie, minder instrumenteel/procedureel
  - Duidelijke taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden
  - Sturing op budget, begrotingsdiscipline

Bedrijf & Gebouwen

- Het integratieplan van Bedrijf & Gebouwen richt zich op de deelgebieden Schoonmaak, Technische Dienst, Logistiek & Inkoop, Voeding en Vastgoed. Voor elk wordt een apart deelprojectplan gemaakt.
- De contracten van Zorggroep Pasana, voor schoonmaak in een joint venture met Hectas, voor onderhoud in een NEN2767 meerjarenonderhoudsplan met Pranger-Rosier en Dijkstra Draisma, worden momenteel herzien.
- Management geeft aan dat de integratieplannen gebaseerd zijn ter optimalisatie van de bestaande organisatie en dat bij een gewijzigd uitgangspunt meer voordelen te behalen zijn (o.a. in uitbesteding beveiliging, snijden in vaste formative Voeding in plaats van weghalen flexibele schil)
- De plannen zijn nog niet gebundeld of goedgekeurd door de OR, voor het deelprojectplan Voeding heeft het Projectteam Fusie en Integratie gevraagd om een haalbaarheidsonderzoek uit te voeren.
- De volgende synergievoordelen worden in de plannen genoemd;
  - € 200 – 300k in Voeding op basis van een reductie van aantal medewerkers. Onduidelijk is in hoeverre deze kostendaling ten gunste komt aan De Sionsberg en wat de effecten zijn van de omschakeling naar inkoop van

- Het integratieplan Inkoop en Logistiek gaat niet in detail in op de kwaliteit en invulling van de inkoopfunctie. Gelet op de diverse inkoopvoordelen die in de verschillende integratieplannen worden genoemd, adviseren wij om te evalueren of de inkoopfunctie op dit moment voldoende is geprofessionaliseerd.
- Daarnaast zou een centraal overzicht van schaalvoordelen in inkoop helpen om de voortgang van synergierealisatie te bewaken.
- Wij adviseren om de kostenombuigingen bottom up uit te werken vanuit de verschillende afdelingen en de aansluiting te maken met de herziene begroting.

koelverse maaltijdcomponenten. Directie heeft dit deelprojectteam gevraagd naar een haalbaarheidsonderzoek

- € 75k lagere exploitatielasten bij een centrale CSA in Drachten (het is echter onduidelijk wat de kostenbesparing is ten aanzien van de huidige situatie en in hoeverre de 1,66 FTE afvloeiing uit het bedrijfsplan 24/7 is meegenomen)
- € 100k in logistiek door centralisatie van activiteiten in Drachten

- Management noemt verder nog een mogelijke besparing in Schoonmaak à € 100k (op basis van inschatting Nij Smellinghe / bureau Masterkey), kwaliteitsverbetering in de Technische Dienst Nij Smellinghe en de mogelijkheid om met het gecombineerde vastgoed oppervlak een special vastgoed ontwikkelings BV te vormen.
- Een onderzoek naar mogelijke synergie in beveiliging en linnendienst worden in de projectplannen pas na integratie voorzien.

Kosten om integratievoordelen te realiseren

Investeringen

- Voor een beschrijving van de algemene investeringen verwijzen we naar het onderdeel zoals opgenomen eerder in dit rapport.

- We adviseren om de investeringen nodig om de synergievoordelen te realiseren in kaart te brengen en te toetsen met de begroting 2013 en 2014.

Samenvatting van de bevindingen

Integratieproces

Omgevingsfactoren

- Nij Smellinghe kent voornamelijk vrijgevestigde maatschappen, De Sionsberg een combinatie van specialisten in loondienst, specialisten vanuit MCL en vrijgevestigde maatschappen.
- Het effect van een regiomaatschappen in Friesland is nog onbekend.
- Er zal op korte termijn een oplossing moeten komen voor de specialisaties die door MCL specialisten in De Sionsberg worden ingevuld (bijvoorbeeld Dermatologie)
- Een verdere samenwerking met de Kwadrantgroep en Antonius Zorggroep (KANS) wordt onderzocht. Zo werken de IC's van Drachten en Sneek al intensief samen. Er bestaat het risico dat de uitvoering van integratieplannen wordt vertraagd om nieuwe mogelijkheden in breder verband eerst te onderzoeken.

- Wij adviseren om het tijdspad voor zowel de herstructurering Zorggroep Pasana als integratie met Nij Smellinghe zo veel mogelijk in te korten. Dat betekent op korte termijn een hoge belasting voor beide organisaties, maar zorgt later voor een eenduidige organisatie die de mogelijke nieuwe samenwerkingsverbanden kan onderzoeken.

Bereidheid tot integratie

- Er lijkt een groot verschil tussen de integratiebereidheid van maatschappen. Een voorbeeld dat gegeven wordt is het niet gebruiken van bestaande overcapaciteit in hart-catheterisaties in Nij Smellinghe (de angio-interventiekamer staat 1 dag leeg). Cardiologen uit De Sionsberg besteden dat nu uit aan specialisten in het MCL.
- Management geeft aan dat de veranderbereidheid bij maatschappen in Nij Smellinghe beperkt is. Het is daarmee de vraag of een geïntegreerd medisch beleid en eenduidig medisch profiel voor De Sionsberg op tijd gerealiseerd kan worden.

- Wij adviseren om voor de integratie van medische staven meerdere scenario's uit te werken, waarbij zowel rekening wordt gehouden met een vertraagde of slechts gedeeltelijke integratie, volledige integratie en externe ontwikkelingen (de vorming van één of meerdere regiomaatschappen in de regio Friesland).

Samenvatting van de bevindingen

Onderlinge afhankelijkheden	▸ De onderlinge relatie tussen het vast te stellen medisch profiel van De Sionsberg, de voortgang van integratie tussen maatschappen per specialisatie, de vorming van een geïntegreerd medisch beleid en de inrichting van de (medisch) ondersteunende afdelingen en systemen is complex.	▸ We adviseren om de programma organisatie meer expliciet te organiseren, en wekelijks de voortgangsrapportage, issue lijst, bijgewerkte projectplanning (met overzicht onderlinge afhankelijkheden en overzicht te nemen besluiten) te produceren. ▸ We adviseren om het programmabureau wekelijks te laten communiceren met projectleiders en te starten met een inventarisatie van onderlinge afhankelijkheden.
Projectorganisatie	▸ Op dit moment zijn er twee projectteams Fusie en Integratie: – De 'maandaggroep', actief sinds de bestuurlijke fusie in september 2012, gericht op organisatorische integratie van staf en medische ondersteuning – De 'dinsdaggroep', sinds maart/april 2013 na de 'valse start' van integratie medische staven, gericht op de medische integratie, het organisatiemodel voor De Sionsberg en het herstructureringsplan voor Zorggroep Pasana/De Sionsberg ▸ De integratie wordt ondersteund door 4 verschillende externe adviseurs. ▸ Een projectplan voor de dinsdaggroep is in ontwikkeling. ▸ Projectcommunicatie vindt plaats via een driewekelijkse fusiebrief, managementinformatie uurtjes voor leidinggevende van Nij Smellinghe en Zorggroep Pasana en via reguliere MT vergaderingen en werkoverleg. ▸ Management geeft aan dat de communicatie met het projectteam Fusie en Integratie naar projectteams (over te maken integratieplannen, besluiten, status proces, deadlines) ad-hoc verloopt. De projectorganisatie en rolverdeling lijkt informeel vastgelegd.	▸ We adviseren de 'maandaggroep' en 'dinsdaggroep' om te vormen tot een Stuurgroep en Projectgroep en op basis van de huidige stand van zaken een nieuwe en geïntegreerde planning te maken.

Samenvatting van de bevindingen

Verschillen in organisatiecultuur	▸ De cultuur in Zorggroep Pasana wordt door de verschillende leidinggevenden van Nij Smellinghe vaak op dezelfde wijze benoemd: – Ontbreken van een begrotingsdiscipline – Onduidelijke verdeling taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden – Ontbreken van ondernemerschap/taakzelfstandigheid ▸ De herstructurering / integratie wordt voornamelijk door Nij Smellinghe managers geleid. ▸ Het is onduidelijk hoe betrokken de medewerkers van Zorggroep Pasana zich voelen en in welke mate de komende herstructurering en integratie effect heeft op de productiviteit en veranderbereidheid.	▸ Wij adviseren om een apart projectteam voor verandermanagement te vormen, mogelijk in combinatie met projectcommunicatie, en deze de opdracht te geven om een interventieplan te maken voor de gewenste cultuurverandering, competentieontwikkeling, en communicatie met medewerkers. ▸ Wij adviseren om de afdeling P&O de komende periode extra aandacht te laten vestigen op ziekteverzuim bij Zorggroep Pasana door middel van frequente rapportages.
Sociaal plan	▸ Een sociaal plan voor de herstructurering van Zorggroep Pasana kijkt niet vooruit naar een verdere integratie met Nij Smellinghe.	▸ Wij adviseren om met de medezeggenschaps organen van Nij Smellinghe en Zorggroep Pasana samen de uitgangspunten voor toekomstige organisatieveranderingen (zowel de aankomende integratie als mogelijke nieuwe samenwerkingen) vast te stellen.

Bijlagen

3. Bijlage A - Winst- en verliesrekening
4. Bijlage B - Structureel resultaat
5. Bijlage C - Kasstroomoverzicht
6. Bijlage D - Geraadpleegde bronnen
7. Bijlage E - Opdrachtbevestiging

Bijlage A - Winst- en verliesrekening

Management gehanteerde uitgangspunten zijn op de hiernavolgende pagina's uitwerkt.

Winst- en verliesrekening inzake bedrijfsplan 24/7 ziekenhuisvoorziening

Valuta: € 000	FY12A	FY13B	FY13P	FY14F	FY15F	FY16F	FY17F	FY18F	FY19F	FY20F
Omzet productie	28,400	20,654	21,000	22,050	23,153	23,500	23,652	24,210	24,573	24,942
Productieafspraak Friesland Voorop	-	-	150	-	-	-	-	-	-	-
Beschikbaarheidsgelden	3,700	3,713	3,713	2,500	1,250	625	-	-	-	-
Overige bedrijfsopbrengsten	1,600	1,634	1,634	1,634	1,634	1,634	1,634	1,634	1,634	1,634
Opbrengsten dienstverlening Pasana	-	1,118	1,118	-	-	-	-	-	-	-
Transitiefinanciering	1,800	-	1,307	-	-	-	-	-	-	-
Bedrijfsopbrengsten	**35,500**	**27,319**	**28,922**	**26,184**	**26,036**	**25,758**	**25,486**	**25,844**	**26,207**	**26,575**
Personeelskosten	(24,075)	(21,567)	(20,498)	(15,787)	(12,621)	(12,547)	(14,034)	(16,011)	(14,545)	(12,419)
Voeding en hotelmatige kosten	(841)	(581)	(465)	(488)	(512)	(520)	(528)	(536)	(544)	(552)
Algemene kosten	(3,796)	(2,968)	(2,971)	(3,030)	(3,091)	(3,152)	(3,216)	(3,280)	(3,345)	(3,412)
Patiënt- en bewonergebonden kosten	(6,641)	(5,935)	(5,068)	(5,321)	(5,587)	(5,671)	(5,756)	(5,842)	(5,930)	(6,019)
Huurkosten	(3,642)	(1,295)	(1,294)	(710)	(724)	(739)	(754)	(769)	(784)	(800)
Detaties	336	(4)	-	-	-	-	-	-	-	-
Operationele bedrijfslasten	**(38,659)**	**(32,350)**	**(30,295)**	**(25,337)**	**(22,536)**	**(22,630)**	**(24,287)**	**(26,438)**	**(25,148)**	**(23,202)**
Operationeel bedrijfsresultaat	**(3,159)**	**(5,031)**	**(1,374)**	**847**	**3,500**	**3,129**	**1,199**	**(594)**	**1,059**	**3,374**
Afschrijvingen materiële vaste activa	(1,439)	(2,999)	(2,299)	(2,265)	(2,265)	(2,365)	(2,365)	(2,365)	(2,365)	(2,365)
Impairment	(5,000)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bedrijfsresultaat	**(9,598)**	**(8,031)**	**(3,673)**	**(1,418)**	**1,236**	**764**	**(1,166)**	**(2,959)**	**(1,306)**	**1,009**
Financiële baten en lasten	-	(670)	(835)	(771)	(676)	(662)	(624)	(601)	(609)	(532)
Resultaat	**(9,598)**	**(8,701)**	**(4,508)**	**(2,188)**	**560**	**102**	**(1,790)**	**(3,560)**	**(1,915)**	**477**
KPIs										
Jaarlijkse groei %										
Omzet productie	n/a	(26.6%)	(26.1%)	5.0%	5.0%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Overige bedrijfsopbrengsten	n/a	2.1%	2.1%	- %	- %	- %	- %	- %	- %	- %
Lonen en salarissen zorginformatie	n/a	(33.4%)	(29.9%)	(23.3%)	(13.0%)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Overige personeelskosten	n/a	(63.0%)	(63.0%)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Doorbelastingen dienstverlening Pasana	n/a	n/a	n/a	(44.9%)	(35.8%)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Personeelskosten	**n/a**	**(10.4%)**	**(14.9%)**	**(23.0%)**	**(20.1%)**	**(0.6%)**	**11.8%**	**14.1%**	**(9.2%)**	**(14.6%)**
Voeding en hotelmatige kosten	n/a	(30.9%)	(44.7%)	5.0%	5.0%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Algemene kosten	n/a	(21.8%)	(21.7%)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Patiënt- en bewonergebonden kosten	n/a	(10.6%)	(23.7%)	5.0%	5.0%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Huurkosten	n/a	(64.4%)	(64.5%)	(45.1%)	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Overige bedrijfskosten	**n/a**	**(16.3%)**	**(21.6%)**	**(16.4%)**	**(11.1%)**	**0.4%**	**7.3%**	**8.9%**	**(4.9%)**	**(7.7%)**
Als % van bedrijfsopbrengsten										
Personeelskosten	67.8%	78.9%	70.9%	60.3%	48.5%	48.7%	55.1%	62.0%	55.5%	46.7%
Overige bedrijfskosten	41.1%	39.5%	33.9%	36.5%	38.1%	39.1%	40.2%	40.3%	40.5%	40.6%
Resultaat	(27.0%)	(31.8%)	(15.6%)	(8.4%)	2.1%	0.4%	(7.0%)	(13.8%)	(7.3%)	1.8%

Bron: Winst-en-verliesrekening HS da-ds

Ref: Lead PL - Section Lead - Lead Schedules

Bijlage A - Winst- en verliesrekening

Management heeft de volgende uitgangspunten gehanteerd inzake de winst- en verliesrekening FY13B-FY20F.

Omzet productie

De omzet productie in FY13B (€20,8m) is gebaseerd op 80% realisatie poli- en kliniek in 2012 zoals afgesproken met De Friesland zorgverzekeraar. Op basis van werkelijke productie omzet tot en met mei 2013 is het bedrag in de prognose 2013 bijgesteld naar €21,0m. In FY13B is aldus management nog geen rekening gehouden met de volgende initiatieven om verdere groei te realiseren:

- Het intensiveren van de relaties met huisartsen
- De onlangs gestarte vaatpoli
- Het opstarten van kaakchirurgie (vanaf 1 september 2013)
- De heropening van klinische cardiologie

Gezien de bovengenoemde ontwikkelingen en het thans beperkte marktaandeel wordt door management uitgegaan van een jaarlijkse omzetgroei van 5% in FY14F en FY15F. Hierna houdt management rekening met een gecombineerde stijging in prijs en volume van 1,5%.

Beschikbaarheidgelden

De beschikbaarheidbijdrage wordt in 3 jaar gefaseerd afgebouwd op basis van de door management interpreteerde zijnswijze van de minister die het belangrijk vindt een organisatie de gelegenheid te geven zich op de nieuwe situatie aan te passen en zo nodig de (acute) zorg anders in te richten. Formeel stopt deze bijdrage per 1 januari 2014. Met steun van De Friesland is management in gesprek met het Ministerie van VWS en NZa.

Overige bedrijfsopbrengsten

Overige bedrijfsopbrengsten bestaan met name uit de doorbelastingen aan revalidatie Friesland, huisartsenlab en facturatie paramedie. Deze activiteiten staan volledig los van de reorganisaties aldus management. Management acht dat deze opbrengsten constant blijven.

Opbrengsten dienstverlening Pasana

De opbrengsten dienstverlening bestaan met name uit huuropbrengsten MCS. Vanwege het zelfstandige karakter van MCS zijn deze opbrengsten buiten de exploitatie van De Sionsberg gelaten en derhalve vanaf FY14F niet opgenomen.

Bijlage A - Winst- en verliesrekening

Personeelskosten

Valuta: € 000	FY12A	FY13B	FY13P	FY14F	FY15F	FY16F	FY17F	FY18F	FY19F	FY20F
Lonen en salarissen zorgformatie	(19.989)	(13.306)	(14.006)	(10.747)	(9.347)	(9.534)	(9.725)	(9.919)	(10.118)	(10.320)
Overige personeelskosten	(678)	(251)	(251)	(256)	(261)	(266)	(272)	(277)	(283)	(288)
Personeel in loondienst	*(20.667)*	*(13.557)*	*(14.257)*	*(11.003)*	*(9.608)*	*(9.800)*	*(9.996)*	*(10.196)*	*(10.400)*	*(10.608)*
Personeel niet in loondienst	(3.408)	(2.423)	(2.423)	(1.548)	(1.548)	(1.083)	(700)	(700)	(700)	(700)
Doorbelastingen dienstverlening Pasana	-	(2.887)	(2.887)	(1.590)	(1.006)	(1.026)	(1.047)	(1.067)	(1.089)	(1.111)
Reorganisatie 2012	-	(2.700)	(931)	(86)	(67)	(332)	(771)	(514)	-	-
Reorganisatie 2013/2014	-	-	-	(1.560)	(392)	(307)	(1.520)	(3.534)	(2.356)	-
Personeelskosten	**(24.075)**	**(21.567)**	**(20.498)**	**(15.787)**	**(12.621)**	**(12.547)**	**(14.034)**	**(16.011)**	**(14.545)**	**(12.419)**
KPIs										
Jaarlijkse groei %										
Lonen en salarissen zorgformatie	n/a	(33,4%)	(29,9%)	(23,3%)	(13,0%)	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Overige personeelskosten	n/a	(63,0%)	(63,0%)	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Doorbelastingen dienstverlening Pasana	n/a	n/a	n/a	(44,9%)	(36,8%)	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Personeelskosten	**n/a**	**(10,4%)**	**(14,9%)**	**(23,0%)**	**(20,1%)**	**(0,6%)**	**11,8%**	**14,1%**	**(9,2%)**	**(14,6%)**

Error: Total van verlies niet gelijk VS Balans

Ref: Lead PL - Section Lead - Lead Schedules

De besparing op personeelskosten in FY14F en FY15F is als volgt door management bepaald:

- Mutatie begroting kliniek 24/7 van €3,2m. Deze besparing is gebaseerd op meer opnames (#3.500) ten opzichte van FY12A (#3.406) en minder beddencapaciteit (52 versus 65 in FY12A). Het aantal bedden per medewerker is gebaseerd op de landelijke norm en is volgens de Hoofd Zorg van De Sionsberg haalbaar indien het aantal verpleegafdelingen wordt teruggebracht van 3 naar 2 en het gebouw efficiënter wordt ingericht.
- FTE besparing van €1,5m door middel van aanvullende reorganisatie staf en management. Zie onderwerp 'Overige Medisch ondersteunend' op pagina 15.
- FTE besparing van €0.9m door het efficiënter inrichten van de poliklinieken.
- Besparing op het aantal FTEs en materieel waarvan de kosten worden doorbelast vanuit de Pasana Groep van €1,4m.

Na FY15F houdt management rekening met een jaarlijkse groei van 2% in personeelskosten, exclusief personeel niet in loondienst.

De reorganisatie 2012 is door management bepaald op €2,7m. De gefaseerde uitwerking van loondoorbetalingen en wachtgelden is opgenomen in FY13P – FY18F.

Bijlage A - Winst- en verliesrekening

Voor de reorganisatie 2013/2014 is gefaseerd €9,7m over FY14F – FY19F opgenomen. Volgens management is de afvloeiing naar rato van de personeelssamenstelling bepaald. Vooralsnog wordt uitgegaan van een afvloeiing van 100 FTEs.

Voeding en hotelmatige kosten / Patiënt- en bewonergebonden kosten

Management verondersteld dat voeding en hotelmatige kosten en patiënt- en bewonergebonden kosten volledig zijn gecorreleerd aan de omzetgroei (van 5% in FY14F-FY15F en 1,5% in FY16F-FY20F).

Algemene kosten

Algemene kosten bestaan hoofdzakelijk uit administratie/registratie en algemeen beheer. Management houdt rekening met een jaarlijkse groei van 2% vanaf FY14F.

Interne huurkosten

Management veronderstelt een daling in doorbelaste (interne) huurkosten van 45%, exclusief lease kosten in FY14F als gevolg van de realisatie van een compacte ziekenhuisvoorziening. Management houdt rekening met een indexering van 2% op jaarbasis.

Bijlage B - Structureel resultaat

Structureel resultaat

Valuta: € 000	Ref	FY13P	FY14F	FY15F	FY16F	FY17F	FY18F	FY19F	FY20F
Resultaat		(4.508)	(2.188)	560	102	(1.790)	(3.560)	(1.915)	477
Productieafspraak Friesland Voorop	1	(150)							
Opbrengsten doorbelasting Pasana Groep	2	(1.118)	-	-	-	-	-	-	-
Transitiefinanciering	3	(1.307)	-	-	-	-	-	-	-
Impairment									
Reorganisatie 2012	4	931	86	67	332	771	514	-	-
Reorganisatie 2013	4	-	1.560	392	307	1.520	3.534	2.356	-
Posten met eenmalig karakter		(1.644)	1.646	459	638	2.291	4.047	2.356	-
Aangepast resultaat		(6.151)	(542)	1.019	740	502	487	441	477

Bron: EY analyse

Ref: Lead P1 - Section Lead - Lead Schedules

Onderstaand worden de posten met een eenmalig karakter nader toegelicht:

1. Dit betreft een productieafspraak met Friesland Voorop dat geen structureel karakter kent.
2. Opbrengsten dienstverlening Pasana Groep bestaat met name uit de huuropbrengst van MCS. Vanwege het zelfstandige karakter van MCS zijn deze opbrengsten buiten de exploitatie van De Sionsberg gelaten en derhalve vanaf FY14F niet opgenomen.
3. Dit betreft het 70% deel van het transitiebedrag over 2012 dat via het landelijke transitiefonds wordt ontvangen.
4. De reorganisatie 2012 en reorganisatie 2013 / 2014 wordt gefaseerd opgenomen in het resultaat, maar is niet structureel van aard.

Bijlage C - Kasstroomoverzicht

Kasstroomoverzicht FY13P – FY20F

Valuta: € 000	Ref	FY13P	FY14F	FY15F	FY16F	FY17F	FY18F	FY19F	FY20F
Bedrijfsresultaat	1	(3.673)	(1.418)	1.236	764	(1.166)	(2.959)	(1.306)	1.009
Aanpassing transitiebedrag	2	(1.307)	1.800	1.307	-	-	-	-	-
Afschrijvingen materiële vaste activa	3	2.259	2.265	2.265	2.365	2.365	2.365	2.365	2.365
Operationeel bedrijfsresultaat		(2.681)	2.647	4.807	3.129	1.199	(594)	1.059	3.374
Netto werkkapitaal	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Kasstromen uit operationele activiteiten		(2.681)	2.647	4.807	3.129	1.199	(594)	1.059	3.374
CAPEX	5	-	(4.500)	-	(1.000)	-	-	-	-
Kasstromen uit investeringsactiviteiten		-	(4.500)	-	(1.000)	-	-	-	-
Interestlasten bestaande leningen		(617)	(568)	(488)	(441)	(421)	(417)	(443)	(384)
Interestlasten nieuwe leningen		(218)	(203)	(188)	(221)	(203)	(184)	(166)	(148)
Interestlasten	6	(835)	(771)	(676)	(662)	(624)	(601)	(609)	(532)
Nieuwe lening	6	4.500	-	-	1.000	-	-	-	-
Aflossing bestaande leningen		(778)	(778)	(778)	(778)	(778)	(778)	(778)	(778)
Aflossing nieuwe leningen		(300)	(300)	(300)	(367)	(367)	(367)	(367)	(367)
Aflossing leningen	6	(1.078)	(1.078)	(1.078)	(1.145)	(1.145)	(1.145)	(1.145)	(1.145)
Kasstromen uit financieringsactiviteiten		2.587	(1.849)	(1.754)	(807)	(1.768)	(1.746)	(1.754)	(1.677)
Totaal kasstroom		(93)	(3.702)	3.053	1.322	(569)	(2.340)	(695)	1.697

Bron: EY analyse

Ref. Lead CF - Section Lead - Lead Schedules

Onderstaand worden de bovenstaande kasstromen nader toegelicht:

1 Het bedrijfsresultaat is overeenkomstig de winst- en verliesrekening.

2 De in de winst- en verliesrekening opgenomen transitiefinanciering van €1,8m in FY12A en €1,3m in FY13P zal volgens management na vaststelling door NZa in FY14F and FY15F worden ontvangen.

3 Afschrijvingen materiële vaste activa zijn overeenkomstig de winst- en verliesrekening.

4 Door management zijn geen mutaties in het netto werkkapitaal opgenomen. Wij merken op dat deze een significante impact kunnen hebben op de kasstromen.

5 CAPEX betreft additionele investeringen in radiologie en verbouwingskosten van €4,5m in FY14F en renovatie van 2 OK's van €1,0m in FY16F.

6 Interest lasten en aflossing leningen zijn verdeeld over bestaande en nieuwe leningen. Door management is verondersteld dat op de nieuwe leningen van €4,5m in FY13 en €1,0m in FY16F lineair wordt afgelost en dat het jaarlijkse interestpercentage 5% betreft.

Bijlage D - Geraadpleegde bronnen

Bronnen

De belangrijkste bronnen die wij tijdens ons onderzoek hebben geraadpleegd, zijn:

- Herpositionering De Sionsberg – concept d.d. 16 januari 2012
- Quickscan rapport 16 januari 2012
- Presentatie Medische staven en Ondernemingsraden mei 2013 – aanpak financiële problematiek
- Projectplan fusie en de implicatie voor medische functie d.d. 4 maart 2013
- Winst- en Verliesraming VS 8a
- Liquiditeits raming VS 8

Daarnaast hebben wij voor de bespreking van de synergievoordelen gebruik gemaakt van de volgende informatie en werkwijze.

Interviews

- Peter Littooy, voorzitter Raad van Bestuur
- Jelle Nutma, Directeur Zorg a.i. van De Sionsberg
- Mathilde Hommes, Hoofd Radiologie Nij Smellinghe
- Johan Beugeling, Hoofd OK Nij Smellinghe
- Nely van Zweeden, Hoofd Personeel en Organisatie
- Folkert Brouwers, Directeur Bedrijf en Gebouwen
- Mathilde Hommes, Hoofd Radiodiagnostiek
- Olke Dijksma, Controller / Hoofd DIA
- Peter Lalkens, adviseur

Bijlage D - Geraadpleegde bronnen

Documenten

- Projectplan fusie en de implicatie voor de medische functie, v0.1, 4-3-2013
- Uitgangspunten 7 keer 24 ziekenhuisvoorziening De Sionsberg te Dokkum
- Presentatie RvT 10-4-2013
- Presentatie Medische staven en Ondernemingsraden mei 2013
- Quick scan Business Case 7-3-2013
- Plan van Aanpak integratie Bedrijf en Gebouwen v2.0
- Plan van Aanpak Maaltijdservice en organisatie Voedingsdienst, 30-1-2013
- Projectvoorstel Nieuwe afdeling Technisch Beheer en onderhoud, 13-5-2013
- Business case CSA, juni 2012
- Business case: afdeling Logistiek en Inkoop, november 2012
- KPMG concept rapportage risico inventarisatie Zorggroep Pasana d.d. 18 juni 2012
- KPMG Plexus adviesrapport Fase 3 inzake positionering ziekenhuis De Sionsberg d.d. 17 januari 2012
- Projectvoorstel Nieuwe afdeling Logistiek, Inkoop en Facilitair, 22-2-2013
- Integratie functies Personeel & Organisatie Ziekenhuis Nij Smellinghe en Zorggroep Pasana, maart 2013
- Integratie functies Financiën, Control, I&A Ziekenhuis Nij Smellinghe en Zorggroep Pasana, januari 2013
- Plan van aanpak Radiologie, 2-4-2013
- Business case overheveling KCL De Sionsberg (Excel overzicht)
- Nieuwsbrief fusie, 30-5-2012
- Sociaal plan organisatiewijziging de Sionsberg 2013,
- Draaiboek voor: Operatie toekomstbestendig maken Pasana Zorggroep en Nij Smellinghe, concept 4, 28-5-2013
- Taakstelling ondersteunende afdelingen

Bijlage D - Geraadpleegde bronnen

Verwijzingen

- Met 'Management' wordt verwezen naar de geïnterviewde afdelingshoofden van Nij Smellinghe / Zorggroep Pasana
- Met 'Directie' wordt verwezen naar de Raad van Bestuur van de Stichting combinatieholding ziekenhuis 'Nij Smellinge'/ Zorggroep Pasana

Werkwijze

- Na de briefing op dinsdag 14 mei 2013 zijn door Peter Talkens interviews ingepland met managers. In de interviews op donderdag 16 mei 2013 en dinsdag 21 mei 2013, 45 tot 60 minuten per persoon, zijn de volgende drie onderwerpen besproken:
  - overeenkomsten en verschillen tussen Zorggroep Pasana en Nij Smellinghe
  - synergievoordelen, gehanteerde uitgangspunten en kosten om synergievoordelen te realiseren
  - het integratieproces, inclusief projectplanning en organisatie.
- Indien beschikbaar, hebben de geïnterviewden een integratieplan gedeeld.
- Op basis van de gesprekken en de beschikbare plannen is een beeld gevormd, conform onze opdrachtbrief d.d. 17 mei 2013.
- Wij hebben, gelet op de beschikbare tijd, geen totaaloverzicht van synergieën en benodigde investeringen opgesteld, noch de aansluiting met de herziene begroting zelf getracht te maken.
- Er is geen interview geweest met de externe adviseurs die Nij Smellinghe ondersteunen bij het projectsecretariaat en de integratie van medische staven.

Afstemming

- De bevindingen in deze rapportage zijn niet afgestemd met de geïnterviewde managers. Het is mogelijk dat synergievoordelen niet in de beschikbare documenten zijn opgenomen of ter sprake kwamen in de interviews, danwel dat nieuwe inzichten beschikbaar zijn.

Bijlage E - Opdrachtbevestiging

ERNST & YOUNG

Ernst & Young Transaction Advisory Services
Cross Towers, Antonio Vivaldistraat 150
1083 HP Amsterdam
Postbus 7925
1008 AC Amsterdam
Tel.: +31 (0) 88 - 407 1000
Fax: +31 (0) 88 - 407 1005
www.ey.nl

VERTROUWELIJK/PERSOONLIJK
Stichting Combinatieholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana
t.a.v. drs. P Littooy RA
Postbus 20200
9200 DA DRACHTEN

Amsterdam, 17 mei 2013 MvdH/er/13112

Betreft: Analyse van het bedrijfsplan betreffende ziekenhuis 'De Slonsberg'

Geachte heer Littooy,

Wij stellen het zeer op prijs dat Stichting combinatieholding ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana ("de vennootschap") ons, Ernst & Young Transaction Advisory Services, ("wij"), heeft geselecteerd voor het leveren van professionele ondersteuning ("de dienstverlening") bij de analyse van het bedrijfsplan betreffende ziekenhuis 'De Slonsberg' hetgeen een onderdeel is van Stichting Zorggroep Pasana ("Business Review") en zien er naar uit met u samen te werken tijdens deze opdracht.

In deze brief en de bijbehorende bijlagen zetten wij de voorwaarden uiteen waaronder wij aan Stichting combinatieholding ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana de diensten, zoals onderstaand omschreven (hierna: "de dienstverlening") zullen leveren.

In Bijlage A bij deze brief (De Dienstverlening) treft u ondermeer een beschrijving aan van: (i) de aard, omvang en reikwijdte van onze werkzaamheden, (ii) het afgesproken tijdschema, (iii) ons team en (iv) de rapportagevorm. Onze algemene voorwaarden zijn opgenomen in Bijlage B. De afspraken inzake het aan ons toekomende honorarium zijn vastgelegd in een separate brief d.d. 17 mei 2013.

Deze brief, de bijlagen, de separate honorariumbrief en eventuele andere bijlagen vormen de gehele overeenkomst tussen ons met betrekking tot deze opdracht (gezamenlijk, de "overeenkomst").

Wij verzoeken u, ter bevestiging van uw instemming met bovenbedoelde overeenkomst, de bijgesloten kopiebrief, namens Stichting combinatieholding ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana te ondertekenen en daarna aan ons te retourneren.

Ernst & Young Transaction Advisory Services is een handelsnaam van Ernst & Young Accountants LLP. Dit is een limited liability partnership opgericht naar het recht van Engeland en Wales en geregistreerd bij Companies House onder registratienummer OC335594. In relatie tot Ernst & Young Transaction Advisory Services wordt de term partner gebruikt voor een (vertegenwoordiger van een) vennoot van Ernst & Young Accountants LLP. Ernst & Young Accountants LLP is statutair gevestigde Lambeth Palace Road 1, London SE1 7EU, Verenigd Koninkrijk, heeft haar hoofdvestiging aan Boompjes 258, 3011 XZ Rotterdam, Nederland en is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel Rotterdam onder nummer 24432944. Op onze werkzaamheden zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin een beperking van de aansprakelijkheid is opgenomen.

Indien u nog vragen heeft dan verzoeken wij u contact op te nemen met Maurice van den Hoek, zodat wij een en ander kunnen toelichten voordat wij aanvangen met onze werkzaamheden.

Hoogachtend,
Ernst & Young Transaction Advisory Services

Maurice van den Hoek

Hierbij bevestigen wij de ontvangst van deze brief en stemmen wij in met de daarin opgenomen voorwaarden voor de opdracht:

Handtekening .....
namens Stichting Combinatreholding Ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana

Naam: P. Littooy

Functie: Vz. RvB

Datum: 21-5-2013.

Bijlagen:

A. De Dienstverlening

B. Algemene Voorwaarden

ERNST & YOUNG

Bijlage A

De Dienstverlening

Achtergrond van de opdracht

In 2011 heeft een bestuurlijke fusie plaatsgevonden tussen Stichting ziekenhuis 'Nij Smellinghe' en Stichting Zorggroep Pasana. Na de bestuurlijke fusie is ondermeer een bedrijfsplan opgesteld ten aanzien van ziekenhuis 'De Slonsberg'. De daadwerkelijke resultaten zijn vanaf 2011 aanzienlijk verslechterd ten opzichte van het originele bedrijfsplan als gevolg van ondermeer productie uitval. Er is een businessplan opgesteld om de huidige verliesgevende situatie om te buigen naar een situatie waarbij het ziekenhuis 'De Slonsberg' break-even draait. De Raden van Bestuur en van Toezicht van Stichting combinatieholding ziekenhuis 'Nij Smellinghe' / Zorggroep Pasana heeft ons gevraagd een analyse op het businessplan uit te voeren

Aard en reikwijdte van onze Dienstverlening

- Op basis van het opgestelde bedrijfsplan betreffende ziekenhuis 'De Slonsberg' zullen wij:
  - de verschillen in uitgangspunten, veronderstellingen en uitkomsten van het voorliggende bedrijfsplan en het bedrijfsplan opgesteld voor de bestuurlijke fusie ('case Meijer') en de door KPMG en De Friesland opgestelde bedrijfsrapportages analyseren.
  - De uitgangspunten en veronderstellingen van het bedrijfsplan toetsen aan de beschikbare informatie en analyseren of deze van voldoende kwaliteit zijn om een afgewogen oordeel te kunnen vormen inzake de exploitatiemogelijkheden van ziekenhuis 'De Slonsberg'.
  - Analyseren van de financiële consequenties van het voorliggende bedrijfsplan ten aanzien van de saneringskosten, investeringen en financiering inzake ziekenhuis 'De Slonsberg'.
- Ten aanzien van geïdentificeerde synergievoordelen als gevolg van de bestuurlijke fusie tussen Stichting ziekenhuis 'Nij Smellinghe' en Stichting Zorggroep Pasana zullen wij:
  - middels interviews met verantwoordelijk managers de gebieden bespreken waarop de synergievoordelen zich richten en daarin inzicht verkrijgen.
  - De uitgangspunten voor synergievoordelen met u toetsen, evenals de geschiktheid van de cijfermatige onderbouwing en de inherente risico's in de omvang van de te behalen voordelen.
  - Het bestuderen van de kosten die met het behalen gepaard gaan (eenmalig en structureel) en het tijdstip ervan.
  - U wijzen op gevoeligheden en risico's in de integratiefase en deze met u bespreken.
- Een op feiten gebaseerd rapport van bevindingen opstellen.
- Voor de goede orde vermelden wij dat wij:
  - er van uit gaan dat de berekeningen adequaat zijn opgesteld en rekenkundig juist en volledig zijn.
  - Ons onderzoek richt zich op het bedrijfsplan van ziekenhuis 'De Slonsberg'. Wij zullen in ons onderzoek niet ingaan op de 'Care' activiteiten van de Pasana Zorggroep.
  - Geen nadere analyse zullen uitvoeren op historische resultaten, financiële posities en/of kasstromen;

Beperkingen in gebruik van ons rapport

Ons advies dient uitsluitend voor het assisteren van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht en mag niet worden gebruikt en er mag niet op worden gesteund voor andere doeleinden of door derden die niet zijn genoemd in deze opdrachtbevestiging. Ons advies is vertrouwelijk en mag niet worden geciteerd, aangehaald of aan derden beschikbaar worden gesteld. Voorgaande geldt niet indien zulks op grond van een rechterlijke beschikking of vanwege een toezichthoudende instantie vereist is, zoals beschreven in artikel 12 van de Algemene Voorwaarden van Ernst & Young (Appendix B bij deze opdrachtbevestiging).

Wij staan u toe ons rapport te tonen aan de aan u gelieerde entiteiten en professionele adviseurs, in alle gevallen uitsluitend ten behoeve van het assisteren in de meningsvorming over de beoogde financiering, en uitsluitend onder het voorbehoud dat iedere gelieerde entiteit en iedere adviseur tevoren wordt geïnformeerd over en instemt met het feit dat wij geen enkele verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid naar hen aanvaarden aangaande de inhoud van ons rapport en dat zij er mee instemmen zich te houden aan de voorwaarden en beperkingen van deze Overeenkomst aangaande het gebruik en de openbaarmaking van het Rapport.

Beperkingen

Wij voeren de opdracht uit in overeenstemming met COS 5500N (transactiegerelateerde adviesdiensten) van het NIvRA. De door ons uit te voeren werkzaamheden zijn voornamelijk inventariserend en analyserend van aard en zijn gericht op de aan ons verstrekte gegevens, informatie en verklaringen. Deze analyserende werkzaamheden worden uitgevoerd teneinde voor onderhavig project relevante (financiële) risico's vast te stellen. Onze werkzaamheden strekken zich niet uit tot een onderzoek naar de getrouwheid van de aan ons verstrekte informatie. De in het kader van de werkzaamheden verkregen informatie en de in het rapport opgenomen informatie wordt niet aan een accountantscontrole en/of beoordeling onderworpen in overeenstemming met 'Stramien voor Assurance opdrachten'. Onze dienstverlening is niet aan te merken als een Assurance of een aan Assurance verwante opdracht.

Procedures ter opsporing van fraude of illegale handelingen dan wel ter toetsing van de naleving van wet- en regelgeving in enig rechtsgebied zijn niet in de dienstverlening begrepen. Geen enkele dienst en geen enkel rapport (zoals nader uiteengezet in de Algemene Voorwaarden - Bijlage 2) kan worden opgevat als een rechtskundig oordeel of juridisch advies. Tevens verstrekken wij geen fiscale advisering.

Onze dienstverlening omvat mede een onderzoek naar toekomstgerichte financiële informatie. Deze informatie heeft betrekking op gebeurtenissen en acties die zich nog niet hebben voorgedaan en zich wellicht ook nooit zullen voordoen. Hoewel er wel gegevens aanwezig kunnen zijn ter onderbouwing van de veronderstellingen, waarop de toekomstgerichte financiële informatie is gebaseerd, zijn dergelijke gegevens in het algemeen eveneens toekomstgericht en derhalve speculatief van aard in tegenstelling tot de gegevens die normaliter beschikbaar zijn met betrekking tot retrospectief gerichte financiële informatie. Wij zijn daarom niet in staat een oordeel uit te spreken of de uitkomsten zoals weergegeven in de toekomstgerichte financiële informatie daadwerkelijk behaald zullen worden.

Tenzij onze opdracht in een later stadium wordt gewijzigd, zijn onze werkzaamheden beperkt tot de werkzaamheden zoals hierboven vermeld. Mogelijk zullen dan ook bepaalde voor u van belang zijnde zaken niet aan de orde komen of zullen er zaken zijn waar wij niet van op de hoogte zijn. Mogelijk besluit u naarmate de opdracht vordert tot wijziging van de reikwijdte van onze werkzaamheden.
Wij bespreken dergelijke zaken met u en eventuele wijzigingen in de reikwijdte van onze werkzaamheden zullen schriftelijk worden vastgelegd. Zodra het duidelijk wordt dat wij onze werkzaamheden niet volledig kunnen uitvoeren zullen wij u hier zo spoedig mogelijk van in kennis stellen.

Wij merken op dat u akkoord bent gegaan om ons volledige toegang tot informatie en medewerkers te verschaffen en dat het management van de Vennootschap volledig mee zal werken aan ons onderzoek. Het is duidelijk dat als we niet in staat om de informatie die we nodig hebben te verkrijgen, ons advies gelezen dient te worden in het licht van deze beperkingen.

Aangezien u ons heeft opgedragen onze werkzaamheden in een week af te ronden, terwijl wij er normaliter vanuit gaan dat een onderzoek van deze aard aanmerkelijk meer tijd kost, zullen wij niet in staat zijn onze werkzaamheden volgens de gebruikelijke standaard uit te voeren. Ons advies gelezen dient te worden in het licht van deze beperkingen.

Rapportage

Onze rapportage zal zijn gebaseerd op zaken die in het kader van de overeengekomen reikwijdte van onze werkzaamheden naar voren komen. Mochten ons evenwel zaken ter kennis komen die buiten de overeengekomen reikwijdte vallen, doch die wij van belang achten met betrekking tot uw beoordeling van de Groep, dan zullen wij deze onder uw aandacht brengen.

Wij zullen tijdens het verloop van de opdracht regelmatig met u communiceren omtrent onze voortgang, belangrijke bevindingen, de ontwikkeling van onze conclusies en de verwachte kosten.
Wij zullen u een conceptversie van ons rapport overleggen ten einde de bevestiging te verkrijgen van de feiten en meningen die in het rapport aan het management worden toegeschreven.

Wij zullen u een conceptversie van ons rapport overleggen om u in de gelegenheid te stellen te beoordelen of alle overeengekomen werkzaamheden naar uw tevredenheid in ons rapport zijn opgenomen. Daarna zullen wij het rapport in zijn definitieve vorm uitbrengen.

Teamleiding

Het onderzoek zal worden uitgevoerd onder eindverantwoordelijkheid van Maurice van den Hoek, partner Ernst & Young Transaction Advisory Services. Hetty Vissers zal als projectleider verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse werkzaamheden.

Naar wij begrijpen, is onze voornaamste contactpersoon bij Stichting ziekenhuis 'Nij Smellinghe', de heer Littooy, Voorzitter Raad van Bestuur de Stichting combinatieholding ziekenhuis Nij Smellinghe / Zorggroep Pasana, die de algehele verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van uw verplichtingen krachtens deze overeenkomst en voor de afstemming met ons waar het gaat om de uitvoering van onze dienstverlening.

Tijdschema

Onderstaand volgt het tijdschema zoals wij dit zijn overeengekomen:

16 mei 2013	Aanvang onderzoek, toegang tot opgevraagde informatie en management
23 mei 2013	Concept rapportage / presentatie

Indien zich een belangrijke vertraging mocht voordoen ten opzichte van bovenstaande tijdschema, zullen wij u hiervan zo snel mogelijk op de hoogte stellen.

Honorarium

De Vennootschap verbindt zich tot betaling van ons honorarium voor de dienstverlening. Het honorarium zal in een afzonderlijke brief worden vastgelegd.

Beperking van aansprakelijkheid

Wij willen uw aandacht vestigen op Bijlage B - Algemene Voorwaarden - die verwijst naar de beperking van de aansprakelijkheid van Ernst & Young. Daarnaast merken wij op dat, indien er meer dan een partij bij deze Overeenkomst (met uitzondering van ons) betrokken is, de totale aansprakelijkheid zal moeten worden verdeeld onder deze partijen. Wij komen overeen dat, tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen tussen ons en vermeld in De Dienstverlening, de limiet van de aansprakelijkheid wordt verdeeld onder de partijen (met uitzondering van ons). U zult de geldigheid, afdwingbaarheid of de werking van de limiet van aansprakelijkheid niet betwisten omdat er geen allocatie expliciet vermeld is in De Dienstverlening.

Bijlage B

ERNST & YOUNG

ALGEMENE VOORWAARDEN

Onze relatie met u

1. Wij zullen de opdracht (de 'Diensten') uitvoeren in overeenstemming met de toepasselijke (beroeps)regelgeving en hetgeen bij of krachtens de wet van ons wordt geëist. U zult de daaruit voor ons voortvloeiende verplichtingen steeds volledig respecteren. Onder 'beroepsregelgeving' wordt verstaan de relevante gedrags- en beroepsregels van de bij de uitvoering van de opdracht betrokken (bestuurders van) members/partners, bestuurders, werknemers en/of ingeschakelde derden, zoals de regels van bijvoorbeeld organisaties als NBA, NOREA, NOB en/of FB.

2. Wij zijn lid van het wereldwijde netwerk van Ernst & Young-firma's ('EY-firma's'), die ieder voor zich op zichzelf staande juridische entiteiten zijn.

3. Wij zullen de Diensten aan u verlenen als zelfstandig opdrachtnemer en niet als uw werknemer, agent, partner of in de vorm van een joint venture. Partijen zijn op geen enkele wijze gerechtigd, gemachtigd of bevoegd om de wederpartij te binden, tenzij anders overeengekomen.

4. Het is ons toegestaan om gedeelten van de Diensten uit te besteden aan andere EY-firma's, alsmede aan andere dienstverleners, die eventueel direct contact met u hebben. Niettemin zullen alleen wij jegens u verantwoordelijk zijn voor de Rapporten (zoals gedefinieerd in art. 11), de uitvoering van de Diensten en de overige verplichtingen op grond van deze Overeenkomst.

5. Wij zullen in verband met de Diensten geen managementverantwoordelijkheden aanvaarden. Wij zijn niet verantwoordelijk voor het gebruik en/of de implementatie van de uitkomsten van de Diensten.

Uw verantwoordelijkheden

6. U dient het toezicht op de Diensten aan een daartoe gekwalificeerd persoon op te dragen. U bent verantwoordelijk voor alle managementbeslissingen met betrekking tot de Diensten, het gebruik en/of de implementatie van de uitkomsten van de Diensten, alsmede voor het bepalen of de Diensten geschikt zijn voor het door u beoogde doel.

7. U dient ons onverwijld de informatie, (hulp)middelen en assistentie (waaronder toegang tot bescheiden, systemen, panden en mensen) te (laten) verschaffen die wij redelijkerwijs voor de verlening van de Diensten nodig hebben.

8. Voor zover u bekend, is alle door of namens u verstrekte informatie ('Cliëntinformatie') in alle opzichten juist en volledig. De verstrekking aan ons van Cliëntinformatie zal geen inbreuk vormen op het auteursrecht of enig ander recht van een derde.

9. Wij mogen vertrouwen op de aan ons ter beschikking gestelde Cliëntinformatie en wij hebben, tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen, geen verantwoordelijkheid om deze te beoordelen of te verifiëren.

10. U bent verantwoordelijk voor naleving door uw personeel van uw verplichtingen op grond van deze Overeenkomst.

Onze Rapporten

11. Alle informatie, adviezen, aanbevelingen en andere inhoud van rapporten, presentaties of overige mededelingen die wij op grond van deze Overeenkomst verschaffen (de 'Rapporten') anders dan Cliëntinformatie, zijn uitsluitend bestemd voor uw interne gebruik (in overeenstemming met het doel van de betreffende Diensten).

12. Het is u niet toegestaan om een Rapport (dan wel enig gedeelte of een samenvatting van een Rapport) extern te openbaren (met inbegrip van de openbaarmaking aan met u gelieerde entiteiten), of in verband met de Diensten naar ons of een andere EY-lidfirma te verwijzen, anders dan:

    (a) aan uw advocaten (met inachtneming van deze openbaarmakingsbeperkingen), die dat

Rapport uitsluitend mogen beoordelen om u te adviseren over de Diensten;

(b) voor zover vereist op grond van de wet (waarvan u ons - indien en voor zover toegestaan - onverwijld zult verwittigen);

(c) aan andere personen (waaronder de met u gelieerde entiteiten) met onze voorafgaande schriftelijke toestemming, die dit uitsluitend mogen gebruiken/doen op de wijze zoals nader door ons in onze toestemming is omschreven; of

(d) voor zover dat Rapport Fiscaal Advies bevat, zoals uiteengezet in art. 13.

Indien het u is toegestaan om een Rapport openbaar te maken, is het niet toegestaan om dat Rapport aan te passen, te redigeren of te wijzigen.

Onder een "gelieerde entiteit" zal (in het kader van deze Overeenkomst) worden verstaan, een rechts- of natuurlijke persoon die de controle heeft over, gecontroleerd wordt door of onder gemeenschappelijke controle staat met de eerste entiteit, waarbij onder "controle" wordt verstaan, de mogelijkheid om het beleid of de activiteiten van een entiteit te sturen, zij het ingevolge een overeenkomst, het houden van een aandelenbelang of anderszins.

13. Het is u uitsluitend toegestaan om een Rapport (dan wel enig deel daarvan) aan wie dan ook openbaar te maken voor zover dat betrekking heeft op belastingaangelegenheden, waaronder belastingadvies, fiscale opinies, belastingaangiften of de fiscale behandeling of fiscale constructie van een transactie waar de Diensten betrekking op hebben ('Fiscaal Advies'). Met uitzondering van de belastingdienst dient u degenen aan wie u Fiscaal Advies ter beschikking stelt, erop te wijzen dat zij daar, voor welk doel dan ook, zonder onze voorafgaande schriftelijke toestemming geen rechten aan kunnen ontlenen.

14. Het is u toegestaan om uit onze Rapporten, onze overzichten, berekeningen en/of tabellen die gebaseerd zijn op Cliëntinformatie over te nemen in uw eigen documenten, maar voor onze aanbevelingen, conclusies of bevindingen geldt dat zulks niet is toegestaan. U bent verantwoordelijk voor de inhoud van zulke documenten en het is u niet toegestaan om in verband daarmee extern naar ons dan wel een andere EY-firma te verwijzen.

15. Het is u niet toegestaan om op een concept-Rapport te vertrouwen. Wij zijn niet verplicht om een reeds definitief Rapport aan te passen aan omstandigheden of gebeurtenissen waarmee wij bekend worden of die zich voordoen na levering van het Rapport.

<u>Aansprakelijkheid</u>

16. Wij zijn aansprakelijk jegens u (en eventuele anderen ten behoeve waarvan Diensten worden verleend), hetzij op grond van wanprestatie dan wel onrechtmatige daad, hetzij op grond van de wet of anderszins, bestaande uit winstderving dan wel enige andere indirecte schade, tot maximaal één van de in sub a., b., en c. van art. 17 vermelde bedragen, ongeacht de mogelijke voorzienbaarheid van een dergelijk verlies of schade.

17. Wij zijn aansprakelijk jegens u (en eventuele anderen ten behoeve waarvan Diensten worden verleend), hetzij op grond van wanprestatie dan wel onrechtmatige daad, hetzij op grond van de wet of anderszins, inclusief de schade als bedoelt in art. 16, tot maximaal één van de in sub a., b. en c. van dit art. 17 vermelde bedragen:

a. ingeval van een belastingadviesopdracht driemaal het aan u gefactureerde bedrag van het honorarium voor de betreffende opdracht met een maximum van EUR 300.000,--;

b. ingeval van een transaction advisory opdracht driemaal het aan u gefactureerde bedrag van het honorarium voor de betreffende opdracht;

c. ingeval van alle overige (advies)opdrachten eenmaal het in het

kader van de betreffende opdracht aan u gefactureerde bedrag van het honorarium voor de opdracht; en ingeval van een opdracht met een doorlooptijd van meer dan zes maanden is de aansprakelijkheid beperkt tot maximaal eenmaal het honorarium dat in het kader van de desbetreffende opdracht in de zes maanden voorafgaande aan de schadeveroorzakende gebeurtenis aan u is gefactureerd.

18. Indien wij jegens u (dan wel jegens anderen ten behoeve waarvan Diensten worden verleend) op grond van deze Overeenkomst of anderszins in verband met de Diensten aansprakelijk zijn voor schade waaraan ook andere personen hebben bijgedragen, dan zijn wij niet hoofdelijk maar maximaal voor een gelijk deel met die anderen aansprakelijk. Onze aansprakelijkheid is in ieder geval beperkt tot dat gedeelte van de totale schade dat billijkerwijs aan ons valt toe te rekenen, gebaseerd op de mate waarin de aan ons toe te rekenen omstandigheden tot de schade hebben bijgedragen Een eventuele uitsluiting of beperking van de aansprakelijkheid door overige aansprakelijke (rechts)personen laat het voorgaande onverlet evenals het feit dat een vordering tot vergoeding van schade wordt geschikt of niet geïnd kan worden. Ook indien de schade door overlijden, de ontbinding of het faillissement van een andere aansprakelijke (rechts)persoon of welke andere oorzaak dan ook niet langer over alle aansprakelijke (rechts)personen kan worden omgeslagen, is onze aansprakelijkheid beperkt tot dat gedeelte van de totale schade dat billijkerwijs aan ons valt toe te rekenen.

19. Alle vorderingsrechten met betrekking tot de Diensten of anderszins uit deze Overeenkomst voortvloeiend, dienen binnen een jaar na de datum waarop u zich van het aan die vordering ten grondslag liggende probleem bewust werd of redelijkerwijs bewust had kunnen zijn, te worden ingediend.

20. De in de artt. 17 en 19 neergelegde beperkingen zijn niet van toepassing op schade die is veroorzaakt door onze opzet of grove schuld of voor zover deze bij wet of beroepsregelgeving verboden zijn.

21. 21. U zult uw eventuele vorderings- en verhaalsrechten met betrekking tot de Diensten of anderszins voortvloeiend uit deze Overeenkomst , uitsluitend uitoefenen tegen ons en niet tegen een andere EY-firma, dan wel tegen onze of zijn onderaannemers, (directeuren van) members, aandeelhouders, directeuren, functionarissen, partners of werknemers ('EY-personen'). Alle Diensten worden met terzijdestelling van de artikelen 7:403 lid 2, 7:404, 7:407 lid 2 en 7:409 BW, uitsluitend door ons aanvaard en uitgevoerd.

Vrijwaring

22. Voor zover op grond van de toepasselijke wetgeving en/of de van toepassing zijnde beroepsregelgeving is toegestaan, dient u ons, de andere EY-firma's en de EY-personen te vrijwaren voor alle vorderingen van derden (waaronder met u gelieerde entiteiten en uw profesionele adviseurs) en de daaruit voortvloeiende aansprakelijkheden, schade, schadevergoedingen, kosten en onkosten (waaronder redelijke externe en interne kosten van rechtsbijstand) die voortvloeien uit het gebruik door een derde van of het door een derde vertrouwen op een Rapport (waaronder Fiscaal Advies) dat is geopenbaard aan deze derde door of namens u of op uw verzoek. Deze verplichting geldt niet indien wij dit door die derde vertrouwen op het Rapport expliciet schriftelijk hebben goedgekeurd.

Intellectuele eigendomsrechten

23. Tijdens de uitvoering van de Diensten kunnen wij gebruik maken van gegevens, software, tekeningen, (gebruiks)modellen, gereedschap, systemen, overige methodologieën en know-how (het 'Materiaal') die onze eigendom zijn. Niettegenstaande de levering van Rapporten, behouden wij alle intellectuele eigendomsrechten op het Materiaal (waaronder eventuele tijdens de uitvoering

van de Diensten ontwikkelde verbeteringen of kennis) en op al onze in verband met de Diensten samengestelde dossiers (doch niet de daarin weergegeven Cliëntinformatie).

24. Na betaling voor de Diensten is het u toegestaan om gebruik te maken van het in de Rapporten vervat Materiaal, alsmede - zoals op grond van deze Overeenkomst toegestaan - van de Rapporten zelf.

Geheimhouding

25. Tenzij anderszins geoorloofd op grond van deze Overeenkomst, is het partijen niet toegestaan om de inhoud van deze Overeenkomst aan derden openbaar te maken. Dit geldt ook voor door, of namens, de andere partij verstrekte informatie (niet zijnde Fiscaal Advies) die redelijkerwijs als vertrouwelijk en/of toebehorend aan de andere partij behandeld dient te worden. Het is ieder van ons echter wel toegestaan om dergelijke informatie openbaar te maken, indien deze:

(a) anders dan op grond van de niet-nakoming van deze Overeenkomst algemeen bekend is of bekend wordt;

(b) nadien door de ontvanger wordt ontvangen van een derde die, voor zover de ontvanger bekend is, met betrekking tot die informatie jegens de openbaarmakende partij geen geheimhoudingsverplichting draagt;

(c) ten tijde van openbaarmaking reeds aan de ontvanger bekend was of daarna onafhankelijk werd gecreëerd;

(d) voor zover noodzakelijk, openbaar wordt gemaakt teneinde de uit deze Overeenkomst voortvloeiende rechten van de ontvanger af te dwingen;

(e) op grond van de toepasselijke wetgeving, de rechtsorde of beroepsregelgeving openbaar moet worden gemaakt;

(f) noodzakelijk is ingeval de ontvanger namens zichzelf optreedt in een tucht-, straf- of civiele procedure waarin dergelijke informatie of materiaal van belang is.

26. Het is ieder van ons toegestaan om gebruik te maken van elektronische media om te corresponderen of informatie te verzenden, waarbij zodanig gebruik op zich geen schending van de geheimhoudingsplichten op grond van deze Overeenkomst vormt.

27. Tenzij zulks op grond van de toepasselijke wetgeving verboden is, is het ons toegestaan om Cliëntinformatie openbaar te maken aan en te delen met andere EY-firma's en EY-personen, die deze Cliëntinformatie vervolgens mogen gebruiken, overdragen, opslaan of anderszins bewerken teneinde de verlening van de Diensten te bevorderen, te voldoen aan toezichtsvereisten en/of de onafhankelijkheid te waarborgen/ belangenverstrengeling te voorkomen, dan wel ten behoeve van kwaliteits-, risicobeheer- en/of financieel-administratieve doeleinden. Wij houden een werkdossier aan met daarin kopieën van relevante stukken, welk dossier ons eigendom is.

28. Met betrekking tot alle Diensten, indien de regelgeving inzake de onafhankelijkheid van accountants van de U.S. Securities and Exchange Commission op de relatie tussen u dan wel de aan u gelieerde entiteiten enerzijds en een EY-firma anderzijds, van toepassing is, staat u er, vanaf de datum van deze Overeenkomst, naar beste weten voor in dat u noch de met u gelieerde entiteiten mondeling of schriftelijk met een andere adviseur zijn overeengekomen om uw mogelijkheid te beperken om aan wie dan ook de fiscale behandeling of fiscale constructie openbaar te maken van een transactie waar de Diensten betrekking op hebben. Een dergelijke overeenkomst zou afbreuk kunnen doen aan de onafhankelijkheid van een EY-firma ten aanzien van uw (accountants)controle of die van de met u gelieerde entiteiten, dan wel specifieke fiscale toelichtingen ten aanzien van die beperkingen vereisen. U gaat er dan ook mee akkoord dat de gevolgen van een

dergelijke overeenkomst voor uw rekening komen.

Gegevensbescherming

29. Hierbij geeft u ons uitdrukkelijk uw toestemming om Cliëntinformatie die met individuele personen in verband kan worden gebracht ('Persoonsgegevens') te verzamelen, te gebruiken, over te dragen, op te slaan dan wel anderszins te verwerken (hierna gezamenlijk: 'Verwerken') teneinde de verlening van de Diensten te bevorderen, te voldoen aan toezichtsvereisten en/of de onafhankelijkheid te waarborgen/ belangenverstrengeling te voorkomen, dan wel ten behoeve van kwaliteits-, risicobeheer- en/of financieel-administratieve doeleinden,. Het is ons toegestaan om Persoonsgegevens te Verwerken in de verschillende landen waarin wij en de andere EY-firma's actief zijn (zie www.ey.com). Wij zullen de Persoonsgegevens in overeenstemming met de toepasselijke wet- en beroepsregelgeving, waaronder (zonder beperking) de Wet bescherming persoonsgegevens, Verwerken. Wij zullen van iedere dienstverlener die namens ons Persoonsgegevens Verwerkt, verlangen dat hij aan deze vereisten voldoet.

30. U garandeert dat u bevoegd bent om in verband met de uitvoering van de Diensten de Persoonsgegevens aan ons te verschaffen, en dat de aan ons verstrekte Persoonsgegevens in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving zijn Verwerkt.

Honoraria en onkosten - algemeen

31. U dient - zoals nader in de Begeleidende Brief dan wel de van toepassing zijnde Statement of Work is gespecificeerd - onze professionele honoraria en specifieke onkosten in verband met de Diensten te voldoen. U dient tevens overige redelijke, tijdens de uitvoering van de Diensten gemaakte onkosten aan ons te vergoeden. Onze honoraria zijn exclusief belastingen en vergelijkbare heffingen, alsmede exclusief ten aanzien van de Diensten opgelegde douanerechten of -heffingen, die u alle dient te voldoen (met uitzondering van de over onze winst geheven belastingen). Tenzij anders overeengekomen in de betreffende Statement of Work zal betaling geschieden binnen 14 dagen na factuurdatum van elke factuur.

32. Wij zijn gerechtigd aanvullende honoraria in rekening te brengen, indien gebeurtenissen die buiten onze macht liggen (waaronder enig handelen of nalaten uwerzijds) onze mogelijkheid aantasten om de Diensten uit te voeren zoals deze oorspronkelijk gepland waren, of indien u aanvullende werkzaamheden van ons verlangt.

33. Indien wij op grond van de toepasselijke wetgeving, juridische procedures of een overheidsmaatregel verplicht zijn om met betrekking tot de Diensten of deze Overeenkomst informatie te verstrekken of partners/personeel als getuige te laten optreden, dan dient u aan ons alle professionele uren en onkosten (waaronder redelijke externe en interne kosten van rechtsbijstand) te vergoeden die zijn besteed c.q. gemaakt om aan het verzoek tegemoet te komen, tenzij wij partij zijn bij de procedure of het onderwerp van het onderzoek zijn.

Overmacht

34. Geen van partijen is aansprakelijk voor de niet-nakoming van deze Overeenkomst (met uitzondering van betalingsverplichtingen) die is veroorzaakt door omstandigheden die buiten zijn redelijke macht liggen.

Duur en beëindiging

35. Deze Overeenkomst is van toepassing op de Diensten om het even wanneer deze zijn verleend (waaronder vóór de datum van deze Overeenkomst).

36. Deze Overeenkomst eindigt bij voltooiing van de Diensten. Het is ieder van ons toegestaan om deze Overeenkomst dan wel bepaalde Diensten tussentijds op te zeggen met inachtneming van een schriftelijke

opzegtermijn van 30 dagen. Daarnaast is het ons toegestaan om deze Overeenkomst dan wel bepaalde Diensten schriftelijk met onmiddellijke ingang te beëindigen, indien wij in redelijkheid en billijkheid vaststellen dat wij niet meer in staat zijn om de Diensten in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving óf de van toepassing zijnde gedrags- en beroepsregels óf onafhankelijkheidsredenen te verlenen, tenzij wij in staat zijn om deze Overeenkomst met u op afdoende wijze aan te passen.

37. U dient ons te betalen voor alle onderhanden werk, reeds uitgevoerde Diensten en door ons gemaakte onkosten tot en met de datum van beëindiging van deze Overeenkomst.

38. Onze wederzijdse uit deze Overeenkomst voortvloeiende geheimhoudingsplichten blijven voor een periode van tien jaar na beëindiging van deze Overeenkomst van kracht. De overige bepalingen van deze Overeenkomst die partijen na de beëindiging daarvan rechten of verplichtingen verschaffen, blijven na de beëindiging van deze Overeenkomst voor onbepaalde tijd van kracht.

Toepasselijk recht en geschillenbeslechting

39. Deze Overeenkomst, alsmede alle (niet-contractuele) aangelegenheden of verplichtingen voortvloeiend uit deze Overeenkomst en de Diensten, worden beheerst door en dienen te worden uitgelegd in overeenstemming met Nederlands recht.

40. Tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen in de Begeleidende Brief of de toepasselijke Statement of Work zijn alle geschillen met betrekking tot deze Overeenkomst en/of de Diensten onderworpen aan de exclusieve bevoegdheid van de rechter te Rotterdam, waaraan ieder van ons zich ten behoeve van deze Overeenkomst zal onderwerpen.

Overige bepalingen

41. Deze Overeenkomst omvat de gehele tussen ons gesloten overeenkomst met betrekking tot de Diensten en andere zaken die daarin geregeld worden, en vervangt alle eerdere overeenkomsten, afspraken en toezeggingen die hier verband mee houden, met inbegrip van enige eerder overeengekomen geheimhoudingsovereenkomsten.

42. Het is partijen toegestaan om deze Overeenkomst (met inbegrip van Statements of Work) alsmede alle aanpassingen daarop elektronisch te ondertekenen. Tevens is het ieder van ons toegestaan om een ander exemplaar van hetzelfde document te ondertekenen. Wijzigingen op deze Overeenkomst en/of op enige Statement of Work op grond van deze Overeenkomst dienen door ons beiden schriftelijk overeen te worden gekomen.

43. Beide partijen verklaren dat degene die deze Overeenkomst alsmede een Statement of Work op grond van deze Overeenkomst ondertekent, uitdrukkelijk bevoegd is om deze te ondertekenen en daarmee hen aan de voorwaarden daarvan te binden.

U verklaart dat uw gelieerde entiteiten en alle anderen voor wie Diensten worden verricht gebonden zijn aan de voorwaarden van deze Overeenkomst en de toepasselijke Statement of Work.

44. U gaat ermee akkoord dat het ons en de andere EY-firma's is toegestaan om met inachtneming van onze gedrags- en beroepsregels voor andere cliënten, waaronder uw concurrenten, werkzaamheden te verrichten.

45. Het is geen van ons toegestaan om onze rechten, verplichtingen of vorderingen op grond van deze Overeenkomst op enige wijze over te dragen.

46. Indien blijkt dat enige bepaling van deze Overeenkomst (geheel of gedeeltelijk) onwettig, ongeldig of anderszins onafdwingbaar is, dan blijven de overige bepalingen volledig van kracht.

47. Indien er sprake is van strijdigheid tussen bepalingen in verschillende onderdelen van deze Overeenkomst, dan zullen die onderdelen als volgt prevaleren (tenzij uitdrukkelijk anderszins is overeengekomen): (a) de Begeleidende Brief (b) de toepasselijk Statement of Work en eventuele bijlagen daarbij; (c) deze algemene voorwaarden; en (d) overige bijlagen bij deze Overeenkomst.

48. Het is geen van partijen toegestaan om de naam, logo's of handelsmerk van de andere partij in het openbaar te gebruiken of daarnaar te verwijzen zonder voorafgaande instemming van de andere partij, met dien verstande dat het ons is toegestaan uw naam te gebruiken om u te identificeren als een van onze cliënten.

49. De beperkingen in de artt. 16 tot en met 19 alsmede art. 21 en de bepalingen van de artt. 22, 27, 29 en 44 zijn mede bedoeld ten behoeve van de andere EY-firma's en EY-personen, die hier dan ook een beroep op kunnen doen.

50. Indien wij bij u op locatie werkzaamheden verrichten, draagt u zorg voor een geschikte werkplek, die voldoet aan de Arbo-wet en de beleidsregels opgenomen in de AI-bladen van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Inzake Kantoren en Beeldschermwerkplek.

1 mei 2012

9.8. Bijlage 8 Business case – vooruitblik 2018

Business Case Pasana

Een vooruitblik naar 2018

pasana
ZORGGROEP

Inleiding

In dit document nemen wij u mee in de financiële ontwikkeling die de zorggroep Pasana (ouderenzorg en ziekenhuis) de komende jaren tot 2018 mogelijk gaat doormaken. Er zijn diverse interne en externe factoren die het noodzakelijk maken dat zowel binnen de ouderzorg als binnen het ziekenhuis hun koers gaan verleggen, voor zover daar nog geen begin mee gemaakt is. U moet hierbij denken aan de volgende ontwikkelingen:

- De scheiding van wonen en zorg binnen de ouderenzorg
- Toenemende zorgvraag op het gebied van (intramurale) psychogeriatrische zorg
- Afnemende intramurale zorgvraag op het gebied van somatische zorg
- Noodzaak tot investeren in het (verouderde) vastgoed binnen de ouderenzorg
- Dalend marktaandeel gedurende de afgelopen jaren van het ziekenhuis
- Zorgverzekeraars stellen kwaliteitseisen / selectief inkoop beleid
- Negatieve resultaten binnen het ziekenhuis
- Vergrijzend adherentiegebied

Om deze ontwikkelingen op te vangen dienen beide organisatie-onderdelen te veranderen.

Wij schetsen u een toekomstprognose vanuit financieel perspectief op basis van bekende feiten en reeds genomen besluiten.

Drachten, Februari 2014

O. Dijksma

pasana
ZORGGROEP

Huidige Situatie Pasana

Huidige situatie

Pasana ouderenzorg biedt met name intramurale ouderenzorg en is actief in Noord oost Friesland in de plaatsen Feanwâlden (x2), Dokkum (x3), Ternaard, Metslawier, Damwâld, en Ameland. In deze plaatsen is nauwelijks tot geen concurrentie aanwezig hetgeen een uitvoerige concurrentieanalyse overbodig maakt. In 2013 zijn er 588 bedden voor de ouderenzorg. De verhouding bedden met en zonder behandeling in 2013 bedraagt respectievelijk 48% om 52%. Circa 5% van de care inkomsten in 2013 zijn afkomstig van extramurale zorg.

Daarnaast valt onder de Zorggroep Pasana ook ziekenhuis "De Sionsberg". Het betreft hier een basis ziekenhuis met een regionale functie zoals waaronder acute hulp. De Sionsberg heeft circa 52 bedden. In 2012 bedraagt de transitiefinanciering DOT voor 2,3 mio aan transitie financiering ontvangen en 3,7 mio aan beschikbaarheidsgelden.

pasana
ZORGGROEP

3

Business Case
Pasana Ouderenzorg

pasana
ZORGGROEP

4

Resultatenrekening

Resultatenrekening Pasana - CARE								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Intramurale zorg	-	-	34.953	35.693	35.904	35.455	35.712	35.859
Extramurale zorg	-	-	2.830	2.901	2.973	3.048	3.124	3.202
Overige opbrengsten	-	-	250	256	263	269	276	283
Subtotaal bedrijfsopbrengsten	-	-	38.033	38.850	39.140	38.772	39.112	39.343
% groei	n.a.	n.a.	n.a.	2,1%	0,7%	-0,9%	0,9%	0,6%
Kapitaallastenvergoeding	-	-	4.032	4.276	4.797	5.226	5.592	5.928
Som der bedrijfsopbrengsten	40.926	43.779	42.064	43.126	43.937	43.997	44.704	45.271
% groei	n.a.	n.a.	-3,9%	2,5%	1,9%	0,1%	1,6%	1,3%
Personeelskosten	(26.455)	(28.523)	(29.947)	(29.655)	(28.927)	(29.078)	(29.769)	(30.391)
% van bedrijfsopbrengsten	64,6%	65,2%	71,2%	68,8%	65,8%	66,1%	66,6%	67,1%
Overige bedrijfskosten	(8.874)	(8.794)	(6.206)	(6.123)	(6.319)	(6.577)	(6.836)	(7.085)
% van bedrijfsopbrengsten	21,7%	20,1%	14,6%	14,2%	14,4%	14,9%	15,3%	15,7%
Som der operationele bedrijfslasten	(35.329)	(37.317)	(36.153)	(36.777)	(35.246)	(35.655)	(36.605)	(37.476)
EBITDA	5.597	6.462	5.911	7.349	8.691	8.342	8.099	7.795
% van bedrijfsopbrengsten	13,7%	14,8%	14,1%	17,0%	19,8%	19,0%	18,1%	17,2%
Afschr. op materiële en immateriële vaste active	(3.022)	(3.113)	(2.645)	(2.633)	(2.663)	(2.688)	(2.708)	(2.707)
EBIT	2.575	3.349	3.266	4.716	6.028	5.654	5.391	5.088
% van bedrijfsopbrengsten	6,3%	7,6%	7,8%	10,9%	13,7%	12,9%	12,1%	11,2%
Financiële baten en lasten	(1.574)	(1.505)	(1.421)	(1.391)	(1.362)	(1.274)	(1.193)	(1.119)
Resultaat boekjaar	956	1.864	1.845	3.325	4.667	4.380	4.198	3.959
% van bedrijfsopbrengsten	2,3%	4,3%	4,4%	7,7%	10,6%	10,0%	9,4%	8,6%

Omzet:
De omzetontwikkeling is gebaseerd op de transitiematrix (P*Q). De omzet (inclusief NHC en NIC) heeft ondanks de focus op zwaardere ZZP's een beperkt stijgend karakter. Dit is mede het gevolg van het terugbrengen van het aantal plaatsen richting 2018.

Personeelskosten:
De toename van de personeelskosten zijn het gevolg van prijsindexatie 1,5% en omzetontwikkeling. Hierin is "veiligheidshalve" geen rekening gehouden met de ZZP transitie.

Overige kosten:
De overige kosten (veelal directe kosten) nemen toe als gevolg van een indexatie en relatering aan de omzet.

Investeringen:
Jaarlijkse herinvesteringen 2014: 1 mio, daarna jaarlijks 0,75 mio

EBITDA:
De EBITDA neemt de komende jaren eerst toe en vervolgens licht af. Dit heeft te maken met een zeer gematigde omzetgroei, terwijl de personeelskosten wel geïndexeerd doorgroeien en "veiligheidshalve" dus niet worden verlaagd.

pasana
ZORGGROEP

5

Business Case
Ziekenhuis
De Sionsberg

pasana
ZORGGROEP

6

Huidige situatie

De Sionsberg is in 2013 reeds gestart met het doorvoeren van diverse verandering teneinde de rentabiliteit te verbeteren. Daarbij zijn de onderstaande acties in het kader van Business Case De Sionsberg 3.0 opgestart of reeds voltooid.

Overzicht van de maatregelen:		Opgestart	In uitvoering	Voltooid	Euro PA
1	Impairment op het vastgoed (afwaardering ad. 4,5 Mln welke in 2012 heeft plaatsgevonden)			x	0,2 Mln
2	FTE reductie van 80		x		4,4 Mln
3	Sluiting 40% van vloeroppervlak a.g.v. :			x	
3.1	Efficiënter gebruik ruimte door invoering nieuw Poli concept			x	
3.2	Halvering van klinische capaciteit			x	
4	Gesprekken met zorgverzekeraars hebben geleid tot vervallen van het groeiplafond (drijvende kurk), waardoor groei niet wordt beperkt in het kader van de beheersing van de macrokosten in zorg.			x	
5	Programma dat cultuur- en gedragsveranderingen moet stimuleren is reeds van start gegaan		x		
7	Capaciteitsoptimalisatie door uitwisseling van laag complexe productie met UMCG	x			
8	Hernieuwde (marketing) initiatieven richting de eerste lijn om doorverwijzingenstroom te reactiveren	x			
9	De vorming van geïntegreerd stafbestuur			x	
10	Vooronderzoek Integratie medische staven Nij Smellinghe en De Sionsberg	x			
11	Verbouwing HOED			x	
12	Integratie van klinisch chemisch laboratorium met Nij Smellinghe		x		0,5 Mln
Totaal					5,1 Mln

pasana ZORGGROEP

7

Resultatenrekening

Resultatenrekening Pasana - CURE								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Som der bedrijfsopbrengsten	33.372	36.047	27.200	25.053	24.480	23.563	23.276	22.994
Personeel in loondienst	(24.257)	(24.685)	(24.598)	(19.608)	(18.262)	(18.236)	(18.460)	(19.386)
Personeelskosten	(24.257)	(24.685)	(24.598)	(19.608)	(18.262)	(18.236)	(18.460)	(19.386)
% van bedrijfsopbrengsten	72,7%	68,5%	90,4%	78,3%	74,6%	77,4%	79,3%	84,3%
Overige bedrijfskosten	(11.185)	(12.918)	(7.624)	(7.475)	(7.484)	(7.534)	(7.787)	(7.943)
% van bedrijfsopbrengsten	33,5%	35,8%	28,0%	29,8%	30,6%	32,4%	33,5%	34,5%
Som der operationele bedrijfslasten	(35.442)	(37.603)	(32.222)	(27.083)	(25.747)	(25.870)	(26.246)	(27.329)
EBITDA	(2.070)	(1.556)	(5.022)	(2.030)	(1.267)	(2.307)	(2.971)	(4.335)
% van bedrijfsopbrengsten	-6,2%	-4,3%	-18,5%	-8,1%	-5,2%	-9,8%	-12,8%	-18,9%
Afschr. op materiële en immateriële vaste activa	(2.531)	(7.879)	(1.601)	(2.296)	(2.231)	(2.146)	(2.089)	(1.973)
EBIT	(4.601)	(9.435)	(6.623)	(4.326)	(3.497)	(4.453)	(5.060)	(6.308)
% van bedrijfsopbrengsten	-13,8%	-26,2%	-24,3%	-17,3%	-14,3%	-18,9%	-21,7%	-27,4%
Financiële baten en lasten	(662)	(457)	(413)	(384)	(353)	(321)	(290)	(259)
Resultaat boekjaar	(5.263)	(9.893)	(7.036)	(4.710)	(3.850)	(4.774)	(5.350)	(6.567)
% van bedrijfsopbrengsten	-15,8%	-27,4%	-25,9%	-18,8%	-15,7%	-20,3%	-23,0%	-28,6%

Elimineren van incidentele kosten resultatenrekening								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Omzet								
Beschikbaarheid	-3700	-3700	-3700	-2500	-1250	-625	0	0
Transitiefinanciering		-2300	-1195	0	0	0	0	0
Totaal	-3700	-6000	-4895	-2500	-1250	-625	0	0
Kosten								
Transitiekosten	0	0	200	2300	500	600	1200	700
Afwaardering en afschrijvingen		5400						
Resultaat excl. incidentele posten	(8.963)	(10.493)	(11.731)	(4.910)	(4.600)	(4.799)	(4.150)	(5.867)

Omzet:
De omzet laat vanaf 2013 een dalende trend zien. Dit heeft voornamelijk te maken met de afbouw van de beschikbaarheidsgelden en het einde van de transitiefinanciering. Er is geen rekening gehouden met organische groei.

Personeelskosten:
In de personeelskosten is rekening gehouden met een indexatie van 1,5%, de lopende reorganisatie incl. wachtgeldregelingen en reserveringen voor de transitie (o.a. opleidingen). In de periode 2013-2014 is de FTE reductie goed zichtbaar. In 2018 lopen de personeelskosten weer op door het aflopen van de WW.

Overige kosten:
De overige kosten zijn gerelateerd aan de omzetontwikkeling en een prijsindexatie van 2%.

EBITDA:
EBITDA blijft ondanks de dalende personeelskosten negatief, o.a. door de dalende omzet en weer (tijdelijk) oplopende personeelskosten na 2016.

Afschrijvingen:
Hoge afschrijving 2012 kwam onder meer door impairment. Daarna relatief stabiele afschrijvingen als gevolg van herinvesteringen.

pasana
ZORGGROEP

8

Consolidatie Pasana Care & Cure

pasana
ZORGGROEP

9

Geconsolideerde Resultatenrekening

Resultatenrekening Pasana								
EUR'000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Som der bedrijfsopbrengsten	74.288	79.828	69.264	68.179	68.417	67.560	67.979	68.265
Groei %		7,4%	-13,2%	-1,6%	0,3%	-1,3%	0,6%	0,4%
Personeel in loondienst	(50.712)	(53.208)	(54.545)	(49.263)	(47.189)	(47.314)	(48.229)	(49.777)
Personeelskosten	(50.712)	(53.208)	(54.545)	(49.263)	(47.189)	(47.314)	(48.229)	(49.777)
% van bedrijfsopbrengsten	68,3%	66,7%	78,7%	72,3%	69,0%	70,0%	70,9%	72,9%
Overige bedrijfskosten	(20.059)	(21.712)	(13.830)	(13.597)	(13.804)	(14.212)	(14.523)	(15.028)
% van bedrijfsopbrengsten	27,0%	27,2%	20,0%	19,9%	20,2%	21,0%	21,5%	22,0%
Som der operationele bedrijfslasten	(70.771)	(74.920)	(68.375)	(62.860)	(60.993)	(61.525)	(62.851)	(64.805)
EBITDA	3.527	4.906	889	5.318	7.424	6.035	5.128	3.460
% van bedrijfsopbrengsten	4,7%	6,1%	1,3%	7,8%	10,9%	8,9%	7,5%	5,1%
Afschr. op materiële en immateriële vaste activa	(5.553)	(10.992)	(4.246)	(4.928)	(4.853)	(4.833)	(4.797)	(4.580)
EBIT	(2.026)	(6.086)	(3.357)	390	2.531	1.201	331	(1.220)
% van bedrijfsopbrengsten	-2,7%	-7,6%	-4,8%	0,6%	3,7%	1,8%	0,5%	-1,8%
Financiële baten en lasten	(2.226)	(1.962)	(1.835)	(1.775)	(1.714)	(1.596)	(1.493)	(1.378)
Buitengewone baten en lasten	-	(8)	-	-	-	-	-	-
Buitengewone waardevermindering	-	27	-	-	-	-	-	-
Resultaat boekjaar	(4.252)	(8.029)	(5.192)	(1.385)	817	(394)	(1.162)	(2.598)
% van bedrijfsopbrengsten	-5,7%	-10,1%	-7,5%	-2,0%	1,2%	-0,6%	-1,7%	-3,8%

Omzet:
De omzet laat in de periode na 2013 een stabiel beeld zien. In de Cure lopen de omzetten terug en in de Care is er sprake van een lichte stijging. Dit levert per saldo minimale verschuivingen op.

Personeelskosten:
Ondanks de reductie van de personeelskosten door FTE reducties binnen de Cure is de algehele verlaging van de personeelskosten beperkt. Dit heeft mede te maken met de stijgende kosten (in het model) binnen care, de toegepaste indexaties en tijdelijke kosten a.g.v. reorganisaties.

Overige kosten:
De overige kosten lopen in verhouding tot de omzet langzaam op. Dit betreffen veelal directe kosten waarop tevens een indexatie is toegepast.

EBITDA:
EBITDA ontwikkeling laat een volatiel beeld zien. De verbetering wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de FTE reductie binnen de Cure. Doordat deze kosten weer (tijdelijk) relatief oplopen ten opzichte van de omzet, laat de EBITDA ook weer een daling zien na 2015.

pasana
ZORGGROEP

10

Geconsolideerde Balans

Balans Pasana								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
ACTIVA								
Immateriële vaste activa	244	-	-	-	-	-	-	-
Financiele vaste activa	108	79	79	79	79	79	79	79
Materiële vaste activa	53.136	46.193	46.046	44.718	40.925	37.191	33.494	29.914
Totaal vaste activa	53.488	46.272	46.125	44.797	41.004	37.270	33.573	29.993
Totaal vlottende activa	9.465	10.687	9.076	6.545	6.432	6.226	6.175	6.123
Totaal activa	62.953	56.959	55.200	51.342	47.436	43.496	39.748	36.116
PASSIVA								
Totaal eigen vermogen	3.041	(6.017)	(10.209)	(11.594)	(10.777)	(11.171)	(12.323)	(14.921)
Solvabiliteit	4,8%	-9,8%	-18,5%	-22,6%	-22,7%	-25,7%	-31,0%	-41,3%
Voorzieningen	1.599	902	902	902	902	902	902	902
Totaal langlopende schulden	39.493	37.831	35.550	33.280	31.009	28.738	26.519	24.323
Kortlopende schulden en overlopende passiva	16.999	19.537	18.459	13.602	13.367	13.491	13.658	13.950
Schulden aan kredietinstellingen/Nij Smellinghe	1.861	3.705	10.500	15.155	12.936	11.548	10.995	11.854
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	18.860	23.242	28.959	28.756	26.304	25.029	24.653	25.814
Totaal passiva	62.953	56.959	55.202	51.344	47.438	43.496	39.750	36.116

Materiele vaste activa:
In het model zijn herinvesteringen en reeds lopende projecten meegenomen.

Vlottende activa:
De vlottende lopen heel langzaam terug doordat deze grotendeels zijn gekoppeld aan de teruglopende omzet.

Eigen vermogen:
Het eigen vermogen loopt als gevolg van de negatieve resultaten terug en laat vanaf 2012 een negatief bedrag zien.

Langlopende Schulden:
De langlopende schulden lopen als gevolg van aflossingen terug. Alle nieuwe investeringen worden "modelmatig" betaald vanuit de rekening-courant of financiering Nij Smellinghe en worden daarom niet opgenomen in de langlopende schulden.

pasana
ZORGGROEP

11

Werkkapitaal (geconsolideerd)

Werkkapitaal Pasana								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Totale kortlopende activa	9.308	10.487	9.075	6.545	6.432	6.226	6.175	6.123
Minus:								
Totaal kortlopende schulden	(13.733)	(17.131)	(16.178)	(11.331)	(11.097)	(11.211)	(11.438)	(11.754)
Werkkapitaal ('WK')	(4.425)	(6.644)	(7.103)	(4.786)	(4.665)	(4.985)	(5.263)	(5.631)
WK investering	4.425	2.219	459	(2.317)	(121)	320	278	369

Kasstroomoverzicht Pasana								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
EBIT	(2.026)	(6.086)	(3.357)	397	2.531	1.201	331	(1.220)
Afschr. op materiële en immateriële vaste activa	5.553	10.992	4.246	4.928	4.893	4.833	4.797	4.680
Operationele cashflow			889	5.325	7.424	6.035	5.128	3.460
Onttrekking voorzieningen	-	-	-	-	-	-	-	-
WK investering	4.425	2.219	459	(2.317)	(121)	320	278	369
Investeringen Financiële vaste activa	-	-	-	-	-	-	-	-
Investeringen materiële vaste activa	-	-	(4.100)	(3.600)	(1.100)	(1.100)	(1.100)	(1.100)
Desinvesteringen materiële vaste activa	-	-	-	-	-	-	-	-
Investering cash flow	4.425	2.219	(3.641)	(5.917)	(1.221)	(780)	(822)	(731)
Rente op liquide middelen	-	-	2	-	-	-	-	-
Rente op rekening courant	-	-	(28)	(78)	(113)	(97)	(88)	(82)
Rentelasten leningen - bestaand	-	-	(1.809)	(1.704)	(1.601)	(1.499)	(1.397)	(1.296)
Rentelasten leningen - nieuw	-	-	-	-	-	-	-	-
Opname nieuwe leningen	-	-	-	-	-	-	-	-
Aflossingen langlopende leningen - bestaand	-	-	(2.406)	(2.281)	(2.271)	(2.271)	(2.271)	(2.220)
Aflossingen langlopende leningen - nieuw	-	-	-	-	-	-	-	-
Financiering cash flow	-	-	(4.241)	(4.063)	(3.985)	(3.866)	(3.754)	(3.598)
Kasstroom			(6.993)	(4.655)	2.218	1.389	552	(869)
Beginstand Liquide middelen			(3.507)	(10.500)	(15.155)	(12.936)	(11.548)	(10.995)
Kasstroom			(6.993)	(4.655)	2.218	1.389	552	(869)
Eindstand Liquide middelen	(1.704)	(3.507)	(10.500)	(15.155)	(12.936)	(11.548)	(10.995)	(11.864)

pasana ZORGGROEP

12

Geconsolideerde Ratio's

Ratio's Pasana	2011-H	2012-H	Norm EY	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Rentabiliteitsratio	-5,74%	-10,06%	> 20 %	-2,03%	1,19%	-0,58%	-1,88%	-3,81%	-45,41%
Debt Service Capacity Ratio			> 1,25x	0,2x	1,3x	1,9x	1,6x	1,4x	1,0x
Nettoschuld/EBITDA	12,6x	8,7x	< 3,50x	43,8x	7,0x	4,7x	5,4x	6,0x	8,2x
Solvabiliteit	4,8%	-8,8%	> 20 %	-18,6%	-22,6%	-22,7%	-25,7%	-31,0%	-41,3%

DSCR:
De DSCR geeft de verhouding tussen de EBITDA en de verplichtingen uit hoofde van rentedragende schulden. Een DSCR van <1 suggereert dat er in dat jaar onvoldoende middelen worden gegenereerd om aan de verplichtingen te voldoen.

Netto schuld/EBITDA:
Geeft de verhouding weer tussen de netto schuld onder aftrek van de nog te betalen salarissen/vakantie uren/PLB t.o.v. EBITDA.

Solvabiliteit:
Geeft de verhouding weer tussen het eigen vermogen de totale vermogen. In het reglement van deelname van het WFZ wordt een percentage van 25% genoemd. Al is dat geen harde grens. Deze wordt beoordeeld in een breder perspectief.

pasana ZORGGROEP

13

Scenario investering 20 Mio

Resultatenrekening Pasana - CARE								
EUR '000	2011-H	2012-H	2013-P	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Som der bedrijfsopbrengsten	40.926	43.779	42.064	43.126	43.993	44.031	44.761	45.271
% groei	n.a.	n.a.	-3,9%	2,5%	2,0%	0,1%	1,7%	1,1%
Personeelskosten	(26.455)	(28.523)	(29.947)	(29.655)	(28.927)	(29.078)	(29.769)	(30.391)
% van bedrijfsopbrengsten	64,6%	65,2%	71,2%	68,8%	65,8%	66,0%	66,5%	67,1%
Overige bedrijfskosten	(8.874)	(8.794)	(6.206)	(6.116)	(6.319)	(6.565)	(6.824)	(7.024)
% van bedrijfsopbrengsten	21,7%	20,1%	14,8%	14,2%	14,4%	14,9%	15,2%	15,5%
Som der operationele bedrijfslasten	(35.329)	(37.317)	(36.153)	(35.770)	(35.246)	(35.643)	(36.593)	(37.415)
EBITDA	5.597	6.462	5.911	7.355	8.746	8.388	8.168	7.857
% van bedrijfsopbrengsten	13,7%	14,8%	14,1%	17,1%	19,9%	19,0%	18,2%	17,4%
Afschr. op materiële en immateriële vaste activa	(3.022)	(3.113)	(2.645)	(2.633)	(2.774)	(2.799)	(3.092)	(3.365)
EBIT	2.575	3.349	3.266	4.723	5.973	5.589	5.076	4.491
% van bedrijfsopbrengsten	6,3%	7,6%	7,8%	11,0%	13,6%	12,7%	11,3%	9,9%
Financiële baten en lasten	(1.574)	(1.505)	(1.421)	(1.398)	(1.362)	(1.286)	(1.205)	(1.180)
Resultaat boekjaar	956	1.864	1.845	3.325	4.611	4.303	3.871	3.311
% van bedrijfsopbrengsten	2,3%	4,3%	4,4%	7,7%	10,5%	9,8%	8,6%	7,3%

In dit scenario is de aanname gemaakt dat er t/m 2018 naast de reguliere herinvesteringen een additionele investering van 20 mio plaatsvindt. Deze investering wordt geinvesteerd in gebouwen, verbouwing en inventaris.

De gevolgen voor het resultaat zijn marginaal blijkens de hiernaast weergeven resultatenrekening.

Capex - CARE						
EUR '000	2013-B	2014-F	2015-F	2016-F	2017-F	2018-F
Vervangingsinvesteringen						
Grond						
Terreinvoorzieningen						
Gebouwen		-	5.000	-	3.500	3.500
Semi permanente gebouwen						
Verbouwingen		250	-	-	1.500	1.500
Installaties		-	1.666	-	1.666	1.666
Onderhanden projecten						
Trekkingsrechten						
Instandhouding		750	750	750	750	750
Inventaris	600	-	-	-		
Vervoermiddelen						
Automatisering						
Totaal	600	1.000	7.416	750	7.416	7.416

pasana ZORGGROEP

14

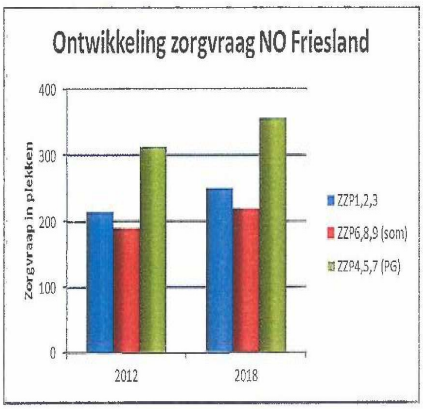
Bijlagen

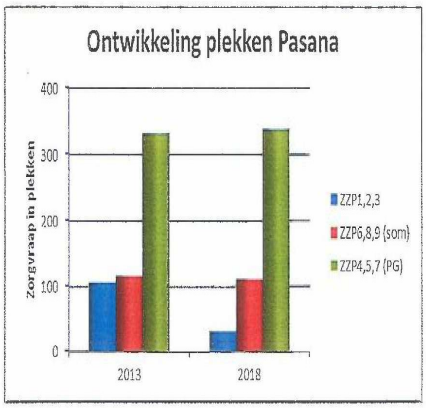
1. Ontwikkeling zorgvraag ouderenzorg Noord Oost Friesland
2. ZZP Matrix

pasana
ZORGGROEP

15

Bijlage 1





Ontwikkeling zorgvraag Noord oost Friesland en aanpassing plekken binnen Pasana

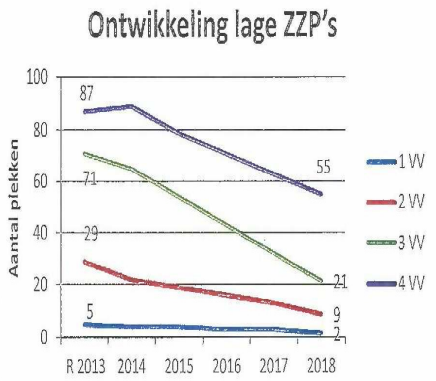
Om te kunnen vaststellen wat de impact zal zijn van het scheiden van wonen en zorg is er onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio Noord Oost Friesland. Achtergrond hiervan is of er voldoende vraag naar zorg blijft in de regio. Uit de grafiek 1 (Ontwikkeling zorgvraag NO Friesland) blijkt dat de vraag naar zorg de komende jaren zal blijven stijgen. Deze trend zet zich ook in de jaren na 2018 voort. Derhalve heeft Pasana een inschatting gemaakt van haar "zorgaanbod" per 2018. Deze staat weergeven in de grafiek 2 (ontwikkeling plekken Pasana). De inschatting is dat het aantal plekken zal worden afgebouwd van 553 (excl. GRZ, mutatiedagen en partners) naar 482 (excl. GRZ, mutatiedagen en partners). Ook wordt uit de grafiek duidelijk dat het aantal plekken voor ZZP's 1,2&3 fors zal teruglopen als gevolg van het scheiden van wonen en zorg. Deze zorgvraag zal extramuraal moeten worden opgevangen.

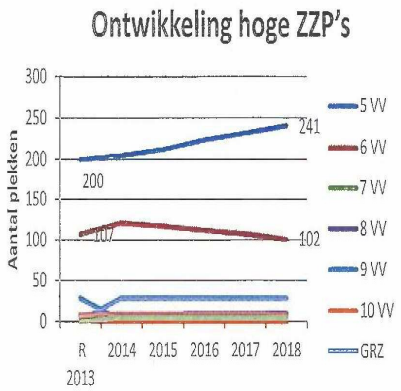
De ontwikkelingen van de zorgvraag biedt naar onze mening een voldoende voedingsbodem voor de invulling van een haalbare ZZP transitie voor Pasana. Dit komt mede door het feit dat er geen andere aanbieders zijn in de regio.

pasana
ZORGGROEP

Bijlage 2
ZZP Matrix

17





Uitgangspunten en aannames bij totstandkoming van het ZZP Transitiemodel

- Extramuralisatie geldt alleen voor nieuwe cliënten, bestaande cliënten blijven intramuraal (Bron: wetgeving)
- ZZP VV 1en 2 extramuraliseren per 1-1-2013 (Bron: wetgeving)
- ZZP VV3 extramuraliseren per 1-1-2014 (Bron: wetgeving)
- 50% van ZZP VV4 extramuraliseert per 01-01-2015. (Bron: wetgeving)
- 30% van de huidige cliënten zitten per 1-1-2018 nog intramuraal met bestaande indicatie (Bron: Actiz)
- Lineaire afbouw cliënten met lage ZZP's
- Verschuiving ZZP 5 en 6 naar verhouding 2:1 (Bron: Actiz)
- Afbouw capaciteit van 588 in 2013 naar 528 in 2018 (Bron: gesprekken Paul Rensema met zorgkantoor)
- Demografische mogelijkheden zijn voldoende aanwezig (Bron: eigen onderzoek Pasana en TNO)
- Conform huidige situatie blijft monopolie in verzorgingsgebied in stand (Aanname: Paul Rensema, Pasana)
- Transitiemodel geldt als indicatie hoe de transitie binnen Pasana al geheel er uit moet komen te zien. Invulling per locatie volgt in een later stadium.
- Einde huurcontract De Hale per oktober 2018 (reductie van 12 bedden)(Bron: Paul Rensema)

Bovenstaande transitiemodel is de basis voor de omzetprognose zoals opgenomen in de Business Case voor Pasana Ouderenzorg (Care). De omzet komt tot staand door ZZP maal de vergoeding inclusief de NHC (P*Q). Voor de exacte invulling van de transitiematrix verwijzen wij naar bijlage 1

pasana
ZORGGROEP

18

Met behandeling	R 2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZZP						
1VV	0	0	0	0	0	0
2VV	0	0	0	0	0	0
3VV (pg ligt	0	0	0	0	0	0
4VV (meng pg som)	3	2	0	0	0	0
5VV (pg)	152	172	175	183	187	191
6VV (som)	45	70	72	74	76	77
7VV (pg zwaar)	45	39	40	42	42	43
8VV (som)	6	8	8	9	9	9
9aVV (rev)	28	0	0	0	0	0
9bVV (rev)	2	0	0	0	0	0
GRZ		28	28	28	28	28
10VV		2	2	2	2	2
Crisis		1	1	1	1	1
Mutatiedagen		4	4	4	4	4
Totaal	281	326	333	341	348	356
Zonder behandeling:						
1VV	5	4	4	3	3	2
2VV	29	22	19	16	13	9
3VV (pg ligt	71	65	54	43	32	21
4VV (meng pg som)	84	87	79	71	63	55
5VV (pg)	48	33	37	41	45	50
6VV (som)	62	51	45	38	32	25
7VV (pg zwaar)	0	0	0	0	0	0
8VV (som)	1	0	0	0	0	0
9aVV (rev)	0	0	0	0	0	0
9bVV (rev)	0	0	0	0	0	0
GRZ	0	0	0	0	0	0
Partner	7	7	7	7	7	7
Mutatiedagen		4	4	4	4	4
Ist	307	273	249	223	199	172
Totale capaciteit	588	599	582	564	547	528

ZZP	R 2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 VV	5	4	4	3	3	2
2 VV	29	22	19	16	13	9
3 VV	71	65	54	43	32	21
4 VV	87	89	79	71	63	55
5 VV	200	205	212	224	232	241
6 VV	107	121	117	112	108	102
7 VV	45	39	40	42	42	43
8 VV	7	8	8	9	9	9
9 VV	28	0	0	0	0	0
10 VV	2	0	0	0	0	0
GRZ	0	28	28	28	28	28
Partner	7	9	9	9	9	9
Mutatiedagen	0	5	5	5	5	5

19

9.9. Bijlage 9 KPMG Rapport Project Friesland

Gebruikte afkortingen

- SB Ziekenhuis de Sionsberg
- NS Ziekenhuis NijSmellinghe
- PG Pasana Groep
- DFZ De Friesland Zorgverzekeraar

Inhoud

- Aanleiding en aanpak
- Conclusies en aanbevelingen
- Belangrijkste bevindingen
  - Eindmodel
  - Herstructureringsscenario
- Geraadpleegde bronnen
- Bijlagen

Inleiding en achtergrond (1/2)

- Ziekenhuis De Sionsberg (SB) kent al een aantal jaar een negatief exploitatieresultaat en als gevolg daarvan is er sprake van een negatief eigen vermogen én een negatieve kasstroom. De tekorten zijn de afgelopen jaren door NijSmellinghe en DFZ aangevuld. De kaspositie van NijSmellinghe is hierdoor fors aangetast. Verder door financieren bij ongewijzigd beleid heeft daarom op termijn ook negatieve financiële consequenties voor NijSmellinghe. (*)
- De reden voor deze ontwikkeling is dat de afgelopen drie jaar er sprake is van een forse afname van het aantal (poli-)klinische patiënten. Hierdoor is een toenemende druk op de kwaliteit én de exploitatie ontstaan. De afgelopen twee jaar is door NijSmellinghe geïnvesteerd in de herinrichting van de logistieke (zorg-)processen (waaronder de formatie), de kwaliteit, tevens met als doel het proberen terug te buigen van de patiëntenstromen.
- In mei en na de zomer van dit jaar bleek dat deze aanpassingen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. Er is een vicieuze cirkel ontstaan: patiënten blijven weg, om redenen van kwaliteit (en mede naar aanleiding van eisen van de inspectie) is De Sionsberg genoodzaakt (delen) van zorgaanbod te staken dan wel te verplaatsen. Hierdoor verlaagt het aantal patiënten verder, wordt er minder zorg gecontracteerd, terwijl de overhead (nagenoeg) gelijk blijft.
- Gevolg van het bovenstaande is dat het aantrekken van financiering/liquiditeiten niet meer mogelijk is en De Sionsberg een acuut financieringsprobleem heeft gekregen. Eerdere verliescompensatie is gebeurd uit extra kredietruimte vanuit NS. Als deze kredietruimte vervalt verergert de acute financieringsproblematiek.

Bron: 20140722 Historie, ontwikkelingen en financien.pdf

(*) er is in 2014 een stresstest geweest met een limiet van 16 mio, deze grens wordt gehaald. De huidige kredietfaciliteit moet, in de visie van NijSmellinghe worden afgeschreven. Verdere toekomstige finaciele ondersteuning tast de financiële positie van NijSmellinghe aan.

Inleiding en achtergrond (2/2)

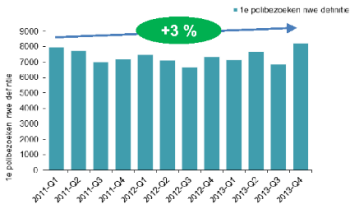
- DFZ en Nij Smellinghe (NS) hebben gezamenlijk een traject gestart met als doel het formuleren van het toekomstig zorgconcept voor de locatie Dokkum. De volgende twee hoofdvragen zijn hierbij relevant:
  1. Wat is het gewenste eindmodel (zorgconcept) in Dokkum, gegeven de demografische en epidemiologische ontwikkelingen en financiële exploitatie?
  2. Wat is het gewenste herstructureringsscenario om het gewenste zorgconcept te realiseren?

Bron: 20140722 Historie, ontwikkelingen en financien.pdf

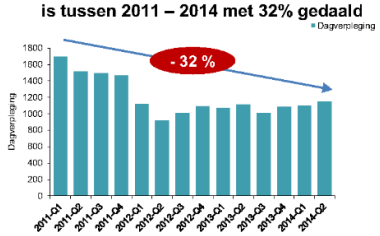
Aanleiding en aanpak

De daling in geleverde zorg in de SB tussen 2011 en 2014 drijft de noodzaak voor een nieuw zorgconcept in Dokkum

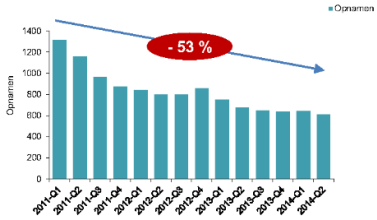
Het aantal polibezoeken in de Sionsberg is tussen 2011 – 2013 met 3% gestegen



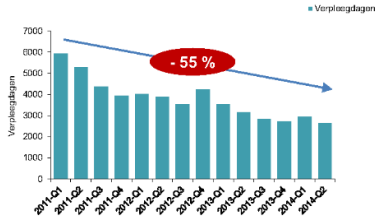
Het aantal dagverplegingen in de Sionsberg is tussen 2011 – 2014 met 32% gedaald



Het aantal opnamen in de Sionsberg is tussen 2011 – 2014 met 53% gedaald



Het aantal verpleegdagen in de Sionsberg is tussen 2011 – 2014 met 55% gedaald



Bron: 20141007 Productieontwikkeling 2011-2014.xlsx
Noot: Data polibezoeken en 1ste polibezoeken bevatten in 2014 trendbreuken met 2013 door verschillen in administreren, Q1 en Q@ 2014 zijn daarom weggelaten

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 5

Aanleiding en aanpak

De zorgvraagontwikkeling bepaalt het eindmodel. Deze stijging van deze vraag is echter gedifferentieerd per type zorg

- Het totale aantal inwoners verandert tussen 2014 en 2030 nauwelijks in Friesland. De leeftijdssamenstelling wijzigt echter wel; het aantal ouderen (65 jaar en ouder) en daarbinnen het aantal alleroudsten (75 jaar en ouder) zal substantieel toenemen.[1]
- Tot aan 2030 blijft het aandeel van de 65+'ers ten opzichte van de totale bevolking steeds toenemen.[2] Een toename van met name chronische aandoeningen en zorg voor kwetsbare ouderen is hiervan het verwachte gevolg.
- De geschatte extrapolatie in gedeclareerde zorgvraag op deze gebieden is complex. Reden is dat de extrapolaties uit het verleden minder valide zijn, omdat trends zich niet eenduidig doorzetten. Gelet op inzet van preventie, ondersteuning thuis en ambulantisering is er niet een eenduidige stijging van de zorgvraag te geven (zie ook de recente trendbreuk in zorgconsumptie op macroniveau). Tevens varieert de stijging van de zorgvraag sterk per type zorg:
  - Voor astma en klachten aan het bewegingsapparaat gaat het om ongeveer 10%, terwijl diabetes (29%), hartfalen (48%) en dementie (60%), uitgaand van de kennis van nu, veel sterker zullen stijgen. Wederom: deze stijging zal in de praktijk niet altijd tot een rechtevenredige stijging in zorgconsumptie leiden en in ziekenhuisgebaseerde zorg (veel) kleiner zijn door het anders inrichten van zorg, zelfzorg en preventie (WLZ, ambulantisering, inzet van 1,5e lijnscentra).

1. Bron: Zorgindicatoren Friesland, 2014, its.
2. Bron: cbs.nl
3. Bron: Zorgstromen regio Dokkum – inzicht in zorggebruik, 2014, Gupta Strategists

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 6

Aanleiding en aanpak

De ontwikkelingen rondom Ouderenzorg spelen tevens een cruciale rol in dit proces

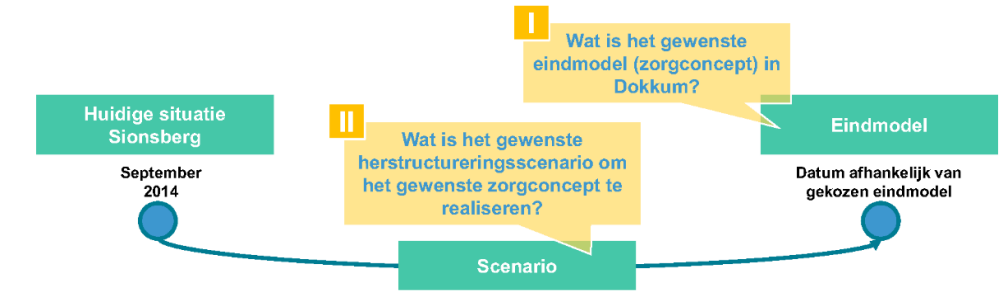
Ontwikkelingen rondom de ouderenzorg (Care)

Ontwikkeling	Consequenties
• De inkomsten van de ouderenzorg staan op de lange termijn onder druk als gevolg van de verandering van wet- en regelgeving. Reden hiervoor zijn de maatregelen uit het Regeerakkoord om cliënten langer thuis van zorg te voorzien, gebaseerd op de geïndiceerde zorgzwaartepakketen (ZZP): - Enerzijds wordt ingezet op extramuralisering (ZZP 1,2,3 en een deel van 4). Dit betekent een sterke daling van het aantal ouderen dat in aanmerking komt voor intramurale zorg - Mogelijk leidt de extramuralisering van deze pakketten wel tot een lichte stijging van de 'hogere' ZZP's - Van pakketten die nog wel intramuraal geleverd worden, zal worden ingezet op een prijsdaling • Op dit moment is de Pasana Groep bezig met een business case voor Care de komende jaren, die de ontwikkeling van Care reflecteert.	• Indicatief geeft het management aan dat forse bezuinigingen noodzakelijk zijn en dat de eerste berekeningen van de ontslagkosten alleen al een kostenpost ad €21 miljoen[a] over de komende jaren opleveren (zie slide 28) • De impact van de reductie aan instroom op het gebruik van de gebouwen en derhalve de leegstand is nog onbekend, aangezien er nog geen uitgewerkt reductieplan is • De Care is op dit moment winstgevend. Gelet op de WLZ dient een saneringsplan voor de komende jaren geformuleerd te worden. Deze sanering zal niet in een jaar gerealiseerd worden. • Gelet op de huidige zorgvraag en de tijdstermijn van sanering zal de Care in iedere herstructurering moeten worden voortgezet.

Noot: a. Bron: Management Zorggroep Pasana, op basis van eerste berekeningen

Aanleiding en aanpak

In de gekozen aanpak is onderscheid gemaakt tussen 'Wat is het eindmodel?' versus 'Via welk scenario wordt dit gerealiseerd'?



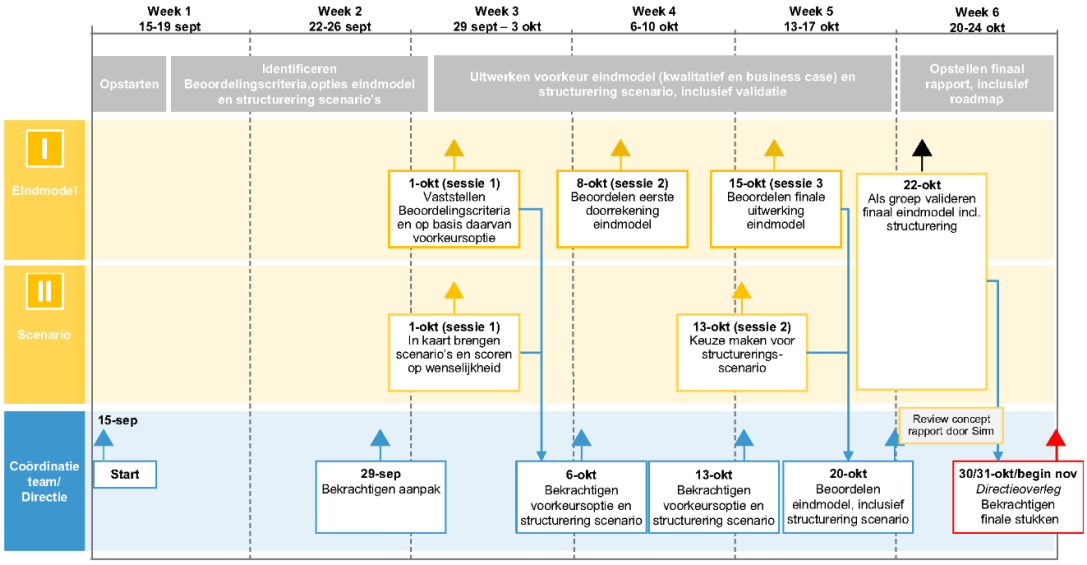
Belangrijkste eindproducten:

- Inzicht in financiële situatie 2013-2014
- Inzicht ontwikkeling zorgvraag tot 2030
- Inzicht in ontwikkeling productie

- Definiëren scenario's om te komen van huidige situatie naar 1 jan. 2015, inclusief risicoanalyse per scenario:
  - Faillissement
  - Sanering
- Kwalitatieve voordelen, nadelen en risico's
- Financiële doorrekening

- Definiëren eindmodel voor Dokkum:
  1. Ongewijzigd beleid
  2. Poliklinisch centrum
  3. Anderhalvelijnscentrum
- Kwalitatieve voordelen, nadelen en risico's
- Financiële doorrekening ten behoeve van business case

De opties voor het eindmodel en structureringsscenario zijn in een aantal sessies uitgewerkt



Inhoud

- Aanleiding en aanpak
- Conclusies en aanbevelingen
- Belangrijkste bevindingen
  - Eindmodel
  - Herstructureringsscenario
- Geraadpleegde bronnen
- Bijlagen

Conclusies en aanbevelingen

Eindmodel en herstructurering: samenhang

- De keuze voor een eindmodel en de keuze voor de wijze waarop dit gerealiseerd gaat worden (keuze voor herstructureringsscenario) staan niet los van elkaar. Eerst dient een keuze voor het eindmodel gemaakt te worden. De keuze voor een eindmodel heeft invloed op de uitwerking van het te kiezen herstructureringsscenario en vice versa beïnvloedt het te kiezen herstructureringsscenario de financiële levensvatbaarheid van het eindmodel. Uitgangspunt bij het eindmodel is het gegeven dat gelden van de een stichting niet zonder meer gebruikt mogen worden om een andere stichting in de lucht te houden.

Eindmodel Cure

- De Sionsberg, NijSmellinghe en DFZ ervaren dezelfde urgentie: de financiële middelen zijn zeer beperkt. Liquiditeitssteun van NijSmellinghe en/of DFZ zal naar verwachting noodzakelijk zijn. Deze keuze dient snel gemaakt te worden. [(a)]
- In de gevoerde gesprekken, zijn er twee eindmodellen naar voren gekomen:
  - Een anderhalvelijnscentrum
  - Een poliklinisch centrum

Herstructureringscenario Cure

- Sanering is voor DFZ en NS als herstructureringsscenario financieel geen optie. (zie slide 28).
- De financiële middelen van NS zijn niet toereikend om een sanering te financieren (momenteel €10,5m liquide middelen, echter bestaande uit voorschotten ontvangen van verzekeraars[(a)]).
- DFZ geeft aan de contractering Cure 2015 aan te houden in afwachting van een besluit over het profiel van de toekomst.
- Als Cure failliet gaat, zal de Stichting Pasana Vastgoed ook in betalingsproblemen komen. Care is hoofdelijk aansprakelijk voor de bankschulden van Stichting Pasana Vastgoed. Voor Care dient daarom afspraken gemaakt te worden met de banken of zal een surséance van betaling en uiteindelijk zelfs faillissement moeten volgen.
- Continuïteit van zorgverlening door Care moet gegarandeerd zijn. Een onvoorbereide faillissementsaanvraag van Care is daarom geen goede optie. Indien geen afspraken met de bank kunnen worden gemaakt, zal moeten worden bepaald of een surséance van betaling of om een prepack moet worden verzocht.

Het is aan de bestuurders van DFZ en NS om een beslissing te nemen over het definitieve eindmodel en herstructurering. Er is echter geen oplossing mogelijk zonder dat er een business case en draaiboek voor de Ouderenzorg klaar ligt.

Noot: a. Bron: Management Nij Smellinghe/ Zorggroep Pasana

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 11

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Er zijn drie eindmodellen voor de toekomst van de Sionsberg

1 Ongewijzigd beleid

De SB wordt voortgezet overeenkomstig de huidige situatie. Huidige voorzieningen:
- ADOA
- Kliniek
- Short stay
- Dagbehandeling
- Polikliniek

Combinatieholding van Pasana en NS is eigenaar van NS en de SB

Locatie functioneert als streekziekenhuis voor de regio NO Friesland

Aanwezigheid van OK, radiologie, KCL en functieonderzoek

Poliklinisch centrum[(a)]

2a Sanering | **2b Greenfield**

De SB wordt voorgezet als poliklinische voorziening (open tijdens kantoortijden)

Mogelijk onderdeel van Stichting Nij Smellinghe (SB nu onderdeel combinatieholding)

Centrum functioneert in de praktijk als volwaardige buitenpoli (alle specialismen draaien poli, geen diagnostiek)

Scenario kan ook functioneren naast en in samenwerking met anderhalvelijnscentrum

Aanwezigheid van een prikfaciliteit en eventueel mogelijkheden voor diagnostiek (o.a. röntgen, echo, spirometrie)

Uitgaande van huidige situatie waarbij er sprake zal zijn van reorganisatie/ sanering

Uitgaande van 'opbouwen vanuit nieuwe situatie' (Greenfield)

3 Anderhalvelijnscentrum[(b)]

De SB wordt gesloten en vervangen door anderhalvelijnscentrum, waarin nauw wordt samengewerkt tussen eerste en tweede lijn en Care en Cure om goede en passende zorgvoorzieningen voor de regio te realiseren

Kern van anderhalvelijnscentrum is dat zorg- en taakverschuiving plaatsvindt van met name 2e lijn naar de huisartenzorg, preventie en zorg thuis

Eigenaarschap is nog ter invulling, dit zijn niet noodzakelijkerwijs huisartsen (kan ook een 3e partij zijn), echter huisartsen bepalen primair het medisch beleid

Beleid van het centrum voorziet in nauwe samenwerking met 2e lijns specialisten en andere 1e lijnszorg. Samenwerking met Care ten behoeve van bijvoorbeeld huisartsenbedden, geriatrische revalidatie zorg

Aanwezigheid van prikfaciliteit, mogelijkheden voor diagnostiek nog ter verdere overweging

Eindmodel 2a was van origine het voorkeursmodel ingebracht door NijSmellinghe. Het model bleek echter niet financieel haalbaar als gevolg van de hoge operationele kosten. Derhalve is een alternatief aangedragen op basis van de Greenfield situatie.

Noot: (a) Als alternatief voor een Poliklinisch centrum is ook een Poliklinisch *dag*centrum uitgewerkt. De financiële business case hiervan is echter dusdanig negatief dat deze niet ter overweging is opgenomen. Zie bijlage voor uitwerking business case.
(b) Zie bijlage voor algemene beschrijving en uitgangspunten van anderhalvelijnscentrum

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessies 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 12

Een nieuw zorgmodel lijkt niet mogelijk zonder een faillissement van Cure

Wat is het gewenste eindmodel?	Wat is het gewenste scenario om dit te realiseren?	Wat is hiervan de impact op Care en Cure?	Kwalitatieve beoordeling
1 Ongewijzigd beleid	Niet van toepassing		
2 Poliklinisch centrum	A Sanering	Cure: Omvormen tot poliklinisch centrum middels sanering Care: Afslanken middels sanering	Een poliklinisch centrum biedt meeste dienstverlening als alternatief voor het ziekenhuis. Vraag is of deze optie niet 'te duur' is gelet op veranderingen in zorgvraag. Kosten van een volledige sanering worden echter als te hoog ingeschat
	C Faillissement PG – grote pre pack	Cure: Doorstart na faillissement als poliklinisch centrum Care: Doorstart na faillissement in afgeslankte vorm	Een pre-pack kan in een korte tijd en kosten zijn lager dan bij een sanering. Een pre-pack vraagt echter wel een goede voorbereiding. Tevens is een pre-pack geen gemeengoed in insolventiecasussen
	E Faillissement PG	Cure: Wellicht delen uit faillissement overnemen Care: Wellicht sanering middels surseance	Een faillissement van Cure kan leiden tot faillissement van PG en Care. Effect kan gemitigeerd worden middels een surseance zodat delen (bijvoorbeeld Care) nog gesaneerd verkocht kunnen worden.
3 Anderhalvelijns centrum	A Sanering	Cure: Omvormen tot 1,5-lijnscentrum middels sanering Care: Afslanken middels sanering	Een anderhalvelijnscentrum kan een goede kwalitatieve en flexibele optie zijn, wat passend kan zijn gezien de onzekerheid in de toekomstige zorgvraag, omdat het kostenniveau lager ligt dan bij een poliklinisch centrum. Sanering: zie ook opmerking bij poliklinisch centrum
	C Faillissement PG – grote pre pack	Cure: Doorstart na faillissement als 1,5-lijnscentrum Care: Doorstart na faillissement in afgeslankte vorm	Anderhalvelijnscentrum: zie bovenstaande opmerkingen. Pre-pack: zie opmerkingen bij poliklinisch centrum
	E Faillissement – PG	Cure: Wellicht delen uit faillissement overnemen Care: Wellicht sanering middels surseance	Anderhalvelijnscentrum: zie bovenstaande opmerkingen. Faillissement: zie opmerkingen bij poliklinisch centrum

Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx, Werksessie 1 & 2 herstructureringsteam, Werksessie 1, 2 & 3 eindmodel

Inhoud

- Aanleiding en aanpak
- Conclusies en aanbevelingen
- Belangrijkste bevindingen
  - Eindmodel
  - Herstructureringsscenario
- Geraadpleegde bronnen
- Bijlagen

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Om te komen tot een keuze voor één van de drie eindmodellen is een afweging op basis van verschillende criteria noodzakelijk

Indien financiële levensvatbaarheid van eindmodel als negatief wordt beoordeeld, valt de optie af

Omschrijving van criteria voor een afweging van de eindmodellen

Financiële levensvatbaarheid
- Operationeel resultaat van het eindmodel – dit is een 'knock-out' criterium
- Effect van neveneffecten (o.a. maatschappelijke business case)

Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg
- Mate waarin zorgaanbod beschikbaar/toegankelijk is
- Mate waarin voldaan wordt aan volumenormen
- Mate waarin kwaliteit van zorg gegarandeerd kan worden
- Mate waarin wordt voldaan aan (toekomstige) zorgvraag van de lokale bevolking

Imago & betrouwbaarheid van het Friese zorgstelsel
- Mate waarin huidig imago van de organisaties - en ook het imago van DFZ en NS - worden beïnvloed door implementeren van eindmodel
- Reflecteert tevens hoe de bevolking de betrouwbaarheid van het stelsel in Friesland percipieert

Haalbaarheid van implementatie[a]
- Acceptatie van belangrijke stakeholders
- Complexiteit – inclusief tijd – van implementatie
- Mate waarin bestuurlijke maatregelen nodig zijn om model te laten slagen (zowel intern als extern in speelveld van zorgaanbieders, -verzekeraars en maatschappelijk)

Noot: (a) Haalbaarheid van implementatie is sterk afhankelijk van het gekozen herstructureringsscenario

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 15

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Het 1,5 lijnscentrum biedt flexibiliteit om op de zorgvraag in te spelen. Het poliklinische centrum geeft minder ombouw

Afweging van de eindmodellen op basis van de criteria

	1 Ongewijzigd beleid	2a Poliklinisch centrum - Sanering	2b Poliklinisch centrum - Greenfield (*)	3 Anderhalvelijns centrum
Financiële levensvatbaarheid	✗	✗	✓	✓
Kwaliteit en toegankelijkheid zorg	Geen score toegekend, omdat optie afvalt op basis van financiële levensvatbaarheid ('knock-out criterium')	Geen score toegekend, omdat optie afvalt op basis van financiële levensvatbaarheid ('knock-out criterium')	+/-	+
Imago & (behoud) van organisatie			+/-	+/-
Haalbaarheid van implementatie			+	+/-
Ongewogen optelsom van de scores	Valt af	Valt af	Valt af	Valt af	Positief (+1)	Positief (+1)

- Een anderhalvelijnscentrum zal uiteindelijk een lagere kostenstructuur kennen en ook de mogelijkheid om op delen op te schakelen met aanvullingen uit de 2de lijnszorg en diagnostiek (eventueel op afstand) als de vraag daartoe is, vanwege de blijvende betrokkenheid van medici uit omliggende ziekenhuizen. Hierdoor is de score op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg iets hoger, omdat er met een lagere kostenstructuur wordt gestart en met een flexibiliteit in opschaling van de diensten, zodat het model vlot aan de wijzigende vraag kan worden aangepast
- Gezien de verwachte beëindiging de ziekenhuisfunctie in beide gevallen, is de score op imago en behoud van de organisatie aan elkaar gelijk gesteld
- Een ombouw van een poliklinisch centrum vanuit de huidige situatie, is een minder grote operatie, omdat zoveel mogelijk mensen en middelen uit het huidige ziekenhuis onttrokken kunnen worden. De ombouw naar een anderhalvelijnscentrum, waar (kader-)huisartsen de regie voeren, is een ingrijpender traject

* Bij start implementatie van dit model dient een geactualiseerde berekening te worden opgesteld.

Bron: Werksessies 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 16

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Er zijn drie eindmodellen voor de toekomst van de Sionsberg

1 Ongewijzigd beleid

De SB wordt voortgezet overeenkomstig de huidige situatie. Huidige voorzieningen:
- ADOA
- Kliniek
- Short stay
- Dagbehandeling
- Polikliniek

Combinatieholding van Pasana en NS is eigenaar van NS en de SB

Locatie functioneert als streekziekenhuis voor de regio NO Friesland

Aanwezigheid van OK, radiologie, KCL en functieonderzoek

Poliklinisch centrum[a]

2a Sanering

De SB wordt voorgezet als poliklinische voorziening (open tijdens kantoortijden)

Mogelijk onderdeel van Stichting Nij Smellinghe (SB nu onderdeel combinatieholding)

Centrum functioneert in de praktijk als volwaardige buitenpoli (alle specialismen draaien poli, geen diagnostiek)

Scenario kan ook functioneren naast en in samenwerking met anderhalvelijnscentrum

Aanwezigheid van een prikfaciliteit en eventueel mogelijkheden voor diagnostiek (o.a. röntgen, echo, spirometrie)

Uitgaande van huidige situatie waarbij er sprake zal zijn van reorganisatie/ sanering

2b Greenfield

Uitgaande van 'opbouwen vanuit nieuwe situatie' (Greenfield)

3 Anderhalvelijnscentrum[b]

De SB wordt gesloten en vervangen door anderhalvelijnscentrum, waarin nauw wordt samengewerkt tussen eerste en tweede lijn en Care en Cure om goede en passende zorgvoorzieningen voor de regio te realiseren

Kern van anderhalvelijnscentrum is dat zorg- en taakverschuiving plaatsvindt van met name 2e lijn naar de huisartenzorg, preventie en zorg thuis

Eigenaarschap is nog ter invulling, dit zijn niet noodzakelijkerwijs huisartsen (kan ook een 3e partij zijn), echter huisartsen bepalen primair het medisch beleid

Beleid van het centrum voorziet in nauwe samenwerking met 2e lijns specialisten en andere 1e lijnszorg. Samenwerking met Care ten behoeve van bijvoorbeeld huisartsenbedden, geriatrische revalidatie zorg

Aanwezigheid van prikfaciliteit, mogelijkheden voor diagnostiek nog ter verdere overweging

Eindmodel 2a was van origine het voorkeursmodel ingebracht door Nij Smellinghe. Dit model bleek echter niet financieel haalbaar als gevolg van de hoge operationele kosten. Derhalve is een alternatief aangedragen op basis van de Greenfield situatie.

Noot: (a) Als alternatief voor een Poliklinisch centrum is ook een Poliklinisch *dag*centrum uitgewerkt. De financiële business case hiervan is echter dusdanig negatief dat deze niet ter overweging is opgenomen. Zie bijlage voor uitwerking business case
(b) Zie bijlage voor algemene beschrijving en uitgangspunten van anderhalvelijnscentrum
Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessies 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 17

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Afweging van het model op basis van criteria
1 Ongewijzigd beleid

Financiële levensvatbaarheid	*	Uit de business case ongewijzigd beleid blijkt dat deze op termijn jaarlijks sterk verlieslatend zal zijn (slide 39). Bij continuering van huidige beleid blijft de schadelast voor DFZ constant of zal deze op basis van demografische kenmerken van de regio zelfs stijgen. Bij continuering van het huidige beleid blijven de kosten voor NS tevens substantieel
Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	nvt	Door het grote financiële risico is continuïteit van zorg niet geborgd (i.v.m. zorgplicht). Met het oog op stijgende volumenormen en kwaliteitseisen is de kwaliteit in dit scenario onvoldoende gegarandeerd
Imago (behoud) van organisatie		Dit eindmodel gaat uit van de bestaande situatie en levert derhalve geen imagoschade op. Echter de financiële problematiek zal tot continuïteits- en daarmee imagoproblemen leiden
Haalbaarheid van implementatie		Geen implementatie nodig

Bron: Werksessie 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 18

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Afweging van het model op basis van criteria
2a Poliklinisch centrum – Sanering

Financiële levensvatbaarheid	✗	Uit de business case poliklinisch centrum – op basis van sanering blijkt dat deze jaarlijks verlieslatend zal zijn Een reductie in schadelast te behalen door: - Verdampen zorgvraag - Voorkomen dubbele DOT declaratie Kosten grootschalige sanering zijn fors
Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	nvt	Een deel van de 2e lijnszorg blijft toegankelijk, echter wel minder dan in de huidige situatie Door het grote financiële risico is de continuïteit van zorg niet gewaarborgd
Imago (behoud) van organisatie		Risico-inschatting is dat imagoschade door 'uitkleden' zorg minder is dan bij anderhalvelijnscentrum, omdat deze faciliteit door het publiek waarschijnlijk meer met 'ziekenhuis' wordt geassocieerd
Haalbaarheid van implementatie		Voor dit eindmodel is een afbouw van de bestaande structuur nodig

Bron: Werksessie 3 eindmodel

Belangrijkste bevindingen - Eindmodel

Afweging van het model op basis van criteria
2b Poliklinisch centrum – Greenfield

Financiële levensvatbaarheid	✓	Uit de business case poliklinisch centrum blijkt dat deze jaarlijks winstgevend kan zijn (zie slide 45 Een reductie in schadelast te behalen door: - Verdampen zorgvraag - Voorkomen dubbele DOT declaratie Geen hoge saneringskosten
Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+/-	Een deel van de 2e lijnszorg blijft toegankelijk, echter wel minder dan in de huidige situatie Zolang het model inderdaad winstgevend is, is toegankelijkheid van kwalitatief adequate zorg in principe gegarandeerd (uitgaand van een voldoende sturing hierop) Door onzekerheid omtrent winstgevendheid is de continuïteit van zorg mogelijk niet gewaarborgd
Imago (behoud) van organisatie	+/-	Risico-inschatting is dat imagoschade door 'uitkleden' zorg minder is dan bij anderhalvelijnscentrum omdat deze faciliteit door het publiek waarschijnlijk meer met 'ziekenhuis' wordt geassocieerd
Haalbaarheid van implementatie	+	Voor dit eindmodel is een afbouw van de bestaande structuur nodig. Een faillissement versnelt het proces

Bron: Werksessie 3 eindmodel

Afweging van het model op basis van criteria
3 Anderhalvelijnscentrum

Financiële levensvatbaarheid	✓	Uit de business case anderhalvelijnscentrum blijkt dat deze jaarlijks winstgevend kan zijn Een reductie in schadelast te behalen door: - Verdampen zorgvraag - Voorkomen dubbele DOT declaratie - Vervangen 2e lijnstarieven door 1e lijnstarieven Aanzienlijke investering van DFZ noodzakelijk voor opstarten van anderhalvelijnscentrum Voor NS geldt een mogelijke toename aantal doorverwijzingen uit regio NO Friesland (+), maar ook een mogelijk verschuiving van zorg vanuit NS naar het anderhalvelijnscentrum (-)
Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+	Zorg blijft toegankelijk door versterking 1e lijn in regio NO Friesland Door positieve business case lijkt de continuïteit van zorg gewaarborgd
Imago (behoud) van organisatie	+/-	Neerzetten van uitgebreid anderhalvelijnscentrum kan mogelijk een deel van de imago schade beperken ten gevolge van de sluiting SB
Haalbaarheid van implementatie	+/-	Neerzetten van anderhalvelijnscentrum vraagt een significante tijdsinvestering en het is onduidelijk of deze tijd (en financiële middelen) beschikbaar zijn Uit oriënterende gesprekken door DFZ blijkt dat: - een aantal huisartsen enthousiast is. Zij geven aan te willen onderzoeken of het centrum uit te baten is - een aantal huisartsen eveneens bereid is om in de toekomst naar een centrum door te verwijzen Op dit moment is onduidelijk of specialisten bereid zijn om samen te werken met dit centrum Kaderartsen zijn schaars en onduidelijk of huidige artsen bereid zijn zich op te leiden

Bron: Werksessie 3 eindmodel

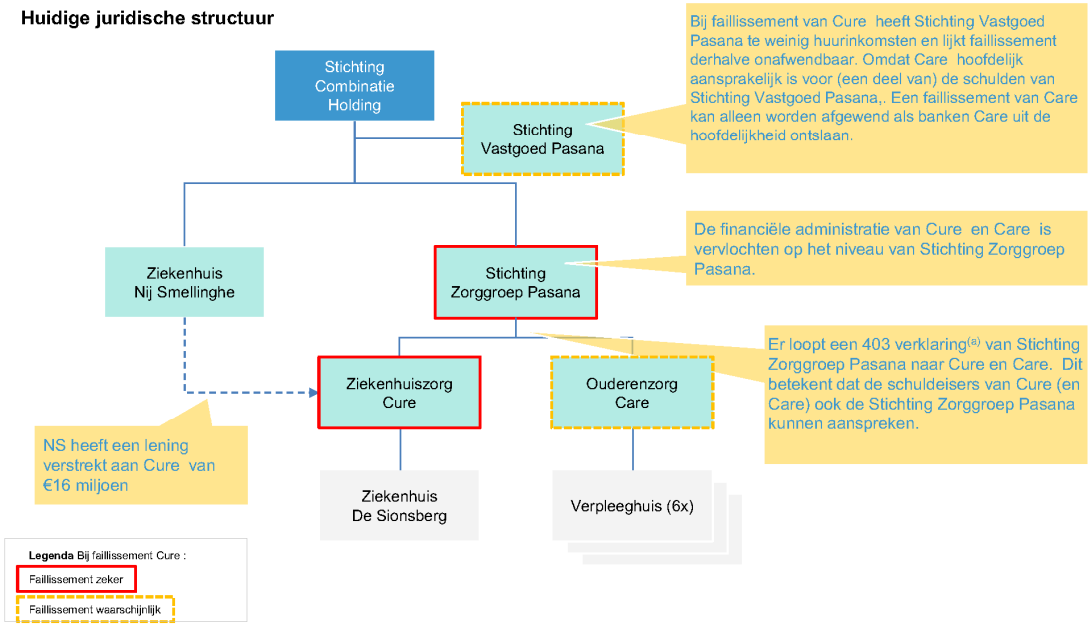
Inhoud

- Aanleiding en aanpak
- Conclusies en aanbevelingen
- Belangrijkste bevindingen
  - Eindmodel
  - Herstructureringsscenario
- Geraadpleegde bronnen
- Bijlagen

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Begrip van de huidige juridische structuur is noodzakelijk om de mogelijke herstructureringsscenario's te begrijpen

Huidige juridische structuur



Noot: (a) De term 403-verklaring verwijst naar artikel 2:403 BW. Het eerste lid onderdeel f betreft een verklaring van rechtspersoon of vennootschap dat deze zich hoofdelijk aansprakelijk stelt voor de uit rechtshandelingen van een andere rechtspersoon voortvloeiende schulden.

Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx. Tevens correspondentie met Pels Rijcken advocaten

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 23

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

De volgende manieren van herstructureren zijn overwogen in de herstructureringsscenario's

Sanering	Onder sanering wordt verstaan een reguliere reorganisatie, waarbij de kosten zoveel mogelijk verlaagd worden. Dit zal gepaard gaan met ontslagen en daarmee hoge reorganisatiekosten (door sociaal plan en opzegtermijnen). De werknemers die blijven, behouden hun bestaande (dure) arbeidsvoorwaarden. Daarnaast blijven ook de bestaande verplichtingen jegens (ex) werknemers en derden bestaan. Aan de hand van afspiegeling wordt bepaald welke werknemers blijven (dus geen selectie op kwaliteit). Het proces van sanering kost veel tijd en is daardoor niet op korte termijn te realiseren. Een surseance van betaling zou Care mogelijk de tijd kunnen geven om te saneren zonder aangesproken te kunnen worden door de banken op grond van de hoofdelijke aansprakelijkheid.
Faillissement	Bij een regulier faillissement verliest de schuldenaar het beheer over zijn vermogen. De curator wordt door de rechtbank aangesteld en is de enige die handelend mag optreden. Een surseance vooraf kan nog een periode van rust creëren, waarbij nog een poging tot sanering van onderdelen gedaan kan worden. Vergeleken met een sanering is een faillissement relatief goedkoop, omdat er geen reorganisatiekosten van toepassing zijn. In het geval van faillissement is er de kans dat de curator inzet op de aansprakelijkheid van de bestuurder in geval er sprake is van verwijtbaar of nalatig handelen.
Pre pack	Een pre pack houdt in dat de rechtbank twee of drie weken voorafgaande aan de beoogde faillissementsdatum, de beoogde curator reeds aan het werk laat gaan om te beoordelen of het gemaakte doorstartplan kan worden geëffectueerd op de eerste dag van het faillissement. Ervan uitgaande dat het een goed plan is, dat goed is onderbouwd, terwijl er ook geen betere alternatieven zijn, zal de curator voorafgaande aan de beoogde datum van het faillissement aangeven dat hij/zij, al dan niet na onderhandeling over elementen van het doorstartplan, ermee instemt. Op de datum van het faillissement wordt direct een doorstartovereenkomst getekend en vindt de doorstart conform het plan plaats. Let wel: de prepack is niet wettelijk geregeld en het kan niet worden gegarandeerd dat de rechtbank het verzoek om deze behandeling goedkeurt en evenmin of de aanstaande curator met het voorstel zal instemmen. Er zal dus wel voortdurend aan een alternatief plan moeten worden gedacht, waarbij vooral de continuïteit van zorg in geval van Cure en Care speerpunt is. Vanuit juridisch oogpunt is voorwaarde voor de pre pack, dat alle alternatieven zijn onderzocht en, bij voorkeur, dat de aanstaande curator zich ervan kan vergewissen dat er geen betere alternatieven zijn. Als de aanstaande curator daarvan niet overtuigd is, zal hij/zij mogelijk nog met derde partijen willen spreken, alvorens hiermee in te stemmen.

Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx, tevens correspondentie met Pels Rijcken advocaten

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 24

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Door de 403-verklaring zijn twee van de vijf mogelijke herstructureringsscenario's op voorhand uit te sluiten

Vijf mogelijke herstructureringsscenario's en hun uitvoerbaarheid

	Omschrijving		Is dit scenario uitvoerbaar?		
	Cure	Care	2b Poliklinisch Centrum	3 1,5-lijnscentrum	Toelichting
A Sanering	Wordt gesaneerd (reorganisatie) in poliklinisch- of 1,5-lijnscentrum	Wordt gesaneerd (reorganisatie)	✓	✓	
B Faillissement SB – kleine pre pack	Doorstart na faillissement als poliklinisch- of 1,5-lijnscentrum	Wordt gesaneerd (reorganisatie)	✗	✗	**Uit te sluiten, want:** Faillissement van Cure leidt waarschijnlijk, via Stichting Vastgoed Pasana, tot faillissement van Care. Ook als dit niet zo zou zijn, vallen de aandelen van Care in de failliete boedel van Stichting Zorggroep Pasana. Care moet daarom hoe dan ook in de gedachtevorming over een faillissement en pre pack worden betrokken.
C Faillissement PG – grote pre pack	Doorstart na faillissement als poliklinisch- of 1,5-lijnscentrum	Doorstart na faillissement in afgeslankte vorm	✓	✓	
D Faillissement – SB	Gaat failliet, geen doorstart	Wordt gesaneerd (reorganisatie)	✗	✗	
E Faillissement – PG	Gaat failliet, wellicht onderdelen uit faillissement overnemen	Wellicht middels surseance nog saneren, anders faillissement	✓	✓	

Noot: De scenario's zijn alleen van toepassing voor het 2e en 3e eindmodel. Voor het 1e scenario (ongewijzigd beleid) is er immers geen sprake van sanering en/ of faillissement

Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx, Werksessie 1 & 2 herstructureringsscenario; correspondentie Pels Rijcken advocaten

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 25

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Om te komen tot een keuze voor één van de drie overgebleven scenario's is een afweging op basis van criteria noodzakelijk

Omschrijving van criteria voor een afweging van de scenario's

Financiële aantrekkelijkheid	• Financiële aantrekkelijkheid van de kosten van uitvoeren scenario
Impact op Care	• Mate waarin Care ook wordt meegenomen in herstructurering • Mate waarin zorgaanbod voor ouderen dus beschikbaar/toegankelijk blijft in regio Dokkum
Impact op werknemers[a]	• Mate waarin werkgelegenheid behouden blijft • Mate waarin medewerkers aanspraak kunnen (blijven) maken op opgebouwde rechten
Impact op bestuurder(s)	• Mate waarin bestuurder(s) aansprakelijk gesteld kan worden
Imago	• Mate waarin huidig imago van organisatie wordt beïnvloed door het scenario • Mate waarin bevolking in Friesland vertrouwen heeft in de organisatie van het Friese zorglandschap
Duur van implementatie	• Complexiteit – inclusief tijd – van implementatie

Noot: (a) Bekeken vanuit oogpunt werkgever

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 26

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Een pre-pack kan een kortere doorlooptijd geven. Het middel is echter niet uitgebreid beproefd en vraagt om een grondige voorbereiding

Afweging van de scenario's op basis van de criteria

	A Sanering	B Faillissement SB – kleine pre pack	C Faillissement PG – grote pre pack	D Faillissement – SB	E Faillissement – PG
Financiële aantrekkelijkheid	--	✘ Scenario waarschijnlijk niet mogelijk, o.a. vanwege verwevenheid schulden vastgoed	++	✘ Scenario waarschijnlijk niet mogelijk, o.a. vanwege verwevenheid schulden vastgoed	++
Impact op Care	+/-		--		--
Impact op werknemers	+		--		--
Impact op bestuurder(s)	+/-		-		-
Imago	-		+/-		+/-
Duur van implementatie	--		++		+
Ongewogen optelsom van de scores	Negatief (-4)	nvt	Negatief (-1)	nvt	Negatief (-2)

In de werksessie van 22 oktober is aangegeven dat de geschatte kosten voor sanering dusdanig hoog zijn dat geen van beide partijen genegen lijkt om deze kosten te gaan dragen. Derhalve lijkt deze optie – ondanks de positieve scores op andere criteria - niet realistisch. Zie slide 28 voor een uitsplitsing van verwachte kosten bij sanering

Bron: Werksessies 1, 2 & 3 eindmodel en werksessie 1 & 2 herstructurering

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 27

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Afweging van het herstructureringsscenario op basis van criteria A Sanering (1/2)

Inschatting van saneringskosten laat zien dat deze, ongeachte de keuze voor het eindmodel, > €23 miljoen bedragen voor Cure en nog eens > €23m voor Care

	Cure				Care (*)	
	Bij: Poliklinisch centrum - sanering		Bij: Anderhalvelijnscentrum			
Afvloeiing werknemers [a]	€7,5m	Kosten raming wachtgeld o.b.v 83,96 FTE af te vloeien personeel (excl. medici) (gemiddelde kosten per FTE €89k)	€11,7m	Kosten raming wachtgeld o. 83,96 FTE + additioneel 47,30 FTE (doorgerekend o. gem. wachtgeldkosten bij poliklinisch centrum)	€21,0m	• €12,4 miljoen wachtgeld • €1,6 kosten uit hoofde van vaststellingsovereenkomsten • €7,0 miljoen overcapaciteit personeel over 3 jaar (kan niet lineair afgebouwd worden)
Afkoop medici met toelatingsovereenkomst [a]	€1,3m	Kosten raming wachtgeld o. 7,16 FTE af te vloeien medici (gemiddelde kosten per FTE €182k)	€2,8m	Kosten raming wachtgeld o. 7,16 FTE + additioneel 8,3 FTE af te vloeien medici (doorgerekend o. gemiddelde wachtgeldkosten bij poliklinisch centrum)	n.v.t.	Geen medici werkzaam bij Care
Afwaardering vastgoed/ terugbetaling aflossing financiering	€7,5m	Exclusief asbestclaims	€7,5m	Idem als bij poliklinisch centrum	>€2,0m	Afwaardering vastgoed (€2m) + Excl. potentiële asbestclaims
Lopend verlies	€7,5m	Is huidig lopend verlies op jaar Bedrag loopt op als sanering langer duurt dan 1 jaar	€7,5m	Idem als bij poliklinisch centrum	n.v.t.	Care nog niet verlieslatend
Juridische kosten	?	Kosten voor procedures, mediation, etc.	?	Idem als bij poliklinisch centrum	?	Idem als bij poliklinisch centrum
Transitie kosten	?	Kosten outplacement, projectkosten	?	Zie poliklinisch centrum	?	Idem als bij poliklinisch centrum
Totale kosten	>€23m		>€29m		>€23m	

Bron: [a] Inschatting management Nij Smellinghe/Zorggroep Pasana, Business Case Anderhalvelijnszorg.docx., 29102014 scenario SB-4-b productie DS polikliniek green field opbouw omzet 2013 definitief.xlsx

(*) uit recente gesprekken blijkt dat door samenwerking met andere partijen de transitiekosten van de Care gereduceerd kunnen worden. Op de kosten van het wachtgeld wordt een nadere analyse uitgevoerd.

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 28

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Afweging van het herstructureringsscenario op basis van criteria A Sanering (2/2)

		A. Sanering
Financiële aantrekkelijkheid[(a)]	--	Mogelijkheid om Cure en Care financieel en juridisch in de tijd te ontkoppelen, waardoor separate herstructurering – en eventueel separate faillissementen – in de toekomst mogelijk zijn.
		Hoge saneringskosten (zie slide 28): • Cure - bij poliklinisch centrum, >€23m - bij anderhalvelijnscentrum, >29m • Care - bij poliklinisch centrum, >€23m
		Alle bestaande verplichtingen jegens (ex) werknemers en derden blijven bestaan
		MCL artsen blijven in dienst (issue doorverwijzing MCL)
Impact op Care	+/-	Gang van zaken sanering Cure BV zal indirect impact hebben op het succes van sanering bij Care BV (positief of negatief)
Impact op werknemers	+	Hierdoor nog mogelijkheden om huidige scenario's nog positief bij te sturen (d.m.v. natuurlijk verloop personeel etc.)
		Minder onrust bij huidige werknemers omdat zij gerechtigd blijven tot dezelfde arbeidsvoorwaarden
		Minder onrust bij ex werknemers omdat alle bestaande verplichtingen (vanuit eerdere reorganisaties) blijven bestaan
		Relatie met vakbonden blijft relatief goed
		Door (verplichte) afspiegelingsbeginsel is selectie op grond van kwaliteiten niet mogelijk
		Ex-werknemers behouden hun rechten (wachtgeldregelingen etc.)
Impact op bestuurder(s)	+/-	Geen sprake van bestuurder(s) aansprakelijkheid
		Betrokken bij langdurig saneringstraject, vraagt relatief veel management aandacht
Imago (behoud) van organisatie	-	Wordt door patiënten en burgers als minder negatief ervaren dan optie C en E
		Mogelijk sprake van meerdere op elkaar volgende reorganisaties hetgeen leidt tot negatieve beeldvorming
		Door lange doorlooptijd kan imago verslechteren. Tevens kans dat een langdurige periode van opvolgende reorganisaties zal ontstaan
Duur van implementatie	--	Niet op korte termijn te realiseren (kost veel tijd, circa enkele jaren).

Noot: Een aantal herstructureringscenario's zijn niet uitvoerbaar en worden derhalve niet in detail uitgewerkt. Dit verklaart dat hier alleen gesproken wordt over scenario A, C en E.
(a) Zie slide 28 voor een uitsplitsing van verwachte kosten bij sanering.
(b) Lopende verplichtingen richting ex-werknemers vanuit eerdere reorganisaties vervallen niet.
Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx., Werksessie 1 & 2 herstructureringsscenario.

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

29

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Afweging van het herstructureringsscenario op basis van criteria C Faillissement PG (grote pre pack) (1)

		C. Faillissement PG – grote pre pack
Financiële aantrekkelijkheid[(a)]	++	Cure : Geen reorganisatie, kan direct over naar inrichten gewenst eindmodel
		Care : Eerste reorganisatieslag mogelijk
		Alle bestaande verplichtingen jegens ex werknemers en derden komen te vervallen
		MCL artsen kunnen uit dienst (issue doorverwijzing MCL)
		Care moet voortgezet worden. Als hier geen koper voor gevonden kan worden, zal uit faillissement grotendeels het personeel (huidig: 550FTE) teruggenomen moeten worden. Deze zullen allemaal hun opgebouwde rechten weer meenemen, hetgeen tot hoge toekomstige reorganisatiekosten zal leiden
Impact op Care	--	Care gaat failliet en dus is per direct een doorstartplan noodzakelijk.
		Na pre pack is nog steeds een reorganisatie van Care nodig ('faillissement komt nu eigenlijk te vroeg')
Impact op werknemers	--	Selectie van werknemers die blijven kan plaatsvinden op grond van kwaliteiten (en dus niet op afspiegeling)
		Ex-werknemers raken ook rechten kwijt
		Veel onrust bij huidige- en ex werknemers door gedwongen ontslagen en kwijtraken (lopende) rechten
		Relatie met vakbonden raakt verstoord terwijl zij wel nodig zijn voor een reorganisatie bij de opvolger van Care
Impact op bestuurder(s)	-	Korte doorlooptijd (verwachting is twee weken), daardoor minder managementaandacht
		Kans dat curator inzet op bestuurder(s) aansprakelijkheid, omdat problemen uit het verleden niet zijn opgelost

Noot: Een aantal herstructureringscenario's zijn niet uitvoerbaar en worden derhalve niet in detail uitgewerkt. Dit verklaart dat hier alleen gesproken wordt over scenario A, C en E.
(a) Zie slide 28 voor een uitsplitsing van verwachte kosten bij sanering
(b) Lopende verplichtingen richting ex-werknemers vanuit eerdere reorganisaties vervallen niet.
Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx., Werksessie 1 & 2 herstructureringsscenario.

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

30

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Afweging van het herstructureringsscenario op basis van criteria
C Faillissement PG (grote pre pack) (2)

		C. Faillissement PG – grote pre pack
Imago (behoud) van organisatie	+/-	Door snelle doorlooptijd en het kunnen bieden van een oplossing kan de pijn worden verzacht
		Wordt door patiënten en burgers als negatief ervaren (negatieve beeldvorming)
		Pre-pack wordt ervaren als juridisch trucje
		Kans dat patiënten weglopen bij de opvolger(s) van Cure en Care
Duur van implementatie	++	Wel op korte termijn te realiseren (kost weinig tijd, circa 6 weken: 4 weken voorbereiden, twee weken uitvoering curator)
		Controle over proces

Noot: Een aantal herstructureringsscenario's zijn niet uitvoerbaar en worden derhalve niet in detail uitgewerkt. Dit verklaart dat hier alleen gesproken wordt over scenario A, C en E.
(b) Lopende verplichtingen richting ex-werknemers vanuit eerdere reorganisaties vervallen niet.
Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx., Werksessie 1 & 2 herstructureringsscenario.

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 31

Belangrijkste bevindingen - Herstructureringsscenario

Afweging van het herstructureringsscenario op basis van criteria
E Faillissement PG

		E. Faillissement – PG *(niet bij poliklinisch centrum)*
Financiële aantrekkelijkheid[a]	++	Geen hoge kosten voor reorganisatie bij Cure en Care vergeleken met een reorganisatie
		Curator zal een koper moeten vinden voor Care en is dus niet langer het probleem van de huidige eigenaar
		Lange duur faillissement vs. pre pack kan leiden tot wegblijven patiënten in de toekomst voor Care
Impact op Care	--	Een periode van surseance (indien deze mogelijk is) kan nog de optie geven om Care te saneren en eventueel uit een faillissement te houden.
		Care gaat failliet en dus is per direct een doorstartplan noodzakelijk.
		Reorganisatie van Care nodig ('faillissement komt nu eigenlijk te vroeg')
Impact op werknemers	--	Selectie van werknemers die blijven, kan plaatsvinden op grond van kwaliteiten (en dus niet op afspiegeling)
		Ex-werknemers raken ook rechten kwijt
		Veel onrust bij huidige- en ex werknemers door gedwongen ontslagen en kwijtraken (lopende) rechten. Duur van proces versterkt dit alleen maar
		Relatie met vakbonden raakt verstoord terwijl zij wel nodig zijn voor een reorganisatie bij de opvolger van Care
Impact op bestuurder(s)	--	Faillissementsperiode kan mogelijk volledige managementaandacht opvragen. Zeer stressvolle periode
		Kans dat curator inzet op bestuurder(s) aansprakelijkheid, omdat problemen uit het verleden niet zijn opgelost
Imago (behoud) van organisatie	-	Wordt door patiënten en burgers als negatief ervaren, zeker omdat nu een langere onzekerheid over het voortbestaan van het ziekenhuis is
		Vooral langdurige onzekerheid over toekomst Care kan maatschappelijk als onacceptabel worden ervaren
		Kans dat patiënten weglopen bij de opvolger(s) van Cure en Care
Duur van implementatie	+	Op korte termijn te realiseren, faillissementen kennen over het algemeen een doorlooptijd van enkele maanden
		Geen controle op het proces ('andere kapers op de kust')

Noot: Een aantal herstructureringsscenario's zijn niet uitvoerbaar en worden derhalve niet in detail uitgewerkt. Dit verklaart dat hier alleen gesproken wordt over scenario A, C en E.
(a) Zie slide 28 voor een uitsplitsing van verwachte kosten bij sanering
(b) Lopende verplichtingen richting ex-werknemers vanuit eerdere reorganisaties vervallen niet.
Bron: J. Nutma email 14 07 02.pdf, Memo 14 06 11.docx., Werksessie 1 & 2 herstructureringsscenario; input Pels Rijcken advocaten

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 32

Inhoud

- Aanleiding en aanpak
- Conclusies en aanbevelingen
- Belangrijkste bevindingen
  - Eindmodel
  - Herstructureringsscenario

- Geraadpleegde bronnen
- Bijlagen

Geraadpleegde bronnen

Referen	Bestandsnaam zoals ontvangen	Onderwerp	Omschrijving	Ontvangen van	Datum ontvangen
PF_004	Discussiestuk 1,5 lijn centrum in NO Friesland v1.docx	Eindmodel	Memo discussie 1,5 lijns centrum in Dokkum, aug 2014	Jelle Nutma	dinsdag 9 september 2014
PF_005	J. Nutma email 14 07 02.pdf	Herstructurering	Brief Trip Advocaten 2 juli 2014, documentnummer 20461274v1. Inzake Nij Sn	Jelle Nutma	dinsdag 9 september 2014
PF_006	Memo 14 06 11.docx	Herstructurering	Memo Rick van der Spek 11 juni 2014, documentnummer 20422671v1 Inzake	Jelle Nutma	dinsdag 9 september 2014
PF_014	20140722 Historie, ontwikkelingen en financien.pdf	Achtergrondinformatie	Historie, ontwikkelingen en financiele positie Stichting Zorggroep Pasana	Olke Dijksma	donderdag 18 september 2014
PF_028	1_5 Lijns_01-10-2014.pdf	Eindmodel	Visie DFZ op 1,5 lijns zorg	Kees Birkhoff	donderdag 2 oktober 2014
PF_031	Holwerda brief 10 10 14.PDF	Herstructurering	Aanvullende informatie herstructurering scenario's	Rick van der Spek	vrijdag 10 oktober 2014
PF_032	memo vastgoed 1 7 2014.PDF	Herstructurering	Aanvullende informatie herstructurering scenario's	Rick van der Spek	vrijdag 10 oktober 2014
PF_033	A. Holwerda email 14 10 10.pdf	Herstructurering	Aanvullende informatie herstructurering scenario's	Joost Funke	vrijdag 10 oktober 2014
PF_037	15102014 analyse aanvullend scenario poliklinieik DS 40 def.pdf	Eindmodel	Business case 4b poliklinisch centrum (sanering)	Peter Lalkens	vrijdag 17 oktober 2014
PF_038	13102014 scenario SD-4-b productie poliklinieik.xlsx	Eindmodel	Excel Business case 4b poliklinisch centrum (sanering)	Peter Lalkens	vrijdag 17 oktober 2014
PF_039	Uitgangspunten 7 keer 24 ziekenhuisvoorziening De Sionsberg.pdf	Eindmodel	Uitgangspunten 7x 24 ziekenhuisvoorziening De Sionsberg	Peter Lalkens	vrijdag 17 oktober 2014
PF_040	Analyse aanvullend scenario DS 4 vs 4 poli dag centrum def.pdf	Tussenmodel	Business case 4a poliklinisch dagcentrum	Peter Lalkens	vrijdag 17 oktober 2014
PF_041	analyse 2012 2013 begr 2014.xls	Eindmodel	Begroting 2014	Peter Lalkens	vrijdag 17 oktober 2014
PF_042	14102014 scenario poli dag centrum.xlsx	Tussenmodel	Excel Business case 4a poliklinisch dagcentrum	Peter Lalkens	maandag 20 oktober 2014
PF_043	Integrale zorg	Eindmodel	Notitie Integrale Zorg	KPMG	maandag 20 oktober 2014
PF_044	Datauitvraag_Omzet + Kosten_vsent.xlsx	Eindmodel	Additionele oplevering data DFZ	Helma van Maanen	dinsdag 21 oktober 2014
PF_045	20141007 Productieontwikkeling 2011-2014.xlsx	Eindmodel	Productieontwikkeling	Dick van Driel	donderdag 23 oktober 2014
PF_046	PDK-verhouding 2011 (KPMG).xlsx	Eindmodel	Verhouding poliklinische/klinische zorg	Ale Lijzenga	vrijdag 24 oktober 2014
PF_047	PF_047_Substitutie (KPMG)	Eindmodel	Substitutie kleine chirurgische ingrepen	Ale Lijzenga	vrijdag 24 oktober 2014
PF_048	RE: Blauwe zorg.msg	Eindmodel	Input blauwe zorg (Limburg)	Kees Birkhoff	vrijdag 24 oktober 2014
PF_049	ITS Rapportage Zorgindicatoren Friesland.pdf	Algemeen	Rapport Zorgindicatoren Friesland	Helma van Maanen	woensdag 29 oktober 2014
PF_052	29102014 scenario SB-4-b productie DS poliklinieik green field opbouw omzet 2013 definitief.xlsx	Eindmodel	Excel Business case poliklinisch centrum (greenfield)	Peter Lalkens	woensdag 29 oktober 2014

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Bijlage 1.1. Detailuitwerking eindmodellen

Elk eindmodel is op vier punten in meer detail uitgewerkt

Detail uitwerking van de eindmodellen op basis van vier elementen

I Financieel
- Kwantitatieve beschrijving, inclusief uitsplitsing van de omzet, kosten en resultaat
- Indien mogelijk rekening houdend met een onder- en bovengrens

II Zorgaanbod
- Overzicht van het zorgaanbod (producten en diensten) dat geleverd wordt aan patiënten

III Governance & organisatie
- Beschrijving van het besturingsmodel en organisatie, inclusief:
  - Organisatie structuur en benodigde functies (direct en indirect)
  - Samenwerking met 3e partijen (o.a. uitbestede activiteiten)

IV Faciliteiten
- Overzicht van de noodzakelijke faciliteiten, o.a.: gebouw, (niet)-medische inventaris

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Bijlage 1.2. Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid

Eindmodel 1. Ongewijzigd beleid
Financieel

Omzet[a]		
Onderdeel	**Min[d] €m)**	**Max[c] (€m)**
Omzet polikliniek		9,0[d]
Omzet ADOA		0,2
Omzet shortstay		1,6
Omzet dagbehandeling		4,0
Omzet kliniek		5,9
Kleinschaligheidstoeslag		3,7
Overige inkomsten		1,3
TOTAAL Omzet	**20,6**	**25,7**

Noot:
a) Omzet gebaseerd op basis van 2013 omzet (omdat verdeling lopende omzet 2014 nog niet betrouwbaar is)
b) Kosten zijn ingeschat op basis van budget 2014. Omzet 2014 zal naar verwachting lager liggen, als gevolg van daling klinische zorg
c) Omzet polikliniek verschilt EUR -/- 0,4 mio. t.o.v. omzet poliklinisch centrum, omdat de laatste gebaseerd is op de gefactureerde omzet 2013 met verkoopprijzen NS contract DFZ, die hoger liggen dan de prijzen van De Sionsberg
d) Het min scenario gaat uit van 20% lagere omzet ten opzichte van het max. scenario. De kosten worden als 'vast' verondersteld en zijn niet op korte termijn beïnvloedbaar
e) Om onderliggend resultaat te benaderen zijn de grootste incidentele bate en last gecorrigeerd op het berekende resultaat

Kosten[b]		
Onderdeel	**Min[d] €m)**	**Max[c] (€m)**
Personeelskosten		13,2
Overige kosten		0,1
Algemene kosten		0,9
Patiëntgebonden kosten		5,6
Afschrijvingen/Interest inventaris en medische apparatuur		1,3
Transitiekosten		2,3
Doorbelastingen		6,9
TOTAAL Kosten	**30,3**	**30,3**

Resultaat[e]		
Onderdeel	**Min[d] €m)**	**Max[c] (€m)**
TOTAAL Resultaat	**- 9,7**	**- 4,6**
AF: incidentele bate - kleinschaligheidstoeslag	**-3,7**	**-3,7**
BIJ: incidentele last - transitiekosten	**+2,3**	**+2,3**
Onderliggend resultaat	**-11,1**	**-6,0**

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek, Analyse 2012 2013 begr 2014 DS

Bijlage 1.2. Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid

Eindmodel 1. Ongewijzigd beleid
Zorgaanbod

	Omschrijving huidig zorgaanbod
Kliniek	De klinische afdeling is een afdeling voor het opnemen van patiënten als een patiënt voor observatie of behandeling in bed ligt. Het totaal aantal bedden bedraagt 52 bedden (inclusief 6 bedden voor dagbehandeling/ shortstay). Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij "klinisch" opgenomen.
Polikliniek	De polikliniek dient voor onderzoek en behandeling van patiënten tijdens kantooruren binnen het spreekuur van de medisch specialist. De polikliniek is opgesplitst in snijdende vakken en beschouwende vakken.
ADOA	De ADOA (Acute Diagnose en Observatie Afdeling) is een afdeling voor spoedeisende hulp. Op deze afdeling worden patiënten met acute problematiek van een laag complex karakter (ABCD stabiele patiënten) met spoed geholpen. Vanuit de ADOA worden patiënten ontslagen naar huis, opgenomen in de kliniek van De Sionsberg of indien nodig overgeplaatst naar een ander ziekenhuis indien er sprake is van te complexe zorg die niet behoort tot het profiel van De Sionsberg. De ADOA is 24/ 7 geopend en bestaat in totaal uit 8 bedden waar patiënten in principe niet langer dan 8 uren verblijven. Deze duur kan incidenteel max. 24 uur zijn. De ADOA is geen klinische voorziening.

Bron: Uitgangspunten 7 keer 24 ziekenhuisvoorziening De Sionsberg

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 39

Bijlage 1.2. Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid

Eindmodel 1. Ongewijzigd beleid
Organisatie & governance

Besturingsmodel	Organisatie	Samenwerking 3e partijen
Eigenaarschap De Sionsberg is een BV (Cure BV) en valt samen met de ouderenzorg (Care BV) onder de Stichting Zorggroep Pasana. Deze stichting hangt samen met de stichting Nij Smellinghe onder de Combinatieholding. **Financiering** De grootste contractant van de Sionsberg is DFZ. Op basis van de DOT systematiek wordt er betaald voor de zorg. Daarnaast zijn er nog een aantal separate financieringsstromen, namelijk: • Transitiefinanciering • Beschikbaarheidsbudget • Overige inkomsten **Vaststellen niet-medisch beleid** Het niet-medisch beleid wordt bepaald door de directie van de De Sionsberg, de directie wordt geleverd door Nij Smellinghe **Vaststellen medisch beleid** Het medisch beleid wordt bepaald door de medische staf van De Sionsberg.	**Inrichting** De Sionsberg wordt aangestuurd door een Raad van Bestuur (bestaande uit bestuurder van Combinatieholding). Het personeel is grotendeels in loondienst (enkele medici uitgesloten), daarnaast vindt externe inhuur plaats waar nodig. **Directe functies benodigd (incl. FTE)** In de Sionsberg zijn 139,27 FTE werkzaam in de volgende functies: - Medisch specialisten (15,46 FTE) (excl. Maatschappen) - Overige functies (123,8 FTE): verpleegkundigen, paramedische dienst, medewerkers functieafdeling, laboranten radiologie, OK assistenten, anesthesie assistenten, medewerkers scopie afdeling. Daarnaast zijn er maatschappen van medisch specialisten werkzaam. Anesthesiologie, Dermatologie, Gynaecologie, Keel-Neus-Oor Heelkunde, Longgeneeskunde, Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, Neurologie, Oogheelkunde, Orthopedie, Plastische chirurgie, Urologie, Radiologie). Een aantal maatschappen is ook werkzaam in het MCL en in Nij Smellinghe **Indirecte functies benodigd (incl. FTE)** In de Sionsberg werken 7,45 FTE in de functies algemeen management en secretariaat. Daarnaast worden in de doorbelasting de FTE voor medewerkers voor de functies P&O, Financiën , ICT en facilitair bedrijf intern doorbelast	**Samenwerking** Door De Sionsberg wordt samengewerkt met de volgende partijen: • Huisartsen: voor doorverwijzingen vanuit 1ste lijn naar de Sionsberg. Op te merken is dat een relatief groot deel van de doorverwijzingen vanuit de 1e lijn reeds direct naar een ander ziekenhuis gaat omdat De Sionsberg deze zorg niet aanbiedt (grotendeels naar MCL) • Overige ziekenhuizen: voor doorverwijzingen vanuit SB naar andere ziekenhuizen (MCL en NS) • KCL wordt uitbesteed aan Nij Smellinghe • Samenwerking huisartsen i.k.v. MSO (medische spoedopvang) en Multidisciplinaire ouderenpoli (ook samenwerking hierin met SOG's). **Uitbesteden en/ of inkopen:** • Diagnostiek, deels via Nij Smellinghe • Het vastgoed wordt doorbelast van Pasana Stichting Vastgoed • CSA wordt uitbesteed aan Nij Smellinghe • Overige dienstverleners op gebied van ICT en inkoop en een deel van logistiek • Ziekenhuis hygiëne wordt uitbesteed aan Antonius Ziekenhuis in Sneek • Management Ok, ADOA, PPD wordt ingevuld vanuit Nij Smellinghe

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 40

Bijlage 1.2. Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid

Eindmodel 1. Ongewijzigd beleid
Faciliteiten

Gebouw	Inventaris	Systeem
Benodigde ruimte: In het eindmodel ongewijzigd beleid is het uitgangspunt dat de huidige ruimte beschikbaar blijft. Dit gaat om 9.846 m2. Het vastgoed is in eigendom van Stichting Vastgoed Pasana. Wijzigingen ten opzichte van 2013 zijn: Op termijn sluit de klinische kindergeneeskunde. Dit zal geen effect hebben op de beddencapaciteit. Tevens beëindiging van de CVA zorg. Dit zal een verdere inperking van het aantal opnames betekenen.	**Benodigde inventaris:** De Sionsberg heeft alle inventaris in eigendom behalve de MRI, welke is geleased en de röntgenapparatuur kaakchirurgie. Deze apparatuur is eigendom van de maatschap MKA. De inventaris bestaat uit de volgende onderdelen (inclusief apparatuur): • Naast kantoorinrichting in de polikliniek bestaan er behandelkamers, • Scopie ruimte • Behandelkamer KNO • Behandelkamer Gynaecologie • Behandelkamer kaakchirurgie • OK • Radiologie (buckykamer, CT, Echo's, MRI, ECG) • KCL • Functionele ondersteuning (Spirometrie, Fietsproef, Fudus) • Wachtkamerstoelen en tafels • Kantoor automatisering	**ICT systeem:** • EZIS, • Labosys, • Pacs/RIS • MOSOS **Financieel systeem:** • Bomans • Vila • Navision

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek.

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 41

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 42

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2a+b. Poliklinisch centrum
Toelichting op beide varianten

Poliklinisch centrum

De Sionsberg in dit scenario voorgezet als een poliklinische voorziening (open tijdens kantoortijden)

Dit poliklinische centrum kan mogelijk een onderdeel zijn van Stichting Nij Smellinghe, maar dit is in principe niet noodzakelijk. Het centrum functioneert in de praktijk als volwaardige buitenpoli (alle specialismen draaien poli, geen diagnostiek).

Het scenario kan ook functioneren naast en in samenwerking met een anderhalvelijnscentrum.

De aanwezigheid van een prikfaciliteit en eventueel mogelijkheden voor diagnostiek (o.a. röntgen, echo, spirometrie) zijn meegenomen in dit scenario

2 varianten voor het poliklinisch centrum

2a Sanering

Uitgaande van huidige situatie waarbij er sprake zal zijn van reorganisatie/ sanering

In deze variant is omzet gebaseerd op:

- huidige omzet SB als uitgangspunt;
- gebaseerd op NS contractprijzen (niet SB prijzen);
- omzet 'lekt weg' naar MCL

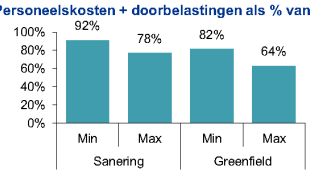
2b Greenfield

Uitgaande van 'opbouwen vanuit nieuwe situatie' (Greenfield)

In deze variant is omzet gebaseerd op:

- huidige omzet adherentiegebied regio Dokkum
- marktaandeel SB, gecorrigeerd voor 'weglekken omzet naar MCL'
- gebaseerd op NS contractprijzen (niet SB prijzen)

Personeelskosten + doorbelastingen als % van omzet



Bij de financiële doorrekening van de varianten is dus een verschil in omzet als kosten:

- De omzet in de Greenfield ligt hoger, omdat deze uitgaat van de situatie dat het adherentiegebied volledig open ligt, waardoor de onderliggende omzetbasis hoger is dan in het saneringsgeval, wat uitgaat van de huidige omzetbasis van De Sionsberg. Hierbij is wel een correctie gemaakt dat er een sterke oriëntatie in het gebied op MCL is, waarvoor een afslag ad 30% in de omzet is gehanteerd
- In absolute bedragen liggen de kosten even hoog, maar de lezer moet er op attent zijn dat de kosten in de 'greenfield' relatief gezien lager liggen. Reden hiervoor is dat in de 'greenfield' de organisatie los staat van Nij Smellinghe , geen doorbelastingen daar uit meer ontvangt en tevens met lichtere ondersteuning op gebied van HR, Financiën en IT verder kan. De grafiek aan de linkerzijde schets de verhouding kosten/opbrengsten in beide situaties ter illustratie

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2a. Poliklinisch centrum – Sanering
Financieel

Omzet[a][e]

Onderdeel	Min[c] (€m)	Max[b] (€m)
Omzet overgebleven polikliniek	7,5[c]	9,4[c]
Snijdende vakken	*4,0*	*5,0*
Beschouwende vakken	*3,5*	*4,4*
TOTAAL Omzet	**7,5**	**9,4**

Noot:

a) Omzet is gebaseerd op gefactureerde omzet 2013 onder de aanname van prijzen Nij Smellinghe contract 2013 met DFZ
b) Max scenario is o. analyse: 'Aanvullend scenario Poliklinisch Centrum De Sionsberg 4.0 oktober 2014'
c) Voor het verlies aan omzet is een reductie van 20% van de omzet genomen, als inschatting van het weglekeffect door sluiting klinische functies (= Min scenario). (Bron: werksessie 22 oktober)
d) Om resultaat niet te overschatten zijn de variabele kosten (personeels- en patiëntgebonden kosten) voor het Min scenario met 10% gedaald t.o.v. de variabele kosten in het Max scenario
e) Omzet poliklinisch centrum verschilt EUR +/+ 0,4 mio. t.o.v. poliklinische omzet bij ongewijzigd beleid, omdat de eerste is gebaseerd op de gefactureerde omzet 2013 met verkoopprijzen NS contract met DFZ, welke hoger zijn dan prijzen van De Sionsberg
f) De kosten zijn inclusief radiologie en functieafdeling
g) De patiëntgebonden kosten zijn gecorrigeerd voor opbrengsten HAL

Kosten[d][f]

Onderdeel	Min (€m)	Max (€m)
Personeelskosten	3,6	4,0
Overige kosten	0,1	0,1
Algemene kosten	0,2	0,2
Patiëntgebonden kosten[g]	2,2	2,4
Afschrijvingen/Interest inventaris en medische apparatuur	1,2	1,2
Doorbelastingen	3,3	3,3
TOTAAL Kosten	**10,6**	**11,2**

Resultaat

Onderdeel	Min (€m)	Max (€m)
TOTAAL Resultaat	**-3,1**	**-1,8**

Personeelskosten + doorbelastingen als % van totale omzet	Min (%)	Max (%)
	92%	**78%**

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek, 15102014 analyse aanvullend scenario polikliniek DS 40 def.pdf

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2b. Poliklinisch centrum – Greenfield
Financieel

Omzet [a]		
Onderdeel	**Min[b] €m)**	**Max[c] (€m)**
Omzet overgebleven polikliniek	9,5	14,0
Snijdende vakken	*5,0*	*7,4*
Beschouwende vakken	*4,5*	*6,6*
TOTAAL Omzet	**9,5**	**14,0**

Noot:
a) Omzetpotentieel niet exact bekend. Omzet is gebaseerd op:
- Omzet adherentiegebied regio Dokkum (2013) onder de aanname van prijzen Nij Smellinghe contract 2013 met DFZ
- 65% marktaandeel DFZ waarvan 30% wordt geproduceerd door MCL. (Nota bene: de door DFZ aangeleverde omzet gegevens zijn niet betrouwbaar, omdat DFZ niet beschikt over een activiteitenregistratie op basis waarvan een betrouwbare verdeling van poliklinische- en klinische zorg kan worden ingeschat)

b) Voor het verlies aan omzet is een reductie van 35% van de omzet genomen (= Min scenario):
- 20% substitutie naar anderhalvelijnscentrum
- 15% weglekeffect naar MCL

a) Max scenario op basis van 0% substitutie naar anderhalvelijnscentrum en 0% weglekeffect naar MCL
c) Variabele kosten personeelskosten en KCL zijn met 10% gereduceerd als gevolg van weglekeffect en substitutie naar anderhalvelijnscentrum
d) De kosten zijn inclusief licentiekosten ZIS, KCL, radiologie en functieafdeling
e) Doorbelastingen zijn berekend op basis van volledige uitbesteding van loonadministratie, administratie wordt in eigenbeheer uitgevoerd

Kosten[e]		
Onderdeel	**Min[d] €m)**	**Max[d] (€m)**
Personeelskosten	5,8	6,9
Overige kosten	0,1	0,1
Algemene kosten	0,7	0,7
Patiëntgebonden kosten	1,4	1,4
Afschrijvingen/Interest inventaris en medische apparatuur	0,4	0,4
Doorbelastingen[f]	2,0	2,0
TOTAAL Kosten	**10,4**	**11,5**

Resultaat		
Onderdeel	**Min (€m)**	**Max (€m)**
TOTAAL Resultaat	**-/- 0,9**	**2,5**

Personeelskosten + doorbelastingen als % van totale omzet	Min (%)	Max (%)
	82%	**64%**

Bron: 29102014 scenario SB-4-b productie DS polikliniek green field opbouw omzet 2013 definitief

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2a+b. Poliklinisch centrum
Financieel

- Structuur voor berekenen van business case poliklinisch centrum

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2a+b. Poliklinisch centrum
Zorgaanbod

	Omschrijving	Nog nader te onderzoeken
Polikliniek	De polikliniek voor het behandelen van patiënten tijdens kantooruren binnen het spreekuur van de medisch specialist. Er zijn spreekuren voor alle specialismen op doordeweekse dagen tussen 8.00 – 17.00 uur.	1. Wat wordt de business case indien wordt gerekend met marginale meerkosten?
Prikfaciliteit (in polikliniek)	Prikfaciliteit ten bate van laboratoriumdiagnostiek. De prikfaciliteit is geopend op doordeweekse dagen tussen 8.00 – 17.00 uur. Er is nu geen enkele andere diagnostiek meegenomen (functiediagnostiek en beeldvormende diagnostiek. Genereert wel extra kosten bij uitbesteding).	1. Wat wordt de business case indien wordt gerekend met marginale meerkosten?

Bron: 15102014 analyse aanvullend scenario polikliniek DS 40 def

Bijlage 1.3. Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum

Eindmodel 2a+b. Poliklinisch centrum
Organisatie & governance

Besturingsmodel	Organisatie	Samenwerking 3e partijen
Eigenaarschap Stichting Nij Smellinghe of een bestuurlijk construct met Stichting Nij Smellinghe wordt eigenaar van het poliklinisch centrum **Financiering** Het poliklinisch centrum wordt voor 65% door DFZ gecontracteerd (o. het huidige aandeel van DFZ voor De Sionsberg). De rest van financiering betreft andere zorgverzekeraars waarvan Achmea de tweede verzekeraar is gevolgd door Menzis **Vaststellen niet-medisch beleid** Het niet-medisch beleid wordt bepaald door Nij Smellinghe **Vaststellen medisch beleid** Het medisch beleid wordt bepaald door de medische staf van het poliklinisch centrum (Nij Smellinghe)	**Inrichting** Het poliklinisch centrum wordt aangestuurd door Nij Smellinghe. Al het personeel is grotendeels in loondienst, daarnaast vindt externe inhuur plaats waar nodig. **Directe functies benodigd (incl. FTE)** • Medisch specialisten (8,3 FTE) (excl. Maatschappen MCL Nij Smellinghe: Anesthesiologie, Dermatologie, Gynaecologie, Keel-Neus-Oor Heelkunde, Longgeneeskunde, Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, Neurologie, Oogheelkunde, Orthopedie, Plastische chirurgie, Urologie, Radiologie). Een aantal maatschappen is ook werkzaam in het MCL en in Nij Smellinghe • Inhuur revalidatiearts en ergotherapeut (€ 216K) • Overige formatie (34,36 FTE) **Indirecte functies benodigd (incl. FTE)** In het eindmodel poliklinisch centrum werken 4,51 FTE in de functies algemeen management en secretariaat. In de doorbelasting worden medewerkers voor de functies P&O, Financiën, ICT en facilitair bedrijf FTE doorbelast door Nij Smellinghe	**Samenwerking** Door het poliklinisch centrum moet worden samengewerkt met de volgende partijen: • Huisartsen: voor doorverwijzingen vanuit 1ste lijn naar het poliklinisch centrum. Belangrijk hierbij is dat huisartsen blijven doorverwijzen voor de poliklinische zorg, ook indien er geen klinische zorg meer wordt geleverd • Overige ziekenhuizen:voor doorverwijzingen vanuit het poliklinisch centrum voor klinisch operatieve zorg en dagklinische zorg naar andere ziekenhuizen (MCL en NS) **Uitbesteden en/ of inkopen:** • Diagnostiek, deels via Nij Smellinghe • Het vastgoed wordt gehuurd van een derde partij, afhankelijk van het gekozen herstructureringscenario • Overige dienstverleners op gebied van ICT en bijvoorbeeld ook facilitair: dit dient nog te worden bepaald

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek

Eindmodel 2a+b. Poliklinisch centrum
Faciliteiten

Gebouw	Inventaris	Systeem
Benodigde ruimte: Voor het eindmodel poliklinisch centrum is totaal 4.400 vierkante meters bruto vloeroppervlak nodig. Hiervan is 1.969 vierkante meters bestemd voor de polikliniek en wachtruimte voor de polikliniek, 450 vierkante meters voor de prikfaciliteit en de overige vierkante meters voor techniek en kantoor- en vergaderruimte (deze twee laatste onderdelen maken dus 45% van de totale ruimte uit)	**Benodigde inventaris:** Het poliklinisch centrum heeft alle inventaris in eigendom. Dit bestaat uit de volgende onderdelen (incl. apparatuur): • Spreekkamers • Behandelruimten • Prikfaciliteit • Wachtkamerstoelen en tafels • Kantoor automatisering	**ICT systeem:** • EZIS, • Labosys, • Pacs/RIS **Financieel systeem:** • Navision

Bron: 13102014 scenario SB-4-b productie polikliniek

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Financieel

Omzet		
Onderdeel	**Min (€m)**	**Max (€m)**
Omzet meekijkconsulten	?	2,0
Omzet multidisciplinaire ouderenpoli	?	0,2
Omzet kleine chirurgische ingrepen	?	0,3
Omzet huisartsplus zorg (berekening obv patiëntgroep COPD/ Astma)	?	0,02
Omzet huisartsenbedden	?	0,5
Omzet diagnostiek (niet meegenomen in berekening)	0	0
TOTAAL Omzet	?	3,1

Kosten		
Onderdeel	**Min €m)**	**Max (€m)**
Personeelskosten		
• Kosten direct personeel		1,1
- *Meekijkconsulten*		*0,4*
- *Multidisciplinaire ouderenpoli*		*0,3*
- *Kleine chirurgische ingrepen*	?	*0,05*
- *Huisartsplus zorg (COPD/Astma)*		*0,01*
- *Huisartsenbedden*		*0,4*
• Kosten indirect personeel		0,1
• Overige personele lasten		0,1
Patiëntgebonden kosten		
• Kosten diagnostiek	0	0
Algemene kosten		
• Huur, onderhouds- en energiekosten	..	0,4
• Facilitaire- en inventariskosten	..	0,1
• ICT-gerelateerde kosten		0,1
• Overige algemene kosten		0,002
TOTAAL Kosten	?	1,9

Noot:

a) Het betreft een high level berekening. De gehanteerde aannames hiervoor gebruikt zijn opgenomen op de volgende twee slides. Hierin is ook opgenomen of het aanname betreft o. beschikbare data of een inschatting van management

b) High level berekening gaat uit van een eindsituatie na ca. drie jaar. Verwachte omzet zal in de eerste drie jaar (opstartfase) lager zijn. Voor het Max scenario is uitgegaan van een conservatieve situatie. Min scenario is niet doorgerekend

c) High level berekening is de uitwerking van een aantal voorbeeld-modules. Opgemerkt dient te worden dat uiteindelijk de huisartsen zullen bepalen welke modules zij wel of niet zullen leveren

d) Er is zoveel mogelijk een koppeling gemaakt tussen opbrengsten en kosten en daar waar nodig zijn additionele aannames gemaakt (bijvoorbeeld in geval van kleine chirurgische ingrepen; hier is een extra aanname gedaan voor gemiddelde kosten per ingreep)

e) Kleine verschillen in optelling door afrondingsverschillen. Gerekend is met werkelijke getallen

Resultaat		
Onderdeel	**Min (€m)**	**Max (€m)**
TOTAAL Resultaat	?	1,2

Bron: Werksessie 2 & 3 eindmodel, PDK-verhouding 2011 (KPMG).xlsx, Substitutie, RE Blauwe zorg.msg

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Aannames voor opbrengsten

Aannames Opbrengsten					
Categorie	**Module**	**Dataverzoek**	**Type data**	**Waarde**	**Bron/ Toelichting**
1. Omzet	1.1 Meekijkconsult	Polikliniische omzet gekozen specialismen (Interne Geneeskunde, Orthopedie, Neurologie, Dermatologie) in MCL, NS en DS	Data	5.068.000	Aanlevering DFZ, polikliniische omzet interne, Orthopedie, Neurologie, Dermatologie, aanname: van omzet Sionsberg verdampt 30% (is al meegenomen)
1. Omzet	1.1 Meekijkconsult	% patiënten dat daadwerkelijk in een 1,5 lijnscentrum gezien zal worden	Schatting	80%	Aanname DFZ 100%, conservatieve schatting 80%
1. Omzet	1.1 Meekijkconsult	% Prijscorrectie voor omzet 1,5 lijnscentrum	Data	50%	Bron: DFZ visie 1,5 lijns centrum, '1_5 Lijns_01-10-2014.pdf'
1. Omzet	1.2 Ouderenpoli	Huidig aantal patiënten per jaar multidisciplinaire ouderenpoli de Sionsberg 2013	Data	134	Jaarverslag 2013 multidisciplinaire ouderenpoli. Bron: 'Jaarverslag 2013.docx'
1. Omzet	1.2 Ouderenpoli	Huidig verzorgingsgebied ouderenpoli de Sionsberg 2013 (aantal inwoners)	Data	12.640	Bron: CBS + Gupta data '140115_RKWK_zorgstromen Dokkum.pdf.pdf'
1. Omzet	1.2 Ouderenpoli	Verzorgingsgebied Noord-Oost Friesland (aantal inwoners, 2013)	Data	73.000	Bron: CBS + Gupta data '140115_RKWK_zorgstromen Dokkum.pdf.pdf'
1. Omzet	1.2 Ouderenpoli	Schatting welk % van aantal consulten ouderenpoli ook daadwerkelijk in een 1,5 lijnscentrum zal plaatsvinden	Schatting	100%	DFZ/ Nij Smellinghe
1. Omzet	1.2 Ouderenpoli	Tarief per patiënt (traject) ouderenpoli in €	Schatting	300	Bedrag is schatting. Akkoord DFZ?
1. Omzet	1.3 Kleine chirurgische ingrepen	Omzet ingrepen op de substitutielijst kleine chirurgische ingrepen Noord-Oost Friesland 2013 (= ingrepen die ook in 1,5 lijns centrum zouden kunnen plaatsvinden)	Data	€ 1.162.000	Aanlevering DFZ, o.b.v. omzet op lijst chirurgische ingrepen 2013 in Sionsberg, Nij Smellinghe en MCL
1. Omzet	1.3 Kleine chirurgische ingrepen	Schatting welk % van de kleine chirurgische ingrepen op substitutielijst in Noord-Oost Friesland 2013 ook daadwerkelijk plaats zal vinden in het 1,5e lijns centrum	Schatting	50%	Conservatieve schatting 50%, o.b.v. gesprekken DFZ
1. Omzet	1.3 Kleine chirurgische ingrepen	% Prijscorrectie DFZ voor 1,5e lijnstarief voor kleine chirurgische ingrepen (= ingrepen die ook in 1,5 lijns centrum zouden kunnen plaatsvinden)	Schatting	50%	Bron: DFZ visie 1,5 lijns centrum, '1_5 Lijns_01-10-2014.pdf'
1. Omzet	1.4 COPD/ Astma	Incidentie COPD/Astma (% bevolking dat als nieuwe patiënt met COPD/Astma gediagnosticeerd wordt per jaar)	Data	0,8%	Gemiddelde incidentie volgens Nationaal Kompas (middeling m/v afgerond naar boven en Astma en COPD opgeteld). Bron: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/astma/cijfers-astma-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vb-2013/ http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/omvang/
1. Omzet	1.4 COPD/ Astma	Verzorgingsgebied Noord-Oost Friesland (aantal inwoners, 2013) zie 1.2.3	Data	73.000	Bron: CBS + Gupta data '140115_RKWK_zorgstromen Dokkum.pdf.pdf'
1. Omzet	1.4 COPD/ Astma	Schatting welk % van aantal COPD/Astma patiënten ook daadwerkelijk in een 1,5 lijnscentrum gezien zal worden	Schatting	50%	Conservatieve schatting 50%, o.b.v. gesprekken DFZ
		Huidig aantal keten DBC's COPD/ Astma in Noord Oost Friesland 2014	Data	293	Aantal keten DBC's 2014 in regio Dokkum (conservatieve aanname dat huidig aantal patiënten gelijk blijft voor 2014)
		% herindicatie per jaar van huidig aantal keten DBCs	Schatting	20%	Conservatieve schatting o.b.v. expertise
1. Omzet	1.4 COPD/ Astma	Tarief voor een consult COPD/Astma in €	Schatting	€ 50	Bedrag is schatting. Akkoord DFZ?
1. Omzet	1.5 Huisartsenbedden	Aantal huisartsenbedden Drachten (2013)	Data	4	Aangeleverd door DFZ, aantal bedden in Sünenz
1. Omzet	1.5 Huisartsenbedden	Verzorgingsgebied Drachten (aantal inwoners, 2013)	Data	44.940	Aantal inwoners Drachten (plaats) bron: wikipedia
1. Omzet	1.5 Huisartsenbedden	Verzorgingsgebied Noord-Oost Friesland (aantal inwoners, 2013) (zie 1.2.3)	Data	73.000	Bron: CBS + Gupta data '140115_RKWK_zorgstromen Dokkum.pdf.pdf'
1. Omzet	1.5 Huisartsenbedden	Schatting gemiddeld aantal betaalde ligdagen per bed	Schatting	365	Aanname: risico van lege bedden bij verzekeraar
1. Omzet	1.5 Huisartsenbedden	NZa tarief per bed (2013) - per ligdag	Data	€ 190	NZA tarief (aangeleverd door DFZ)
1. Omzet	1.6 Diagnostiek?				Op verzoek van DFZ nog niet meegenomen

Legenda	
0	Geen data ontvangen, aanname gemaakt. Akkoord DFZ?
0	schatting gemaakt, zie toelichting
0	data al bekend, zie toelichting

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Aannames kosten (1)

Aannames Kosten

Categorie	Module	Code	Dataverzoek	Type data	Waarde	Bron/ Toelichting
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.1	Gemiddeld aantal minuten per meekijkconsult	Schatting	30	Schatting: 20 minuten directe (bron: blauwe zorg) + 10 minuten indirecte tijd
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.2	Gemiddeld uurtarief medisch specialist voor meekijkconsult	Data	€ 55,49	Trede 6 (hoogste trede) bron: normtabellen juli 2013
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.3	Gemiddelde omzet per traject	Schatting	384	Schatting o.b.v. aangeleverde data DFZ (o.b.v. omzet en aantal gedeclareerde DBCs 2011)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.4	Gemiddeld aantal consulturen ouderenpoli per patiënt (traject)	Data	8,1	Bron: Jaarverslag multidisciplinaire ouderenpoli 2013. = aantal bestede uren Psycholoog, geriatrisch verpleegkundige + SOG 2013 (=1091) / 134 patiënten
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.5	Gemiddeld uurtarief geriater/ specialist ouderengeneeskunde voor consult ouderenpoli	Data	€ 55,49	Trede 6 (hoogste trede) bron: normtabellen juli 2013
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.6	Gemiddeld aantal minuten per kleine chirurgische ingreep	Schatting	30	Schatting: 2x duur huisartsconsult + indirecte tijd
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.7	Gemiddeld uurtarief kaderarts voor kleine chirurgische ingreep	Schatting	€ 48,40	Schatting o.b.v. Rapport Plexus 2010, ZN, systematiek berekening uurtarief huisartsen
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.8	Kosten per kleine chirurgische ingreep	Schatting	€ 296,00	Schatting o.b.v. aanlevering DFZ. Aantal ingrepen bepaald o.b.v. aantal ingrepen Slonsberg en omzet Slonsberg.
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.9	Gemiddeld aantal minuten per COPD/ Astma consult	Schatting	30	Schatting: 2x duur huisartsconsult + indirecte tijd
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.10	Gemiddeld uurtarief medisch specialist voor COPD/ Astma consult	Data	€ 55,49	Trede 6 (hoogste trede) bron: normtabellen juli 2013
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.11	Aantal uren verpleegkundige zorg nodig per jaar voor 24/7 bezetting per huisartsenbed	Schatting	8760	Schatting: 365 dagen, 24uur per dag. Aanname: risico voor niet bezette bedden ligt bij zorgverzekeraar.
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.12	Gemiddeld aantal huisartsenbedden per verpleegkundige	Schatting	7	Aanname: 1 verpleegkundige is voldoende voor 7 bedden (indicatie voor dagratio ziekenhuis is 1:6)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.13	Gemiddeld uurtarief verpleegkundige	Schatting	€ 36,60	60.000 euro incl werkgeverslasten, 1640 uur (via Peter, NS)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.14	Benodigd aantal uren huisarts per bed per jaar	Schatting	91,25	Schatting 15 minuten per bed per dag. Is schatting. Akkoord DFZ?
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.15	Gemiddeld uurtarief huisarts voor bezoek huisartsenbed	Schatting	€ 48,40	Schatting o.b.v. Rapport Plexus 2010, ZN, systematiek berekening uurtarief huisartsen
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.16	Aantal FTE praktijkmanager nodig per jaar	Schatting	0,5	in overleg met Nij Smellinghe (Peter)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.17	Aantal FTE praktijkondersteuning (o.a. receptie, administratie) nodig per jaar	Schatting	1,39	in overleg met Nij Smellinghe (Peter)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.18	Gemiddeld jaartarief praktijkmanager	Data	€ 100.000	input Nij Smellinghe (Peter)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.19	Gemiddeld jaartarief praktijkondersteuner	Data	€ 37.500	input Nij Smellinghe (Peter)
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.20	% van personeel dat in aanmerking komt voor opleidingen	Schatting	100%	Aanname: al het personeel moet worden opgeleid vanwege de afwijkende taak van een dergelijk centrum tov de 1e en 2e lijn.
2. Kosten	2.1 Personeelsgerelateerde kosten	2.1.21	Opleidingsbudget als % van de personele kosten (van personeel dat in aanmerking komt voor opleidingen)	Schatting	5%	inschatting obv expertise, relatief hoog opleidingsbudget vanwege opleiden kaderartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen.

Legenda

0	Geen data ontvangen, aanname gemaakt. Akkoord DFZ?
0	schatting gemaakt, zie toelichting
0	data al bekend, zie toelichting

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Aannames kosten (2)

Aannames Kosten

Categorie	Module	Code	Dataverzoek	Type data	Waarde	Bron/ Toelichting
2. Kosten	2.2 Patiëntgebonden kosten	2.2.1	Diagnostiek			Op verzoek van DFZ nog niet meegenomen
2. Kosten	2.2 Patiëntgebonden kosten	2.2.2	Overige patiëntgebonden kosten			Nihil verondersteld
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.1	Aantal m2 nodig voor 1,5 lijns centrum	Schatting	2065	Schatting: Huidig aantal m2 HOED Dokkum begane grond, etage 1 + etage 2, Bron: Nij Smellinghe '24102014 scenario SD-4-b productie polikliniek incl omzet potentie polikliniek radiologie functieafdeling.xlsx'
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.2	Huurprijs per m2	Data	€ 180	input Nij Smellinghe (Peter), gelijk met polikliniisch centrum
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.3	Kosten onderhoud, energie, verzekering en belasting per m2	Data	€ 37	input Nij Smellinghe (Peter), gelijk met polikliniisch centrum
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.4	Kosten facilitair (schoonmaak) per m2	Data	€ 30	input Nij Smellinghe (Peter), gelijk met polikliniisch centrum
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.5	Aanschafkosten niet medische inventaris kosten (o.a. stoelen)	Schatting	€ 50.000	input Nij Smellinghe (Peter)
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.6	Aanschafkosten medische inventaris kosten (o.a. behandeltafel)	Schatting	€ 100.000	Schatting o.b.v. input DFZ Blauwe Zorg Limburg o.a. spleetlamp, mobiel echoapparaat
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.7	Afschrijftermijn inventaris in jaren	Data	10	input Nij Smellinghe
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.8	Fee voor PACS RIS per jaar	Data	0	300k per jaar, alleen nodig indien radiologie --> input NS (Peter)
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.9	Fee voor HIS per jaar	Schatting	€ 75.000	Schatting obv analyse huisartsenpost jaarverslagen
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.10	Fee voor financieel systeem per jaar	Data	€ 7.500	input Nij Smellinghe (gelijk aan BC polikliniisch centrum)
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.11	Kosten per werkplek per jaar	Data	€ 2.500	input Nij Smellinghe (Peter): 25000 / 10 jaar afschrijving = 2500
2. Kosten	2.3 Algemene kosten	2.3.12	Communicatie/ marketingbudget 1,5e lijns centrum conform business case Drachten	Schatting	€ 5.000	input Nij Smellinghe (Peter)

Legenda

0	Geen data ontvangen, aanname gemaakt. Akkoord DFZ?
0	schatting gemaakt, zie toelichting
0	data al bekend, zie toelichting

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Zorgaanbod (1)

	Omschrijving	Nog uit te werken samen met participerende huisartsen
Meekijkconsult	Een meekijkconsult is een consult van de patiënt bij een medisch specialist in de 1e lijn, onder regie van de huisarts. Dit is bedoeld om de huisarts in zijn verwijsbeleid te ondersteunen en de patiënt vertrouwen te geven over de betrouwbaarheid van de genomen beslissing De volgende specialismen lijken voor de hand te liggen: longgeneeskunde/ interne geneeskunde/ cardiologie/ neurologie Ook het bezoek van een geriater in het VV&T kan onderdeel uitmaken van het meekijkconsult	1. Voor welke specialismen wordt gestart met meekijkconsulten? En met hoeveel capaciteit? 2. Op welke wijze worden deze consulten uitgevoerd (digitaal of ter plaatse)? 3. In welke gevallen wordt een meekijkconsult ingezet? 4. Hoe vindt de financiering plaats? 5. Hoe vindt de registratie, monitoring en bijsturing plaats?
Multidisciplinaire ouderenpoli	Op de multidisciplinaire ouderen poli (geneeskunde) werken verschillende disciplines samen bij de zorg voor ouderen Deze poli vindt nu plaats in NS, maar past ook goed in het concept van een anderhalvelijnscentrum	1. In hoeverre is de huidige poli één op één te kopiëren? 2. Hoe wordt deze poli gefinancierd? 3. Hoe vindt de registratie, monitoring en bijsturing plaats?
Kleine chirurgische ingrepen	Eenvoudige ingrepen waarvoor een OK niet noodzakelijk is en waarbij geen specifieke apparatuur nodig is. Deze ingrepen kunnen ook buiten een ziekenhuis plaatsvinden	1. Welke ingrepen lenen zich hiervoor? 2. Wat is er nodig om deze ingrepen uit te kunnen voeren (bijv zelfstandige behandelkamer)? 3. Is een CSA noodzakelijk?

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1,2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 55

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Zorgaanbod (2)

	Omschrijving	Nog uit te werken samen met participerende huisartsen
Huisartsplus zorg (COPD/ astma patiëntgroep voor business case)	Huisartsplus zorg is zorg geleverd aan een specifieke patiëntgroep (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) door een gespecialiseerde huisarts (kaderarts) of verpleegkundig specialist Deze zorg wordt alleen geleverd na doorverwijzing van de reguliere huisarts	1. Voor welke patiëntgroepen wordt dit type zorg ingeregeld? 2. Welke functietypen zijn daar voor nodig? Bijvoorbeeld: kaderarts/ verpleegkundig specialist/ praktijkondersteuner huisarts (POH) 3. Hoe vindt de financiering plaats?
Huisartsenbed	Een huisartsenbed is een klinische opnamefaciliteit onder regie van de huisarts. Vaak worden de bedden ondergebracht bij een faciliteit voor woonzorg (bijvoorbeeld verpleeghuis) Er zijn verschillende indicaties om van een dergelijk bed gebruik te maken: - Patiënten die vanwege medische complexiteit niet vallen onder de reguliere spoedzorg AWBZ/WLZ - Patiënten die medische zorg krijgen van de huisarts - Patiënten die aangewezen zijn op herstelzorg	1. Waar 'staan' de huisartsenbedden? 2. Met hoeveel bedden wordt gestart? 3. Wat is de exacte indicatie voor gebruik? 4. Hoe vindt de financiering plaats? (ook: bij wie ligt bijvoorbeeld het risico van leegstand?) 5. Hoe vindt de registratie, monitoring en bijsturing plaats?
Diagnostiek	Naast diagnostiek die ook in een huisartsenpraktijk geleverd kan worden, is er in het anderhalvelijnscentrum ook ruimte voor aanvullende diagnostiek die de huisarts nu al aanvraagt, zoals: - Maken van röntgenfoto's - Maken van echo's - Prikpost (afname voor KCL) MRI en CT zijn niet in scope van het anderhalvelijnscentrum	1. Welk type aanvullende diagnostiek wordt er in het centrum aangeboden? 2. Bij welke partij(en) wordt deze diagnostiek ingekocht door het anderhalvelijnscentrum? En tegen welke prijs? 3. Zijn deze analysemogelijkheden 24/7 beschikbaar of alleen binnen kantoortijden? 4. Hoe vindt de registratie, monitoring en bijsturing plaats?

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1,2 &3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 56

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Zorgaanbod (3)

	Omschrijving	Nog uit te werken samen met participerende huisartsen
Samenwerking 0e lijn en1e lijn	De huisartsen in het anderhalvelijnscentrum werken nauw samen met verschillende 0e- en 1e lijnszorgaanbieders voor specifieke doelgroepen: Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan: - Fysiotherapeuten - Diëtisten - Bewegingstherapeuten - Psychologen - Verpleeghuizen (voor klinische opnamefaciliteit onder regie van huisarts), zie onderdeel 'huisartsenbedden'	1. Voor welke patiëntgroepen wordt dit type zorg ingeregeld? 2. Hoe wordt deze samenwerking vormgegeven? - Formele- of informele samenwerking? - Select aantal partijen of 'iedereen'? - Samenwerking, zorg inhuren of in dienst? 3. Hoe vindt de financiering plaats? Of: niet van toepassing in geval van uitsluitend doorverwijzen?
Mogelijke spoedopvang	De extra mogelijkheden voor diagnostiek kunnen meerwaarde hebben bij spoedopvang Een combinatie met de huidige huisartsenpost ligt daarom voor de hand	1. In hoeverre wordt dit centrum ook ingezet als spoedopvang? 2. En zo ja, is dat dan naast- of in plaats van de bestaande huisartsenpost?

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

57

Bijlage 1.4. Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum
Organisatie & governance

Besturing	Organisatie	Samenwerking 3e partijen
Eigenaarschap Het eigenaarschap van het anderhalvelijnscentrum moet nog nader uitgewerkt worden, maar hoeft zich niet te beperken tot één partij Het eigenaarschap staat los van de vraag wie het (niet)-medisch beleid vaststelt **Financiering** grootste contractant van het centrum is DFZ, eventueel aangevuld met andere partijen De tariefstelling vindt plaats op basis van onderhandelingen met DFZ, waarbij een populatiegebonden budget waarschijnlijk is **Vaststellen niet-medisch beleid** Het niet-medisch beleid wordt bepaald door de eigenaar. Daarnaast heeft DFZ als grootste contractant invloed op het niet-medisch beleid (o.a. randvoorwaarden waaronder wordt gewerkt) **Vaststellen medisch beleid** Het medisch beleid wordt bepaald door de huisartsen Ook is de huisarts de hoofdbehandelaar van de patiënt – de medisch specialisten uit de 2e lijn worden geconsulteerd	**Inrichting** Het anderhalvelijnscentrum wordt gerund door huisartsen In de opstartfase is er geen personeel in loondienst en wordt de benodigde expertise/ functie ingehuurd In een later stadium (bij voldoende vraag/ volume) kan overwogen worden om één of meerdere van de vereiste functies in loondienst te nemen **Directe functies benodigd** De volgende directe functies lijken nodig: - Kaderarts - Verpleegkundig specialist - Medisch specialist - Verpleegkundige/ verpleegkundig specialist voor afname diagnostiek Benodigd aantal FTE is nader uit te werken met participerende huisartsen op basis van exacte uitwerking zorgaanbod en verwachte volume/ vraag **Indirecte functies benodigd** De volgende indirecte functies lijken nodig: - Praktijkmanagement (bij voldoende schaal) - Praktijkondersteuning (o.a. receptie, admin)	**Samenwerking** Door het anderhalvelijnscentrum moet samengewerkt worden met de volgende partijen: - Huisartsen: voor doorverwijzingen vanuit 1e lijn naar anderhalvelijnscentrum - Overige 1e lijnaanbieders: voor doorverwijzen vanuit anderhalvelijnscentrum - Ziekenhuizen: voor participatie medisch specialisten op gebied van meekijkconsulten en beoordelen diagnostiek. Ook voor doorverwijzing van complexe zorg naar 2e lijn - Verpleeghuis: voor het aanbieden van huisartsenbedden **Uitbesteden en/ of inkopen** Uitgangspunt voor de inrichting van het centrum is het – daar waar mogelijk – uitbesteden en/ of inkopen van activiteiten Dit geldt in ieder geval voor de volgende activiteiten: - Partij(en) voor uitvoeren diagnostiek (bijvoorbeeld op basis van fee per afname) incl. gebruik medische apparatuur, o.a. voor echo, röntgenfoto's (incl. buckykamer) en prikorders (inclusief POCT) - Partij(en) voor verhuren van gebouw en grond, inclusief daarbij behorende servicecontracten (o.a. energie en onderhoud) - Partij(en) voor uitbesteden ICT- en financiële systemen

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

58

Eindmodel 3. Anderhalvelijnscentrum

Faciliteiten

Gebouw	Inventaris	Systeem
Huur gebouw De mogelijkheid lijkt aanwezig om het anderhalvelijnscentrum te plaatsen in de fysieke nabijheid van de huidige HOED Aansluiting bij de HOED biedt mogelijkheden om bestaande faciliteiten efficiënter in te zetten (bijvoorbeeld wachtkamer, spreekkamers, etc.) De keuze hieromtrent dient echter nader te worden uitgewerkt met de participerende huisartsen De gewenste grootte van het centrum is afhankelijk van de exacte uitwerking van het zorgaanbod, verwachte volume/ vraag en mogelijke synergieën met de HOED Ruimte (m^2) voor de volgende activiteiten lijkt in ieder geval benodigd: - Wachtkamer(s) - Spreekkamer(s) - Behandelkamer(s) - Ruimte voor radiologie/ buckykamer - Ruimte voor priklab	**Medische inventaris** Uitgangspunt voor de inrichting van het centrum is het – daar waar mogelijk – uitbesteden en/ of inkopen van activiteiten De volgende medische inventaris lijkt nodig: - Apparatuur voor maken echo - Apparatuur voor röntgenfoto (bucky) - Indien relevant: POCT voor snelle analyse prikorder De enige medische inventaris die zal worden aangeschaft is de 'kleine' medische inventaris, o.a.: - Behandeltafel - Medische lampen - Spirometer - Stethoscopen - Instrumenten chirurgische ingrepen **Niet-medische inventaris** Betreft onder andere inrichting/ meubilair voor gemeenschappelijke ruimte en werkplek ondersteuning (bureau, tafel, etc.)	**ICT systeem** Anderhalvelijnscentrum moet werken met de volgende ICT systemen: - PACS RIS - HIS - Systeem voor maken online afspraken **Financieel systeem** Uitgangspunt is leasing van een digitaal boekhoudpakket (financieel pakket)

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1, 2 & 3 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 59

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 60

Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum

Omzet[a]		
Onderdeel	**Min[c] €m)**	**Max[c] (€m)**
Omzet overgebleven polikliniek dagbehandeling	10,8	13,5
Polikliniek	*7,5*	*9,4*
Dagbehandeling	*3,3*	*4,1*
TOTAAL Omzet	**10,8**	**13,5**

Noot:
a) Omzet gebaseerd onder de aanname van prijzen Nij Smellinghe contract 2013 DFZ;
b) Verlies aan omzet is niet betrouwbaar in te schatten
c) Verlies aan omzet is niet betrouwbaar in te schatten. Hiervoor is een bandbreedte van – 20% op omzet genomen, als inschatting van het weglekeffect door sluiting klinische functies (= Min), zoals ingeschat in werksessie 22 oktober
d) Om resultaat niet te overschatten zijn de variabele kosten (personeels- en patiëntgebondenkosten) voor het Min scenario met 10% gedaald t.o.v. de variabele kosten in het Max scenario

Kosten		
Onderdeel	**Min[c] €m)**	**Max[c] (€m)**
Personeelskosten	6,2	6,9
Overige kosten	0,1	0,1
Algemene kosten	0,9	0,9
Patiëntgebonden kosten[d]	2,5	2,8
Afschrijvingen/Interest inventaris en medische apparatuur	1,3	1,3
Doorbelastingen	4,4	4,4
TOTAAL Kosten	**15,4**	**16,4**

Resultaat		
Onderdeel	**Min[c] €m)**	**Max[c] (€m)**
TOTAAL Resultaat	**-4,6**	**-2,9**

Bron: Analyse aanvullend scenario DS4 vs 4 poli dag centrum def, 14102014 scenario poli dag centrum.xlsx

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Drie opties voor een anderhalvelijnscentrum

In een werksessie met DFZ/NS zijn drie opties voor een anderhalvelijnscentrum besproken

- Op 1 oktober heeft er een werksessie plaatsgevonden met DFZ/NS om het voorkeurseindmodel van een anderhalvelijnscentrum vast te stellen
- Er zijn drie mogelijke opties besproken, te weten:
  I. Gezondheidscentrum
  II. Gezondheidscentrum met ondersteuning NS
  III. Poliklinische dependance NS
- Op basis van een kwalitatieve afweging is gekozen voor optie II (Gezondheidscentrum met ondersteuning NS)
- De uitwerking van deze werksessie wordt in de hierna volgende slides gepresenteerd

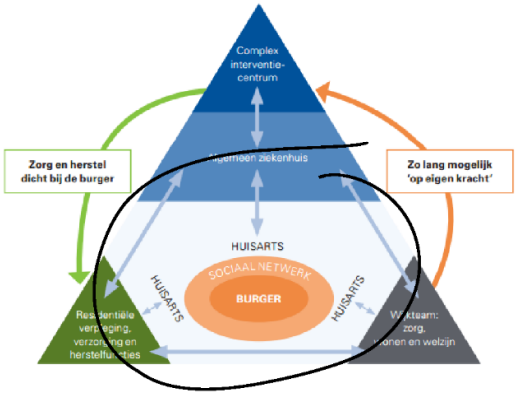
Praktische informatie werksessie

Wanneer:	1 oktober 2014, 13.00-16.00 uur		
Waar:	Nij Smellinghe, Vergaderzaal 2		
	Naam	Functie	Aanwezig
Genodigden:	Jelle Nutma	Nij Smellinghe	✓
	Peter Laikens	Nij Smellinghe	✓
	Kees Birkhoff	DFZ	✓
	Edwin Velzel	DFZ	✗
	Helma van Maanen	DFZ	✓
	Wouter Kuiper	KPMG	✓
	Josine Janus	KPMG	✓

Introductie 1,5-lijns centrum

Een 1,5-lijn centrum voorziet in het verbinden van verschillende zorgverleners rondom doelgroepen en vormt de toegangspoort naar de 2e lijn

Positionering van 1,5-lijns centrum

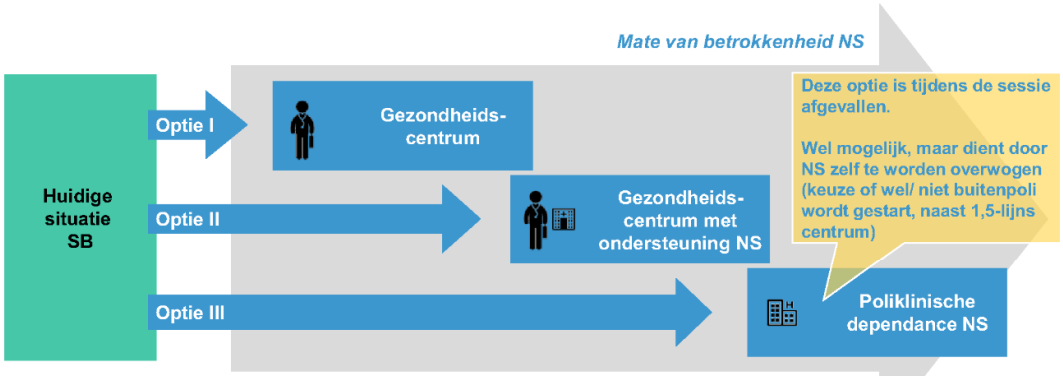


Algemene uitgangspunten:
- Reguliere huisartsenfunctie aanwezig
- Nauwe samenwerking met:
  - VV&T (Verpleging, Verzorging & Thuiszorg)
  - Sociale wijkteams
  - Overige 1e lijn zorgverleners (o.a. fysiotherapeuten, diëtisten, wijkverpleging, psychologen)
- Klinische faciliteit in 1e lijn die helpt om:
  - Opnames te voorkomen bij sociale indicatie (verpleeghuis en 2e lijn)
  - Kortdurende opvang te leveren bij herstel na medische ingreep
- Aanwezigheid van basisdiagnostiek (afhankelijk van gekozen model)
- Aanwezigheid van spoedvoorziening (afhankelijk van gekozen model)

Algemene randvoorwaarden
- Belangstelling huisartsen en medewerking specialisten
- Afspraken met verwijzers/ ambulancedienst over triage
- Goede informatie uitwisseling tussen betrokken partijen
- Passende vergoedingssystematiek (met juiste prikkels)
- Passend besturings- en eigendomsmodel
- Kwaliteit van geleverde zorg moet minimaal gelijk zijn aan geleverde zorg in ziekenhuis
- Moet een regionale functie hebben
- Heldere positionering en identiteit

Bron: Integrale zorg (KPMG, 2013)

Er zijn drie opties voor een anderhalvelijnscentrum



Belangrijkste voordelen (geldend voor alle drie de opties):

- Versterken en uitbouwen zorgfunctie Noordoost Friesland
- Verlagen zorgkosten
- Zekerstellen adherentie Nij Smellinghe
- Mogelijkheid tot showcase voor zorginnovatie
- Voorkomen imagoschade voor alle partijen

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Discussiestuk 1,5 lijn centrum in NO Friesland v1.docx, Werksessie 1 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 65

Toelichting op de drie opties

Deze optie is tijdens de sessie afgevallen en ook niet verder uitgewerkt.

Reden: wel mogelijk, maar dient door NS zelf te worden overwogen (keuze of wel/ niet buitenpoli wordt gestart, naast 1,5-lijns centrum)

	I Gezondheidscentrum	II Gezondheidscentrum met ondersteuning NS	III Poliklinische dependance NS
Huisartsfuncties	✓	✓	✓
Samenwerking 1e lijn Ketenprotocol, fysiotherapie, V&V, diëtist, etc	✓	✓	✓
Samenwerking psychische zorgverlening	✓	✓	✓
Huisartsbedden Laagcomplexe klinische faciliteit, bijvoorbeeld in verpleeghuis	✓	✓	✓
Diagnostiek	• Afname voor KCL[a] (prikpost) • Eenvoudig functieonderzoek (bijv. fietstesten, ECG, spirometrie) ✓	• Idem aan A • Beeldvormende diagnostiek (röntgen/echo) • Aanwezigheid citolab (POCT)[b] ✓	• Idem aan B ✓
(Digitaal) consult specialist	✗	✓	✓
Bezoek geriater in VV&T	✗	✓	✓
Multidisciplinaire poli ouderengeneeskunde	✗	✓	✓
Polikliniek (buitenpoli)	✗	✗	✓
Mogelijke spoedopvang (volgt uit de rest)	• HAP (24x7)	• HAP plus (röntgen, echo, POCT) (24x7)	• Idem aan B
Optioneel	• Specialisaties huisarts/ kaderartsen (bijv. ouderengeneeskunde, hartfalen) • Parttime specialistische verpleegkundige voor bepaalde patiëntgroepen (bijv. diabetesverpleegkundige)		

Noot: (a) Klinisch Chemisch Laboratorium
(b) Point of Care Test

Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Discussiestuk 1,5 lijn centrum in NO Friesland v1.docx, Werksessie 1 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 66

Relatieve voor- en nadelen van optie I en II

Op basis van de relatieve voor- en nadelen is deze tijdens de sessie gekozen als voorkeursmodel voor een anderhalvelijnscentrum

Criteria	I Gezondheidscentrum – Voordelen +	I Gezondheidscentrum – Nadelen −	II Gezondheidscentrum met ondersteuning NS – Voordelen +	II Gezondheidscentrum met ondersteuning NS – Nadelen −
Kwaliteit van zorg		• Speelt beperkter in op toekomstige zorgvraag	• Speelt meer in op toekomstige zorgvraag	
Toegankelijkheid van zorg		• Betreft lokale functie en geen regionale functie • Relatief klein aanbod van zorg • Imagoschade door 'uitkleden'	• Er blijft zorg beschikbaar (SB krijgt weliswaar andere functie) • Versterken en uitbouwen zorgfunctie NO Friesland • Bredere zorgfunctie (o.a. spoedopvang) regio Dokk	• Imagoschade door 'uitkleden' SB (maar [illegible]er dan optie A)
Financiële aantrek-kelijkheid	• Bij goede relatie met huisa[illegible] meer doorverwijzingen N[illegible] • Verdamping zorgvraag	[illegible]r kostenvoordeel door [illegible]oper substituut • Zelfverwijzing naar MCL bij beperkt vertrouwen	• Bij goede relatie met huisar[illegible] meer doorverwijzingen NS • Verdamping zorgvraag • Kostenvoordeel door goedkoper substituut	• Zelfverwijzing naar MCL bij beperkt vertrouwen
Haalbaarheid implementatie	• Relatief lage implementatiekosten • Relatief korte implementatietijd • Beperkte om-/ bijscholing noodzakelijk			• Noodzaak tot bijscholing • Implementatie tijd en –kosten relatief langer/ hoger • Acceptatie huisartsen en specialisten?

Noot: Absolute voordelen staan genoemd op eerdere slide
Bron: 1_5 Lijns_01-10-2014.pdf, Werksessie 1 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 67

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

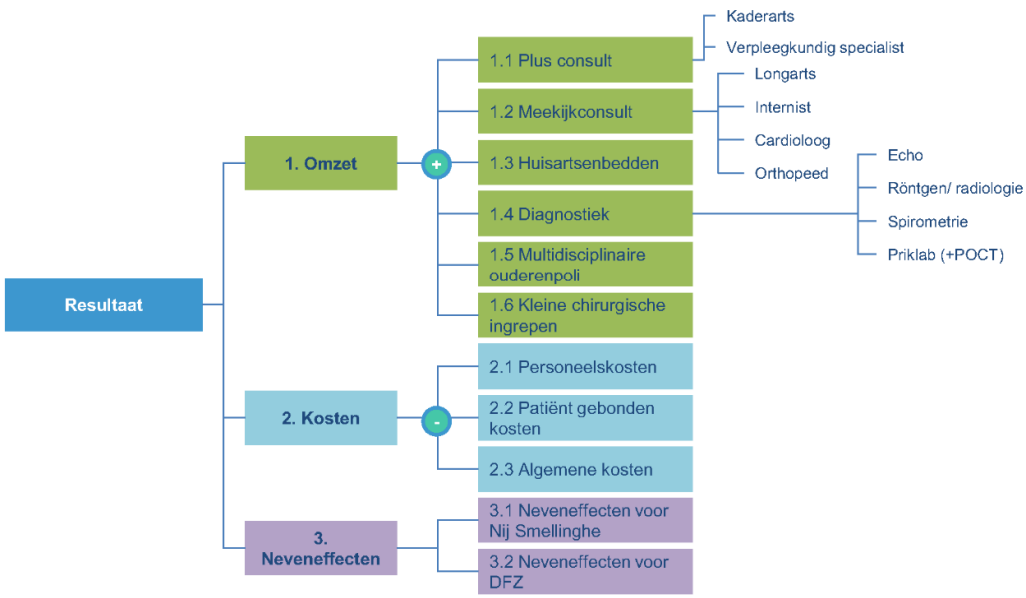
Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 68

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Structuur voor opzetten Business case



Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

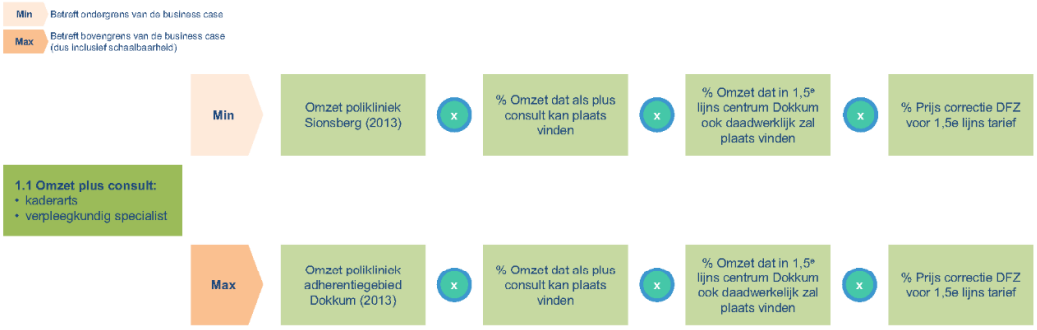
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

69

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.1 Plus consult (kaderarts en verpleegkundig specialist)



Algemene aannames:
- Geen onderscheid in tarief DFZ voor vergoeding plus consult van kaderarts of verpleegkundig specialist
- Het '% omzet dat als plus consult kan plaatsvinden' wordt voor het min- en max scenario gelijk verondersteld

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

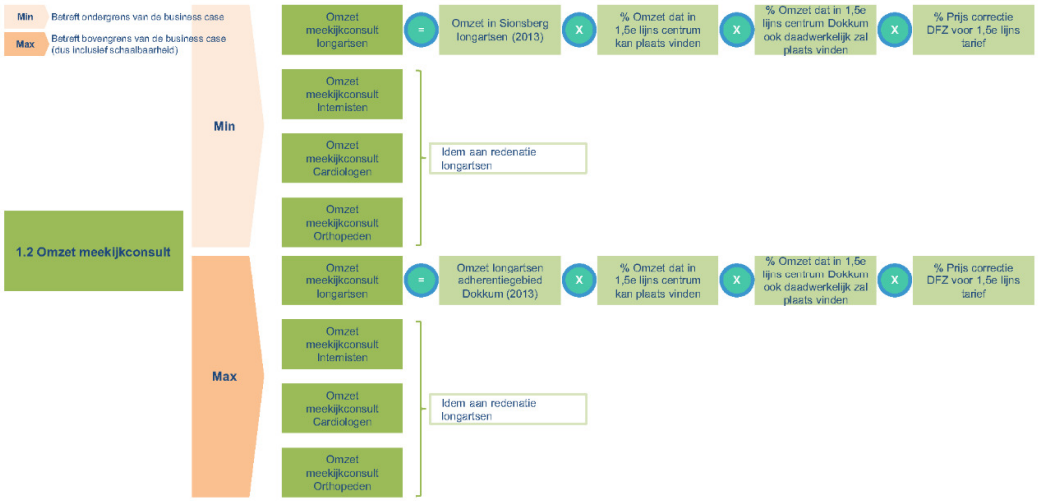
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

70

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.2 Meekijkconsult



Algemene aannames:

- Omzet meekijk consulten van specialist ouderengeneeskunde en -geriater zitten in multidisciplinaire ouderenpoli

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

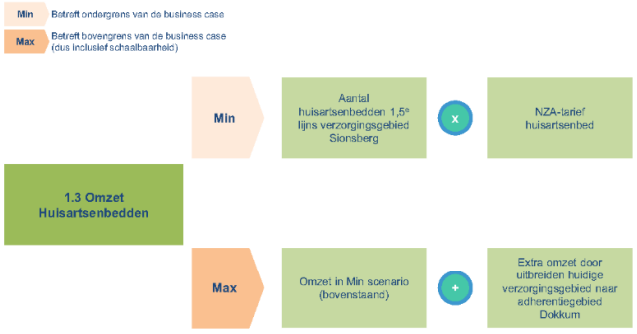
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

71

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.3 Huisartsenbedden



Algemene aannames:

- De ratio aantal huisartsenbedden in centrum Drachten ten opzichte van aantal inwoners in verzorgingsgebied Drachten is representatief voor adherentiegebied Dokkum

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

72

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.4 Diagnostiek

Algemene aannames:

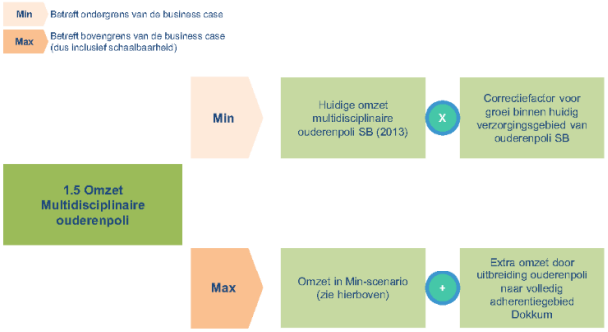
- Diagnostiek die nu al in de 1e lijn wordt gedaan (door huisartsen zelf) wordt niet meegenomen in de business case
- Diagnostiek die gedaan wordt tijdens Plus consult en/of Meekijkconsult zit in de omzet van de desbetreffende modulen
- Diagnostiek op aanvraag van de 2e lijn blijft plaatsvinden in het ziekenhuis
- Beoordeling van de diagnostiek vindt plaats door specialisten vanuit de 1e lijn en is dus integraal onderdeel van het tarief
- Ergometrie, CT en MRI wordt niet uitgevoerd in het anderhalvelijnscentrum en is dus buiten scope

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 73

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.5 Multidisciplinaire ouderenpoli



Algemene aannames:

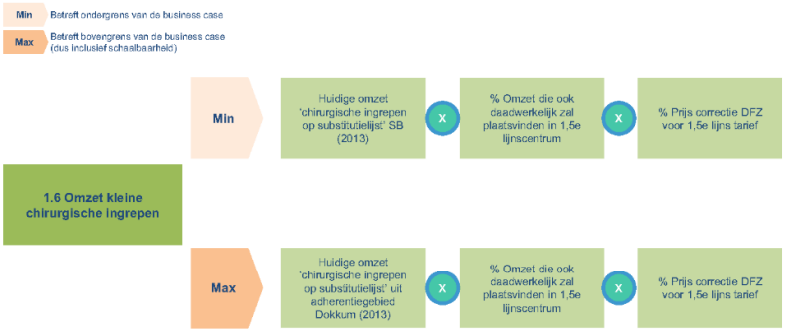
- Alle consulten die nu in de ouderenpoli van de Sionsberg plaatsvinden, zullen verschuiven naar het anderhalvelijnscentrum

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 74

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

1.6 Kleine chirurgische ingrepen



Algemene aannames:

- De definitie 'Kleine chirurgische ingrepen' komt overeen met de lijst 'chirurgische ingrepen op substitutielijst'

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

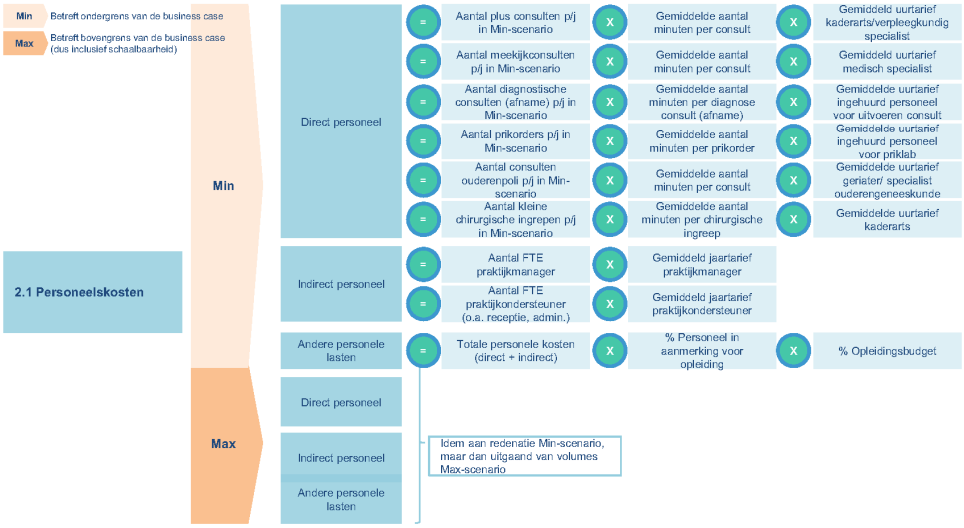
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

75

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

2.1 Personeelskosten



Algemene aannames:

- Aangenomen wordt dat er zowel in het Min- als Max scenario geen personeel in loondienst is. In het Max-scenario kan overwogen worden het ingehuurd personeel in loondienst te nemen
- Aangenomen wordt dat huisartsenbedden volledig worden gerund in verpleegtehuis (of andere locatie) en er dus geen sprake is van personele kosten
- Overige personele kosten (o.a. reiskosten, lidmaatschappen, onkosten vergoeding) worden niet meegenomen in de business case
- Diagnostische consulten betreft het uitvoeren van de handeling (exclusief analyse/ diagnose)

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

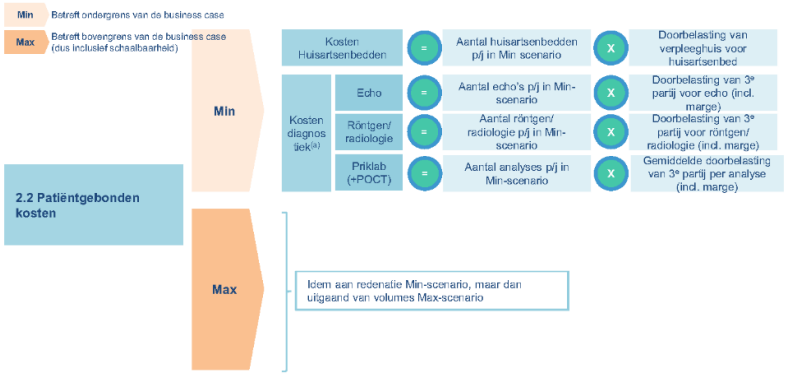
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

76

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

2.2 Patiëntgebonden kosten



Algemene aannames:

- Overige patiëntgebonden kosten (o.a. verbruiksmaterialen) worden niet meegenomen in de business case
- Aangenomen wordt dat spirometer in eigendom is van anderhalvelijnscentrum en derhalve dus geen patiëntgebonden kosten
- Kosten voor diagnostiek zijn inclusief personele kosten voor analyse, maar exclusief de afname (deze zitten in de directe personele kosten)

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 77

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

2.3 Algemene kosten

Algemene aannames:

- Geen

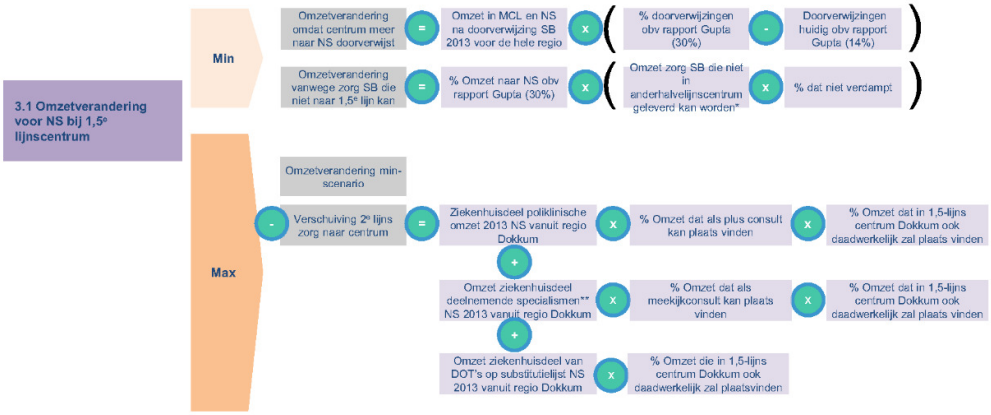
Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten | DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR | 78

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

3.1 Neveneffecten voor Nij Smellinghe



Algemene aannames:

- Verschuiving van diagnostiek naar het anderhalvelijnscentrum levert geen verschuiving van kosten of omzet op voor NS, omdat het centrum vermoedelijk hier de diagnostiek zal inkopen.
- Voor de meekijkconsulten zullen de specialisten uiteraard een vergoeding ontvangen. Dit valt onder de effecten voor specialisten. Deze zijn hier niet meegenomen.

Noot: (a) Zie berekening omzet
(b) Deelnemende specialismen: cardiologie, interne geneeskunde, longgeneeskunde en orthopedie
Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

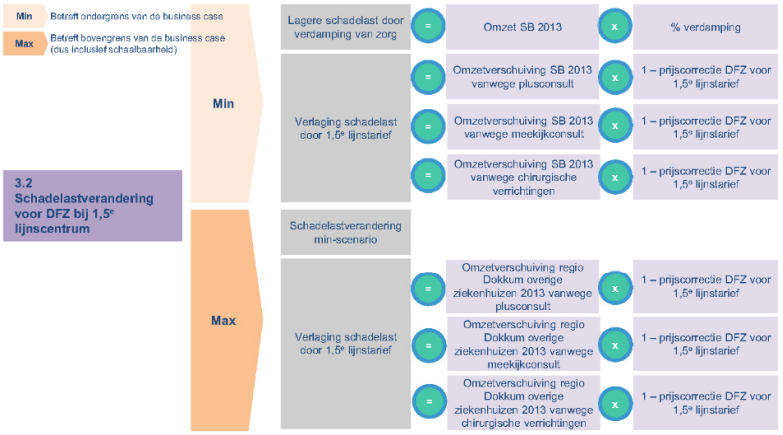
nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

79

Bijlage 4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

3.2 Neveneffecten voor DFZ



Algemene aannames:

- Het wegvallen van dubbele declaraties als gevolg van het sluiten van de 2e lijnsfaciliteit op locatie Dokkum wordt meegenomen onder 'lagere schadelast door verdamping van zorg'

Bron: Werksessie 1 & 2 eindmodel

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

80

Bijlagen

Eindmodel

1. Detailuitwerking eindmodellen
   - 1.1 Inleiding/ toelichting
   - 1.2 Detailuitwerking eindmodel 1. – Ongewijzigd beleid
   - 1.3 Detailuitwerking eindmodel 2a+b. – Poliklinisch centrum
   - 1.4 Detailuitwerking eindmodel 3. – Anderhalvelijnscentrum
2. Financiële business case Poliklinisch *dag*centrum
3. Drie opties voor een Anderhalvelijnscentrum
4. Structuur voor bottom-up berekening financiële business case Anderhalvelijnscentrum

Overig

5. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 81

Bijlage 6. Aandachtspunten communicatie/ stakeholdermanagement

Communicatie

Plan van aanpak communicatie (1)

Vervolgstappen voor communicatie

Algemene vervolgstappen

(onafhankelijk van keuze model + scenario)

Stap 1. Het goed in kaart brengen waarom de huidige situatie niet houdbaar is. Wat zijn de feiten.
Stap 2. Als we het eens zijn over de vervolgstappen, brengen we allereerst de huidige problemen naar buiten
Stap 3. De gekozen oplossing voor het probleem zo simpel mogelijk omschrijven (1 ½ lijnszorg, polikliniek zegt mensen nog niets)
Stap 4. Breng interne stakeholders in kaart en maak een communicatielijn per stakeholder
Stap 5. Breng externe stakeholders in kaart en maak een communicatielijn per stakeholder
….
….
….

Work in progress – nog aan te leveren door communicatie DFZ/NS

Specifieke vervolgstappen

(onafhankelijk van keuze model + scenario)

			Anderhalvelijnscentrum
Sanering	• … • … • …	• … • … • …	• … • … • …
Faillissement	• … • … • …	• … • … • …	• … • … • …

Bron: …

Strikt vertrouwelijk nij smellinghe ziekenhuis · drachten DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR 82

Communicatie

Plan van aanpak communicatie (2)

Algemene uitgangspunten en kritische succesfactoren

Algemene uitgangspunten

1. Kom met een gemeenschappelijke boodschap vanuit DFZ/NS
2. Betrek MCL ook in de communicatie…???
3. Alle communicatie zoveel als mogelijk vanuit de klant gedacht
4. Voorbeelden gebruiken van andere plaatsen in Friesland die net zo ver van een ziekenhuis zitten. Bijv plaatje van Friesland met overzicht van ziekenhuizen, ambulanceposten en zo.
5. NS en DFZ zijn geen partners en hebben mogelijk soms tegenstrijdige inzichten, maar hebben wel één gemeenschappelijk belang: een oplossing vinden
6. Het denken vanuit het bestaande loslaten; geen ombuiging of reorganisatie helpt. Uitgaan van een Greenfield: wat heeft de streek nu, over 5 jaar, 10 jaar en 15 jaar nodig en hoe gaan we dat vanuit het niets inrichten.

Work in progress – nog aan te leveren door communicatie DFZ/NS

Kritische succes factoren

1. [illegible]
2. Er is geen oplossing, zolang er geen oplossing is voor Ouderenzorg
3. Samenwerking met huisartsen
4. Herinrichting ambulance dienst
5. Medewerking banken tijdens faillissement
6. Rol 'Red de Sionsberg'. Wellicht actief betrekken in de communicatie
7. Partijen in de gemeentelijke politiek meekrijgen. Behoorlijke invloed op de publieke opinie.
8. …

Bron: …

Strikt vertrouwelijk

nij smellinghe ziekenhuis · drachten

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

83

9.10. Bijlage 10 Bronvermelding

In het onderzoek geraadpleegde documenten / bronnen
Raad van Bestuur en Raad van Toezicht documenten zijn opgenomen per vergaderdatum
Overige documenten per periode of datum

Raad van Bestuur t/m 2009

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
200801240	24-01-2008	Agenda RvB
200801240	24-01-2008	Verslag RvB
200802070	07-02-2008	Verslag RvB
200802210	21-02-2008	Agenda RvB
200802210	21-02-2008	Verslag RvB
200803060	06-03-2008	Agenda RvB
200803060	06-03-2008	Verslag RvB
200803200	20-03-2008	Agenda RvB
200803200	20-03-2008	Verslag RvB
200804030	03-04-2008	Agenda RvB
200804030	03-04-2008	Verslag RvB
200804170	17-04-2008	Agenda RVB
200804170	17-04-2008	Verslag RvB
200805150	15-05-2008	Agenda RvB
200805150	15-05-2008	Verslag RvB
200806050	05-06-2008	Agenda RvB
200806050	05-06-2008	Verslag RvB
200806190	19-06-2008	Agenda RvB
200806190	19-06-2008	Verslag RvB
200807030	03-07-2008	Agenda RvB
200807030	03-07-2008	Verslag RvB
200809040	04-09-2008	Agenda RvB
200809040	04-09-2008	Verslag RvB
200809180	18-09-2008	Agenda RvB
200809180	18-09-2008	Verslag RvB
200809250	25-09-2008	Agenda RvB
200809250	25-09-2008	Verslag RvB
200810020	02-10-2008	Agenda RvB
200810020	02-10-2008	Verslag RvB
200810160	16-10-2008	Agenda RvB
200810160	16-10-2008	Verslag RvB
200810230	23-10-2008	Agenda RvB
200810230	23-10-2008	Verslag RvB
200810300	30-10-2008	Agenda RvB
200810300	30-10-2008	Verslag RvB

200811200	20-11-2008	Agenda RvB
200811200	20-11-2008	Verslag RvB
200811260	26-11-2008	Agenda RvB
200811260	26-11-2008	Verslag RvB
200901130	13-01-2009	Agenda RvB
200901130	13-01-2009	Verslag RvB
200901270	27-01-2009	Agenda RvB
200901270	27-01-2009	Verslag RvB
200902100	10-02-2009	Agenda RvB
200902100	10-02-2009	Verslag RvB
200903120	12-03-2009	Agenda RvB
200903120	12-03-2009	Verslag RvB
200904140	14-04-2009	Agenda RvB
200904140	14-04-2009	Verslag RvB
200905060	06-05-2009	Agenda RvB
200905060	06-05-2009	Verslag RvB
200906040	04-06-2009	Agenda RvB
200906040	04-06-2009	Verslag RvB
200907210	21-07-2009	Agenda RvB
200907210	21-07-2009	Verslag RvB
200908040	04-08-2009	Agenda RvB
200908040	04-08-2009	Verslag RvB
200910270	27-10-2009	Agenda RvB
200910270	27-10-2009	Verslag RvB
200911100	10-11-2009	Agenda RvB
200911100	10-11-2009	Verslag RvB
200911240	24-11-2009	Agenda RvB
200911240	24-11-2009	Verslag RvB

Raad van Toezicht t/m 2009

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
200602060	06-02-2006	Verslag RvT
200604030	03-04-2006	Verslag RvT
200605310	31-05-2006	Verslag RvT
200607170	17-07-2006	Verslag RvT
200610020	02-10-2006	Verslag RvT
200612110	11-12-2006	Verslag RvT
200612180	18-12-2006	Verslag RvT
200702050	05-02-2007	Verslag RvT
200704020	02-04-2007	Agenda RvT
200704020	02-04-2007	Verslag RvT
200705230	23-05-2007	Agenda RvT
200705230	23-05-2007	Verslag RvT
200709100	10-09-2007	Agenda RvT

200709100	10-09-2007	Verslag RvT
200712120	12-12-2007	Verslag RvT concept
200801090	09-01-2008	Verslag RvT concept
200802060	06-02-2008	Agenda RvT
200802060	06-02-2008	Verslag RvT
200802060	06-02-2008	Observaties a.i. bestuurder
200802060	06-02-2008	Actualiteiten
200802060	06-02-2008	Voorlopig resultaat 2007
200804030	03-04-2008	Agenda RvT
200804030	03-04-2008	Verslag RvT
200804030	03-04-2008	Actualiteiten
200805290	29-05-2008	Agenda RvT
200805290	29-05-2008	Verslag RvT
200805290	29-05-2008	Actualiteiten
200805290	29-05-2008	Veranderprogramma
200805290	29-05-2008	Managementinformatie
200807140	14-07-2008	Verslag RvT
200809100	10-09-2008	Agenda RvT
200809100	10-09-2008	Verslag RvT
200809100	10-09-2008	Actualiteiten
200809100	10-09-2008	Notitie a.i. bestuurder inzake situatie Pasana sept 2008
200809100	10-09-2008	Haalbaarheidsonderzoek naar Intensive Care faciliteiten
200809100	10-09-2008	Rapportage tussentijdse exploitatie/ prognose jaarresultaat 2008
200810230	23-10-2008	Agenda RvT
200810230	23-10-2008	Verslag RvT
200810230	23-10-2008	Actualiteiten
200810230	23-10-2008	Acties en besluiten task force (later Herstelplan)
200810230	23-10-2008	Strategiedocument
200810230	23-10-2008	Tussentijdse rapportage plan van aanpak de Stelp
200811030	03-11-2008	Verslag RvT
200811180	18-11-2008	Agenda RvT
200811180	18-11-2008	Herstelplan
200811180	18-11-2008	Begroting 2009
200812180	18-12-2008	Agenda RvT
200812180	18-12-2008	Verslag RvT
200901220	22-01-2009	Agenda RvT
200901220	22-01-2009	Verslag RvT
200901221	22-01-2009	Doorrekening exploitatie 2008 op balans
200901222	22-01-2009	Herstelplan Pasana januari 2009
200901223	22-01-2009	Prognose resultaat 2008
200901224	22-01-2009	Onderzoeksrapport liquiditeitsprognose
200902270	27-02-2009	Agenda RvT
200902271	27-02-2009	Herstelplan Pasana februari 2009
200902272	27-02-2009	Voorlopig jaarresultaat 2008
200904090	09-04-2009	Agenda RvT
200904090	09-04-2009	Verslag RvT

200905250	25-05-2009	Agenda RvT
200905250	25-05-2009	Verslag RvT
200905251	25-05-2009	Herstelplan Pasana april 2009
200905252	25-05-2009	Management rapportage 1e kwartaal 2009
200906220	22-06-2009	Agenda RvT
200906220	22-06-2009	Verslag RvT
200908060	06-08-2009	Agenda RvT
200908060	06-08-2009	Agenda RvT
200908060	06-08-2009	Verslag RvT
200908060	06-08-2009	Voortschrijdende besluitenlijst
200908060	06-08-2009	Herstelplan juli 2009
200908060	06-08-2009	Verslag RvT
200908061	06-08-2009	Reglement RvT Pasana
200909030	03-09-2009	Verslag RvT
200909030	03-09-2009	Agenda RvT
200909031	03-09-2009	Management rapportage t/m juli 2009
200909032	03-09-2009	Statuten stichting Zorggroep Pasana
200910260	26-10-2009	Agenda RvT
200910260	26-10-2009	Verslag RvT
200910261	26-10-2009	Onderzoek functioneren RvT: definitief Rapport
200910262	26-10-2009	Onderzoek functioneren RvT: presentatie
200912100	10-12-2009	Agenda RvT
200912100	10-12-2009	Verslag RvT
200912101	10-12-2009	Managementletter 2009 PWC
200912102	10-12-2009	Halfjaarrekening
200912103	10-12-2009	Begroting 2010
200912104	10-12-2009	Analyse resultaten 2009
200912105	10-12-2009	Herstelplan Pasana november 2009
200912106	10-12-2009	Memo begroting 2010
200912107	10-12-2009	Strategisch beleid 2009 - 2013
200912108	10-12-2009	Joint venture Pasana Hectas
200912170	17-12-2009	Agenda extra RvT

Overige documenten t/m 2009

dossier nummer	periode	omschrijving
200600001	2006	Jaarrekening De Stelp 2006
200600002	2006	Jaarrekening Talma Hoeve 2006
200600003	2006	Jaarrekening Talma Sionsberg 2006
200600004	2006	Jaarrekening Stichting Dongeradeel 2006
200601231	23-01-2006	Reglement RvB Pasana dec 2006
200612310	31-12-2006	Reglement Raad van Toezicht dec 2006
200700001	2007	Jaarrekening 2007
200700001	2007	RvT gedragslijnen 2007
200700002	2007	Jaardocument 2007

200800001	2008	Maatschappelijk jaarverslag 2008
200800002	2008	Jaarrekening 2008
200811001	11-2008	Brief VSM inzake functioneren a.i. bestuurder
200900001	2009	Jaarrekening 2009
200900002	2009	Jaardocument 2009
200900003	2009	Verklaring accountant 2009

Raad van Bestuur 2010

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201001050	05-01-2010	Agenda RvB
201001050	05-01-2010	Verslag RvB
201001210	21-01-2010	Agenda RvB
201001210	21-01-2010	Verslag RvB
201002020	02-02-2010	Agenda RvB
201002020	02-02-2010	Verslag RvB
201002160	16-02-2010	Agenda RvB
201002160	16-02-2010	Verslag RvB
201003160	16-03-2010	Agenda RvB
201003160	16-03-2010	Verslag RvB
201003300	30-03-2010	Agenda RvB
201003300	30-03-2010	Verslag RvB
201004130	13-04-2010	Agenda RvB
201004130	13-04-2010	Verslag RvB
201004270	27-04-2010	Agenda RvB
201004270	27-04-2010	Verslag RvB
201005110	11-05-2010	Agenda RvB
201005110	11-05-2010	Verslag RvB
201006090	09-06-2010	Agenda RvB
201006090	09-06-2010	Verslag RvB
201007060	06-07-2010	Agenda RvB
201007060	06-07-2010	Verslag RvB
201007200	20-07-2010	Agenda RvB
201007200	20-07-2010	Verslag RvB
201008030	03-08-2010	Agenda RvB
201008030	03-08-2010	Verslag RvB
201009140	14-09-2010	Agenda RvB
201009140	14-09-2010	Verslag RvB
201010120	12-10-2010	Agenda RvB
201010120	12-10-2010	Verslag RvB
201011090	09-11-2010	Agenda RvB
201011090	09-11-2010	Verslag RvB
201012070	07-12-2010	Agenda RvB
201012230	23-12-2010	Agenda RvB
201012230	23-12-2010	Verslag RvB

Raad van Toezicht 2010		
dossier nummer	**datum vergadering**	**omschrijving**
201002020	02-02-2010	Agenda RvT
201002020	02-02-2010	Agenda RvT
201002020	02-02-2010	Verslag RvT
201002021	02-02-2010	Voorblad managementrapportage t/m dec 2009
201002022	02-02-2010	Rapportage t/m dec 2009
201003180	18-03-2010	Verslag RvT
201003180	18-03-2010	Agenda RvT
201003181	18-03-2010	Voorblad Position paper (incl. besluit)
201003182	18-03-2010	Position paper Zorggroep Pasana (PWC)
201003183	18-03-2010	Memo Begroting 2010 (incl. besluit)
201004080	08-04-2010	Agenda RvT
201004080	08-04-2010	Verslag RvT
201004081	08-04-2010	Opzet rapportage realisatie jaarplan Pasana 2010 (speerpunten)
201004082	08-04-2010	Uitwerking van het rapport Ziekenhuiszorg in de polders (notitie uit 2008)
201005211	21-05-2010	Accountantsverslag Zorggroep Pasana 2009 (PWC)
201005270	27-05-2010	Agenda RvT
201005270	27-05-2010	Verslag RvT
201005271	27-05-2010	Technisch onderhoud Vastgoed Pasana in control
201005272	27-05-2010	Accountantsverslag Zorggroep Pasana 2009 (PWC)
201005273	27-05-2010	Uitwerking organisatie en besturingsmodel (PWC) = Voorkeursmodel vergaande samenwerking met Nij Smellinghe
201005274	27-05-2010	Speerpunten rapportage realisatie jaarplan Pasana 2010
201005275	27-05-2010	Advies VSM inzake samenwerking met Nij Smellinghe
201005276	27-05-2010	Rapportage 1e kwartaal 2010
201009020	02-09-2010	Verslag RvT
201009020	02-09-2010	Agenda RvT
201009022	02-09-2010	Rapport jaargesprek IGZ. 17 maart 2010
201009023	02-09-2010	Concept intentie overeenkomst samenwerking met Nij Smellinghe
201009024	02-09-2010	Rapportage 2e kwartaal 2010
201010210	21-10-2010	Agenda RvT
201010210	21-10-2010	Verslag RvT
201010211	21-10-2010	Top 10 Besparingspunten
201010212	21-10-2010	Verslag CCR 13 september 2010
201011150	15-11-2010	Agenda auditcommissie RvT d.d. 25-11-2010
201011152	15-11-2010	Deelnemerslijst Raad van Toezicht 25-11-2010
201011154	15-11-2010	Memo m.b.t. landelijke budget korting 548 mln. en effect op Pasana
201012160	16-12-2010	Verslag RvT
201012160	16-12-2010	Agenda RvT
201012161	16-12-2010	Memo begroting 2011

201012162	16-12-2010	Begroting 2011 vastgesteld
201012163	16-12-2010	Toelichting Begroting 2011
201012164	16-12-2010	Voorblad jaarplan 2011
201012165	16-12-2010	Speerpunten rapportage realisatie jaarplan Pasana 2010
201012166	16-12-2010	Concept managementletter 2010 (PWC)

Raad van Bestuur 2011

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201101060	06-01-2011	Verslag RvB
201101180	18-01-2011	Agenda RvB
201101180	18-01-2011	Verslag RvB
201102020	02-02-2011	Verslag RvB
201102150	15-02-2011	Agenda RvB
201102150	15-02-2011	Verslag RvB
201103010	01-03-2011	Agenda RvB
201103010	01-03-2011	Verslag RvB
201103160	16-03-2011	Agenda RvB
201103160	16-03-2011	Verslag RvB
201104120	12-04-2011	Agenda RvB
201104120	12-04-2011	Verslag RvB
201106220	22-06-2011	Agenda RvB
201106220	22-06-2011	Verslag RvB
201107190	19-07-2011	Agenda RvB
201107190	19-07-2011	Verslag RvB
201108300	30-08-2011	Agenda RvB
201108300	30-08-2011	Verslag RvB
201109130	13-09-2011	Agenda RvB
201109130	13-09-2011	Verslag RvB
201110130	13-10-2011	Verslag RvB
201111070	07-11-2011	Agenda RvB

Raad van Toezicht 2011

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201102030	03-02-2011	Agenda RvT
201102030	03-02-2011	Verslag RvT
201102031	03-02-2011	Akte BVO Pasana Techniek Onderhoud BV
201102032	03-02-2011	Analyse Oogmarkt Friesland Zorggroep Pasana Januari 2011
201102033	03-02-2011	Getekende voorbladen RvT 3 februari 2011
201102034	03-02-2011	Notitie positionering Oogkliniek Pasana Zorggroep
201103170	17-03-2011	Agenda RvT
201103170	17-03-2011	Verslag RvT
201103171	17-03-2011	IGZ jaargesprek 17-01-2011

201103172	17-03-2011	Voorblad Jaargesprek IGZ
201103173	17-03-2011	BNG hoofdelijkheidsverklaring
201103174	17-03-2011	Voorblad hoofdelijke aansprakelijkheid
201103175	17-03-2011	NVTZ Toetsing van toezicht (blanco)
201104140	14-04-2011	Agenda RvT
201104140	14-04-2011	Verslag RvT
201104141	14-04-2011	Rapportage t/m feb 2011
201104142	14-04-2011	Speerpunten jaarplan Pasana 2011
201104143	14-04-2011	Getekende voorbladen RvT 3 14 april 2011
201105190	19-05-2011	Agenda RvT
201105190	19-05-2011	Verslag RvT
201105191	19-05-2011	Getekende voorbladen RvT 19 mei 2011
201105192	19-05-2011	Accountantsverslag Pasana 2010 (PWC)
201105193	19-05-2011	Doelstellingen rapportage 2011
201105194	19-05-2011	Rapportage t/m maart 2011
201105195	19-05-2011	1e Kwartaal rapportage 2011
201106090	09-06-2011	Agenda RvT
201106090	09-06-2011	Verslag RvT
201106091	09-06-2011	Definitieve IGZ rapportage De Sionsberg
201106092	09-06-2011	Memo wettelijk budget: korting i.v.m. productie overschrijding 2009
201106093	09-06-2011	Chronologische gebeurtenissen relatie IGZ - Pasana - DFZ
201106093	09-06-2011	IGZ brief: Bevel ex artikel 8 vierde lid, kwaliteitswet zorginstellingen
201106093	09-06-2011	IGZ brief: instellen verscherpt toezicht
201106093	09-06-2011	Pasana brief: bezwaar verscherp toezicht
201106093	09-06-2011	IGZ brief: Opheffen bevel ex artikel 8 vierde lid, kwaliteitswet zorginstellingen
201106093	09-06-2011	Pasana brief: tweede bezwaar verscherp toezicht
201106093	09-06-2011	IGZ persbericht inzake ondertoezichtstelling
201106093	09-06-2011	Brief aan DFZ inzake ondertoezichtstelling
201106093	09-06-2011	IGZ brief inzake verscherpt toezicht en verbeterpunten
201107120	12-07-2011	Verslag RvT
201107120	12-07-2011	Agenda RvT
201107121	12-07-2011	Plan van aanpak n.a.v. verscherpt toezicht/verbeterpunten
201107122	12-07-2011	Plan van aanpak n.a.v. thematisch toezichtbezoek IGZ SEH
201107123	12-07-2011	Achterwacht cardiologen (toets op onderdelen)
201108030	03-08-2011	Verslag RvT
201109070	07-09-2011	Agenda RvT
01109150	50-91-0110	Agenda RvT
201109150	15-09-2011	Verslag RvT (concept)
201109151	15-09-2011	Rapportage t/m juni 2011
201109152	15-09-2011	Rapportage t/m juli 2011
201110250	25-10-2011	Verslag RvT
201111150	15-11-2011	Afspraken en actiepunten auditcommissie van 15 nov 2011
201111150	15-11-2011	Agenda auditcommissie van 15 nov 2011
201111240	24-11-2011	Agenda RvT

201111241	24-11-2011	Notitie herpositionering de Sionsberg 24 november 2011
201112010	01-12-2011	Agenda RvT
201112010	01-12-2011	Verslag RvT
201112011	01-12-2011	Kwartaalrapportage + verloop liquiditeiten
201112012	01-12-2011	Rapportage t/m juli 2011
201112013	01-12-2011	Begroting Zorggroep Pasana 2012
201112014	01-12-2011	Concept management letter Pasana 2011 (PWC)
201112015	01-12-2011	Doelstellingen ziekenhuis 2012
201112130	13-12-2011	Agenda auditcommissie van 13 dec 2011
201112220	22-12-2011	Agenda RvT
201112220	22-12-2011	Verslag RvT

Raad van Bestuur 2012 tot de bestuurlijke fusie in oktober 2012

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201112210	40917	Agenda RvB
201112210	40917	Verslag RvB
201201310	31-01-2012	Agenda RvB
201201310	31-01-2012	Verslag RvB van de bestuursperiode Wagenaar zijn geen RvB verslagen beschikbaar

Raad van Toezicht 2012 tot de bestuurlijke fusie in oktober 2012

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201201050	05-01-2012	Agenda RvT en stukken
201201050	05-01-2012	Verslag RvT
201201051	05-01-2012	HKZ certificaat (kwaliteit ouderenzorg)
201202020	02-02-2012	Agenda RvT
201202020	02-02-2012	Verslag RvT
201202021	02-02-2012	Voorblad Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg
201202022	02-02-2012	Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg
201202023	02-02-2012	Bijlagen Beleidsplan Herpositionering De Sionsberg
201204050	05-04-2012	Agenda RvT
201204050	05-04-2012	Verslag RvT
201204051	05-04-2012	Rapportage t/m feb 2012
201204052	05-04-2012	Plan van Aanpak Pasana 1 april (implementatie)
201204053	05-04-2012	Voorwaarden aan DFZ / herpositioneringplan
201205150	15-05-2012	Verslag RvT
201206140	14-06-2012	Verslag RvT
201206140	14-06-2012	Agenda RvT en stukken
201209060	06-09-2012	Agenda ingelaste vergadering Raad van Toezicht
201209060	06-09-2012	Verslag RvT
201209061	06-09-2012	Rapportage t/m aug 2012

201209062	06-09-2012	Liquiditeitsprognose 2012 Pasana 29 aug 2012
201209063	06-09-2012	Voortgangsrapportage maart-juli 2012
201209064	06-09-2012	Uittreksel notulen gezamenlijke vergadering RvB en RvT statutenwijziging

Overige stukken 2010 tot de bestuurlijke fusie in oktober 2012

dossier nummer	periode	omschrijving
201000001	2010	Jaarrekening 2010 Stichting Zorggroep Pasana
201000002	2010	Maatschappelijk jaarverslag 2010
201003001	03-2010	Position paper Pasana
201100001	2011	Accountantsverslag 2011
201100001	2011	Geconsolideerde Jaarrekening Stichting Zorggroep Pasana 2011
201100002	2011	Maatschappelijk jaarverslag Pasana 2011
201105251	25-05-2011	Definitieve IGZ rapportage De Sionsberg
201110241	24-10-2011	Notitie balansoptimalisatie
201111001	11-2011	PWC rapportage: Problematiek vakgroep cardiologie
201111110	11-11-2011	KPMG Plexus Oplegger rapportage Pasana fase1
201112220	22-12-2011	KPMG Plexus Rapportage Pasana fase1 definitief
201112220	22-12-2011	KPMG Plexus Rapportage Pasana fase2 definitief
201201170	17-01-2012	KPMG Plexus Basisdocument voor fase 3 definitief
201201240	24-01-2012	KPMG Plexus Aanvullende rapportage Fase 3 definitief
201204020	02-04-2012	Verslag stuurgroep bestuurlijke fusie
201208290	29-08-2012	KPMG rapportage risico inventarisatie Zorggroep Pasana
201200000	2012	Samenvatting bestuursperiode Wagenaar; ingebracht in interview
201100000	2011	Presentatie Sionsberg 2012 van Homan ; ingebracht in Interview

Raad van Bestuur 2012 na de bestuurlijke fusie in oktober 2012

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201211270	27-11-2012	Verslag RVB
201212190	19-12-2012	Verslag RVB

Raad van Toezicht 2012 na de bestuurlijke fusie

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201210290	29-10-2012	Verslag RvT
201210291	29-10-2012	Presentatie Fusie en integratieproces (ALV Medische staf)
201211210	21-11-2012	Verslag RvT
201211211	21-11-2012	Maandrapportage Pasana sept 2012

Raad van Bestuur 2013

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201302130	13-02-2013	Verslag RVB
201303180	18-03-2013	Verslag RVB
201304090	09-04-2013	Verslag RVB
201306200	20-06-2013	Verslag RVB
201308070	07-08-2013	Verslag RVB
201309190	19-09-2013	Verslag RVB
201310090	09-10-2013	Verslag RVB
201311140	14-11-2013	Verslag RVB
201312120	12-12-2013	Verslag RVB

Raad van Toezicht 2013

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201301230	23-01-2013	Verslag RvT
201301231	23-01-2013	Voorlopig financieel kader 2013
201301232	23-01-2013	Brief beschikbaarheidsbijdrage
201303200	20-03-2013	Verslag RvT
201303201	20-03-2013	Notities n.a.v. bespreking met KPMG
201303202	20-03-2013	Concept accountantsverslag 2012
201303203	20-03-2013	Projectplan fusie en implicatie medische functie
201305220	22-05-2013	Verslag RvT
201306190	19-06-2013	Verslag RvT
201309250	25-09-2013	Verslag RvT
201309251	25-09-2013	Analyse besteding middelen
201309252	25-09-2013	Begroot resultaat 2013
201309253	25-09-2013	Intrekking 403 verklaring
201309254	25-09-2013	Mail aanbieding stukken Ernst & Young.
201309254	25-09-2013	Overleg auditcommissie met Ernst & Young
201309254	25-09-2013	Opdracht Ernst & Young
201309254	25-09-2013	Rapportage bevindingen Ernst & Young
201309254	25-09-2013	Verslag bespreking rapportage Ernst & Young
201309254	25-09-2013	Brief aan Ernst& Young over rapportage
201309255	25-09-2013	Reorganisatieplan Pasana Cure BV
201309255	25-09-2013	Advies OR reorganisatie
201309255	25-09-2013	Advies Cliëntenraad reorganisatie
201309255	25-09-2013	Mail besluitvorming reorganisatie
201309255	25-09-2013	Voorgenomen besluit reorganisatie Sionsberg
201311200	20-11-2013	Verslag RvT
201311201	20-11-2013	Analyse besteding middelen
201312100	10-12-2013	Mails extra RvT i.v.m. garantstelling door Nij Smellinghe

Raad van Bestuur 2014 - 2015

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201401210	21-01-2014	Verslag RVB
201402240	24-02-2014	Verslag RVB
201404020	02-04-2014	Verslag RVB
201404280	28-04-2014	Verslag RVB
201407100	10-07-2014	Verslag RVB
201409250	25-09-2014	Verslag RVB
201411280	28-11-2014	Verslag RVB
201501210	21-01-2015	Verslag RVB

Raad van Toezicht 2014

dossier nummer	datum vergadering	omschrijving
201401220	22-01-2014	Verslag RvT
201401221	22-01-2014	Resultaatprognose 3013
201401222	22-01-2014	Bijlagen financieel kader
201403061	06-03-2014	Mail ingelaste RvT
201403062	06-03-2014	Businesscase vooruitblik 2018
201403063	06-03-2014	Kwalitatieve overwegingen prognosemodel
201403064	06-03-2014	Businesscase Nij Smellinghe
201403065	06-03-2014	Haalbaarheidsonderzoek De Stelp
201403190	19-03-2014	Verslag RvT
201403191	19-03-2014	Voorgenomen besluit garantstelling
201403192	19-03-2014	Besluit garantstelling
201403193	19-03-2014	Resultaatprognose 2014
201403194	19-03-2014	Oplegger besluitvorming financiën en juridische fusie
201403195	19-03-2014	Mail accountant inzake businesscase
201405140	14-05-2014	Verslag RvT
201405141	14-05-2014	Concept verslag bespreking met DFZ
201405142	14-05-2014	KPMG managementletter
201405142	14-05-2014	Oplegger besluitvorming financiën en juridische fusie
201405143	14-05-2014	Financieel kader 2014.
201408280	28-08-2014	Verslag RvT
201408282	28-08-2014	Visie op de nieuwe zorgorganisatie
201411180	18-11-2014	Verslag RvT
201411181	18-11-2014	Situatieschets Zorggroep Pasana
201411182	18-11-2014	Brief DFZ 27 juni 2014
201411183	18-11-2014	Brief DFZ 17 november 2014
201411184	18-11-2014	Continuïteitsplan Care
201411185	18-11-2014	Scenario's doorstart - draaiboek faillissementsperiode
201411250	25-11-2014	Verslag RvT
201411251	25-11-2014	Voorgenomen besluit faillissement

Overige stukken na de bestuurlijke fusie 2012 - 2014

dossier nummer	periode/datum	omschrijving
201200001	2012	Jaarrekening Zorggroep Pasana geconsolideerd 2012
201200002	2012	Kerngegevens_ productie, personeel en opbrengsten
201300001	2013	Concept Jaarrekening Pasana geconsolideerd 2013
201300001	2013	Investeringsbegroting 2013
201300002	2013	Bestuursverslag RvT RvB 2013 combinatieholding
201301001	01-2013	Managementletter 2013 (KPMG)
201307001	07-2013	Uitgangspunten 7x24 ziekenhuis
201308210	21-08-2013	ERNST & YOUNG Project de Sionsberg rapportage van bevindingen plan 7x24 Ziekenhuis
201310240	24-10-2013	Akte overdracht aandelen Pasana Kreas
201400001	2014	Investeringsbegroting 2014
201403010	01-03-2014	Business Case Pasana een vooruitblik naar 2018
201403281	28-03-2014	RvB brief garantstelling.
201408011	01-08-2014	Resultaat overzicht t/m juli 2014
201409121	12-09-2014	Evaluatie exploitatie t/m juni-juli 2014
201411130	13-11-2014	Project Friesland_Eindrapport_FINALE VERSIE_v3 0
201411280	28-11-2014	Productieaantallen de Sionsberg

Overige stukken

dossier nummer	periode/datum	omschrijving
		Financiële administratie in Navision
		Crediteuren administratie
201200001	2012	BDO benchmark ziekenhuizen 2012
201209000	09-2012	Eiland op de Wal (klinische verloskunde door Bureau BON
201307190	19-07-2013	Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013 RIVM / VWS
201310070	07-10-2013	BDO benchmark ziekenhuizen 2013
201510080	08-10-2015	BDO benchmark ziekenhuizen 2015
201603080	08-03-2016	Kamerbrief over evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en de Sionsberg
201500001	2015	Leeuwarder Courant (reconstructie)