

Vergaderjaar 2018–2019

35 227

Initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

1. Voorwoord

Een schokgolf ging door Nederland bij de faillissementen van de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam op 25 oktober 2018. Hoe is het mogelijk dat banken met miljarden worden gered en dat ziekenhuizen failliet gaan, terwijl zorgverzekeraars miljarden aan reserves hebben? Een vraag die velen in het land zich stellen.

Tien dagen eerder op 15 oktober 2018 sluit de klinische verloskunde in het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen haar deuren. Tegelijkertijd plaatst het Wilhelmina Ziekenhuis Assen een mobiele verloskamer-unit om de toestroom van aanstaande moeders op te vangen.¹ Een prima afdeling verloskunde in Hoogeveen komt leeg te staan. Dit is de bizarre uitkomst van een falend bestuur bij de Treant Zorggroep en falende zorgverzekeraars.

Op 24 januari 2019 maakt Haaglanden Medisch Centrum bekend dat het ziekenhuis Bronovo in het noorden van Den Haag in 2024 haar deuren gaat sluiten. In 2017 opende Bronovo nog een nieuwe spoedeisende hulp en was de boekwaarde van het ziekenhuis circa 60 miljoen euro. Er dreigt grote kapitaalvernietiging.

Deze chaotische gang van zaken is exemplarisch voor de ontwikkelingen bij de kleinere ziekenhuizen in Nederland. De afgelopen tientallen jaren zijn gekenmerkt door schaalvergroting en fusiegolven en een toenemende marktwerking en concurrentie. Daardoor zijn de kleinere ziekenhuizen niet meer verzekerd van een veilige toekomst, met alle gevolgen van dien. Het voortbestaan als volwaardig ziekenhuis wordt afhankelijk van toevalligheden zoals een goed bestuur. Hoe kan het dat een klein ziekenhuis in Assen wel goed draait en dat het Bethesda Ziekenhuis langzaam maar zeker ontmanteld wordt sinds de fusie met het Refaja in Stadskanaal en het Scheper Ziekenhuis in Emmen? Indiener trekt de conclusie dat het

¹ www.rtvdrenthe.nl/nieuws/139179/Mobiele-verloskamer-Wilhelmina-Ziekenhuis-staat-op-zijn-plek

systeem faalt. De bevolking in de regio's krijgt niet de zorg die zij wil en die maatschappelijk gewenst is.

Als het systeem niet werkt, is het verstandig dit systeem te veranderen. Regie van de overheid kan niet worden gemist. In deze initiatiefnota wordt dan ook gepleit voor regulering van de ziekenhuiszorg. Ook dient de concurrentie tussen ziekenhuizen te verdwijnen en samenwerking tussen ziekenhuizen tot stand te worden gebracht. Kleinere ziekenhuizen waarbij de continuïteit van de zorg onder druk staat moeten kunnen rekenen op de steun van grotere ziekenhuizen. Zodat ziekenhuiszorg op menselijke maat kan worden geboden. Een ziekenhuis dichtbij voor iedereen in Nederland.

2. Inleiding

De afgelopen tientallen jaren hebben we sterke schaalvergroting gezien bij de Nederlandse ziekenhuizen. Meerdere ziekenhuizen sloten hun deuren om schaalvergroting te bevorderen.²

Deze schaalvergroting kende een aantal oorzaken, zoals:

- Bewust beleid van de overheid.
- Toenemende specialisatie van artsen naar steeds kleinere afgebakende gebieden gekoppeld aan een tekort aan artsen en verpleegkundigen.
- Een terugtrekkende overheid en introductie van de marktwerking en concurrentie. Dit leidt tot strategisch gedrag met enerzijds een concentratie van vier grote zorgverzekeraars en anderzijds fusie van ziekenhuizen. Hoe groter immers een ziekenhuis, des te kleiner de mogelijkheid van een faillissement. Hoe groter een ziekenhuis, des te groter de druk voor een zorgverzekeraar om contracten af te sluiten.
- Het beperken van de financiële middelen voor ziekenhuizen door de invoering van het Hoofdlijnenakkoord 2019–2022 met een beoogde nul procent volumegroei in 2022. Door deze taakstelling zie je een ontwikkeling waarbij ziekenhuizen personeel afstoten en locaties of «onrendabele» afdelingen sluiten. De beoogde sluiting van het Bronovo ziekenhuis in Den Haag is hiervan een voorbeeld.

De bevolking ziet met lede ogen deze ontwikkeling aan. Door deze schaalvergroting en personeelstekorten neemt de bereikbaarheid van het ziekenhuis af, niet alleen in afstand tot waar men woont maar ook in de onmiddellijk toegang tot de diensten van het ziekenhuis.

De indiener van deze initiatiefnota acht dit een ongewenste ontwikkeling.

Niet de markt of winstgevendheidscijfers van een ziekenhuis moeten bepalen waar onze ziekenhuizen komen. Het ziekenhuis is een basisvoorziening. Of het rendabel is, is dan ook geen vereiste. Goede en bereikbare ziekenhuiszorg moet gewoon voor iedereen in Nederland beschikbaar zijn.

Wij stellen daarom voor per direct een *moratorium* in te stellen op fusies van ziekenhuizen, het sluiten van cruciale afdelingen op ziekenhuislocaties, zoals een 24x7 spoedeisende hulp (SEH) en klinische verloskunde, en op het sluiten van ziekenhuizen. We moeten ons realiseren dat wat eenmaal verdwenen is, niet zomaar terug kan komen. Dit moratorium moet van kracht blijven totdat er een landelijk ziekenhuisplan vastgesteld is voor alle regio's in Nederland met draagvlak onder de regionale bevolking.

² In bijlage 1 is ter illustratie een overzicht toegevoegd van de tussen 2015 en 2017 gefuseerde ziekenhuizen.

De overheid als democratisch gelegitimeerd gezag dient hiertoe het initiatief te nemen.

Om te brengen wat de samenleving wil: een kwalitatief goed ziekenhuis dichtbij en tijdig bereikbaar.

3. Ontwikkelingen in ziekenhuisland

Aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw groeide het besef dat het recht op goede zorg voor iedereen diende te worden georganiseerd. Zo ontstonden ook de ziekenhuizen, vaak op particulier initiatief. Door de bevolkingsgroei ontstonden ook de streekziekenhuizen, omdat de regio daar behoefte aan had. Dit proces zagen we tot de jaren '60. Tot de jaren '70 werden kleine ziekenhuizen van beleidswege vooral gesloten op grond van kwaliteitsoverwegingen; er bestonden in die tijd nog ziekenhuizen met minder dan 50 bedden.³ In de jaren '70 en '80 volgde een omslag naar schaalvergroting. In de jaren '70 werd het beddenreductiebeleid ingevoerd met als achtergrond kostenbeheersing. Vaak riep de sluiting van kleine ziekenhuizen weerstand op. Daarom werd de beddenreductie vaak gekoppeld aan nieuwbouw. In de jaren '80 kwam er een nieuwe golf van strategische fusies tot stand door anticipatie op de plannen voor meer marktwerking in de zorg. De trend van schaalvergroting werd zelfs gestimuleerd in de jaren '90 («de fusiebonus»)⁴. Tegen deze schaalvergroting kwam rond de jaren 2000 maatschappelijk verzet, wat ertoe leidde dat toenmalig Minister van VWS, mevrouw Borst, een moratorium aankondigde. Weer later werd het moratorium opgeheven en werden het aantal en de locatie van ziekenhuizen volledig opgehangen aan de 45-minutennorm.

De trend van schaalvergroting wordt inzichtelijk als we kijken naar het aantal en de grootte van ziekenhuizen. Waren er in 1972 nog 261 ziekenhuizen⁵, in 1992 waren er nog 157⁶, in 1997 waren het er 143⁷ en in 2015 nog 102 ziekenhuizen⁸. Het aantal ziekenhuisorganisaties in 2018 was 66, het aantal locaties van algemene ziekenhuizen bedroeg 102, met 130 bijbehorende buitenpoliklinieken.⁹ In zo'n 45 jaar is daarmee het aantal ziekenhuizen met zo'n 160 (ruim 60 procent) afgenomen.¹⁰ In april 2018 waren er 89 SEH's in Nederland; daarvan waren er 86 zeven dagen in de week 24 uur per dag open. Drie SEH's zijn 's nachts gesloten. Ten opzichte van 2017 zijn er in 2018 vijf SEH-locaties minder. Wat betreft het aanbod acute verloskunde, dit werd in 2018 op 80 ziekenhuislocaties aangeboden; in 2017 waren dit er nog 81.¹¹

³ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf

⁴ Idem

⁵ Waarvan 199 algemene ziekenhuizen, 9 academische ziekenhuizen en 53 categorale ziekenhuizen.

Zie: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf

⁶ Waarvan 114 algemene, 9 academische en 34 categorale ziekenhuizen (met name revalidatiecentra).

Zie: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf

⁷ [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20het%20rapport%20in%20het%20Engels%2028550%20p.%29.pdf)

[Download%20het%20rapport%20in%20het%20Engels%2028550%20p.%29.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20het%20rapport%20in%20het%20Engels%2028550%20p.%29.pdf). Zie ook: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf

⁸ Waarvan 70 algemene, 8 academische en 24 categorale ziekenhuizen.

⁹ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

¹⁰ Zie p.25 van: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf

¹¹ www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2018-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

Aantal locaties algemene en categorale ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie per april 2018

	Algemeen	Categoriaal en overig ¹	Revalidatie ¹
# ziekenhuisorganisaties	66 ³	22	15
# ziekenhuislocaties	102 ⁴	57	21
# buitenpoliklinieken	130 ¹	-	-

Bron: Volksgezondheidszorg.info, NVZ, DHD-analyse

Het aantal bedden per ziekenhuis nam echter toe. In 1922 had een ziekenhuis gemiddeld 80 bedden. Geleidelijk aan is dit gestegen naar 461 in 1999.¹² Tussen 1972 en 2006 nam het aantal bedden met 30 procent af, van 75.496 in 1972 tot 51.296 in 2005.¹³ In 2014 was het aantal bedden afgenomen tot 44.043 en in 2015 tot 41.103.¹⁴ Een gemiddeld

Nederlands ziekenhuis heeft nu 450 bedden en slechts een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen heeft minder dan 300 bedden.¹⁵ Bestuurskundige Renze Portengen geeft in zijn proefschrift aan dat door fusies en overnames tussen 1980 en 2000 het aantal ziekenhuizen met driehonderd of minder bedden gehalveerd is, terwijl het aantal instellingen met meer dan zeshonderd bedden is verdubbeld.¹⁶ Of ziekenhuizen hiermee té groot worden, is een moeilijk te beantwoorden vraag; hier is geen eenduidig getal op te plakken.¹⁷ De concentratie van ziekenhuizen, tot stand gekomen in de laatste dertig jaar, is sterker op het niveau van de organisaties dan op het niveau van de locaties. Onderzoekers van het Nivel concludeerden dat er een halvering van het aantal algemene ziekenhuizen heeft plaatsgevonden, terwijl het aantal locaties met ongeveer een kwart is afgenomen. Door de concentratietendens verdwijnen in toenemende mate de kleine ziekenhuizen.¹⁸

Interessant is om deze afname van het aantal ziekenhuizen te vergelijken met de ontwikkeling van het aantal particuliere klinieken in de afgelopen jaren. Uit de cijfers in de onderstaande tabel is duidelijk te zien dat de afgelopen jaren het aantal particuliere klinieken juist een sterke stijging laat zien, namelijk van 229 in 2009 tot 418 in 2016.¹⁹ Exemplarisch voor deze ontwikkeling is Hengelo. Daar wordt het ziekenhuis door de Ziekenhuis Groep Twente uitgekleeft. Tegelijkertijd verschijnt aan de overkant een privékliniek.²⁰

¹² www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf

¹³ www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2009/10/meer-ziekenhuiszorg-met-minder-bedden

¹⁴ www.staatvenz.nl/kerncijfers/ziekenhuisbedden

¹⁵ <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid:fdccc9c0-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae?collection=research>

¹⁶ www.skipr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html

¹⁷ <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>

¹⁸ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf

¹⁹ Rapport van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, «Het resultaat telt: Particuliere klinieken 2016. Indicatoren particuliere klinieken: scores, bevindingen en acties».

²⁰ www.tubantia.nl/hengelo/nieuwe-priveneacute-kliniek-bij-zgt-hengelo-voor-de-deur-ac4462e5/

Kengetallen particuliere klinieken (PK's) en MDC's 2009 – 2016

Instellingen en behandelingen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totaal aantal PK's	229	244	269	319	328	324	410	418
Totaal aantal MDC's				47	55	50	19	20
Totaal aantal behandelingen in PK's	545.203	665.768	725.769	841.885	802.873	890.723	1.343.376	1.625.983
Aantal PK's met invasieve behandelingen	168	178	203	258	255	260	297	307
Aantal invasieve behandelingen	164.385	254.156	269.510	315.059	310.827	313.226	384.023	527.074

Bron: <https://www.lgij.nl/documenten/rapporten/2018/04/03/het-resultaat-telt-particuliere-klinieken-2016>

Als het gaat om de grootte van ziekenhuizen en de organisatie van de zorg, moet ten slotte de significante rol van de zorgverzekeraars hierin genoemd worden. De kleinere partijen (in het bijzonder de zelfstandige behandelcentra) hebben minder marktmacht dan de grotere partijen en ondervinden meer moeilijkheden tijdens de onderhandelingen over contracten. Schaalvergroting ligt voor de ziekenhuizen voor de hand om een tegenmacht te mobiliseren tegen de zorgverzekeraars.²¹

3.1 Huidige situatie

In Nederland hebben we op dit moment 66 ziekenhuisorganisaties en 102 ziekenhuislocaties.²² Zoals eerder aangegeven is er sprake van een daling van het aantal ziekenhuizen over de afgelopen jaren. De belangrijkste reden van het afnemende aantal ziekenhuizen is fusies.²³ Fusies leiden vrijwel altijd tot het sluiten van bepaalde afdelingen van het kleinste ziekenhuis dat bij de fusie is betrokken. De belangrijkste redenen voor fusies zijn: veronderstelde schaalvoordelen naast overheidsmaatregelen, professionele kwaliteitsnormen en de algemeen maatschappelijke tendensen tot schaalvergroting.²⁴

3.1.1 Fusies

De afgelopen tien jaar vonden er zeker 27 fusies tussen ziekenhuizen plaats. Sinds 2004 kreeg de Autoriteit Consument en Markt (ACM) 34 fusieaanvragen binnen. Daarvan keurde zij er (slechts) één af.²⁵ In de afgelopen drie jaar vonden twintig fusies, overnames en coöperatievormingen plaats waarbij ziekenhuizen betrokken zijn, waarvan vier in 2017.²⁶ Een fusie behoeft de goedkeuring van eerst de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en vervolgens van de ACM. Het gebeurt soms dat een fusie ondanks toestemming geen doorgang vindt.²⁷ Echter, pas sinds kort worden de toezichthouders strenger.²⁸ Het dominante criterium dat in deze fusietoetsing momenteel echt een rol speelt, ook als het gaat om het oordeel van bewindspersonen, is het al dan niet (blijven) voldoen aan de 45-minutennorm.

²¹ <http://celsustalma.nl/item/411>

²² <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

²³ www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-aantal-instellingen-voor-medisch-specialistische-zorg

²⁴ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf

²⁵ <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>

²⁶ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

²⁷ www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-fusies-tussen-ziekenhuizen

²⁸ www.zorgvisie.nl/stz-wil-mini-concentraties-tussen-ziekenhuizen/

3.1.2 De 45-minutennorm

De 45-minutennorm is vastgelegd in de beleidsregels bij de Wet toelating zorginstellingen (de WTZi).²⁹ De 45-minutennorm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. Het Ministerie van VWS heeft voor deze spreidingstoets bepaald om te rekenen met een meld- en uitruktijd van 3 minuten en een «inlaadtijd» van 5 minuten. Met een norm van 45 minuten wordt zo feitelijk getoetst op een maximale gezamenlijke aanrij- en afrijtijd van 37 minuten.³⁰

Ergens in de zestiger jaren is bepaald dat iedere inwoner van Nederland binnen 45 minuten een ziekenhuis moet kunnen bereiken, indien sprake is van een spoedgeval. Hiervan is 15 minuten bedoeld als aanrijtijd, 5 minuten voor zorg ter plaatse en 25 minuten voor transport naar een ziekenhuis.³¹ Het is een modelmatige en theoretische norm die niet als een goede afspiegeling van de werkelijkheid kan worden beschouwd. Als we bijvoorbeeld kijken naar de aanrijtijden in Urk en Lelystad na het sluiten van de spoedeisende hulp en klinische verloskunde in Lelystad, dan zien we een volledig ander beeld. De aanrijtijd van de ambulance schommelt tussen de 8 tot 10 minuten. De zorg ter plaatse schommelt rond de 20 minuten. De aanrijtijden naar het ziekenhuis variëren van circa 20 minuten (Lelystad) tot meer dan een half uur (Urk). In de praktijk wordt daar de 45-minutennorm derhalve fors overschreden, met alle risico's van dien.³²

In 2014 werd toenmalig Minister van VWS mevrouw Schippers via een motie³³ gevraagd te komen tot een visie op de spreiding van algemene ziekenhuizen in Nederland.³⁴ In haar reactie geeft ze aan dat de 45-minutennorm geen medische onderbouwing kent maar wel belangrijk wordt gevonden als het gaat om een goede spreiding en infrastructuur van ziekenhuiszorg in Nederland. Ook gaf Minister Schippers aan: «ik heb niet de ambitie om de zorg zelf in te richten anders dan op basis van generieke normen (zoals de 45-minutennorm)».

Inmiddels heeft Minister Bruins van Medische Zaken en Sport, naar aanleiding van het recente faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen, toegezegd een onderzoek te doen naar de validiteit van de 45-minuten-norm. Naast de kwaliteitsaspecten worden ook de arbeidsmarkt en budgettaire aspecten meegewogen.³⁵

Hoe is de situatie in de ons omringende landen? In 2015 verscheen een rapport van het Nivel waarin de ambulancezorg in verschillende Europese landen werd vergeleken.³⁶ Uit deze vergelijking blijkt dat de genormeerde aanrijtijden, in het geval van een levensbedreigende situatie, verschillen per land:

²⁹ www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bereikbaarheidsanalyse-2.htm

³⁰ <https://gezondezorg.org/files/Zorgconcentratie-analyse-rijtijden-SEH.pdf>

³¹ www.skipr.nl/blogs/id1614-de-45-minutengrens-is-niet-meer-van-deze-tijd.html

³² Position paper Lelystad, 8 februari 2019: [www.lelystad.nl/Documenten/](http://www.lelystad.nl/Documenten/Position%20paper%20ziekenhuis%20Lelystad%20jan%202019_v7.pdf)

[Position%20paper%20ziekenhuis%20Lelystad%20jan%202019_v7.pdf](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33253-H.html)
³³ 2192 (33 253). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33253-H.html>

³⁴ www.eerstekamer.nl/behandeling/20140602/brief_van_de_minister_van_vws_met/document3/f=/vjkae327jyh.pdf

³⁵ www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/02/11/kamerbrief-met-reactie-schriftelijk-overleg-betreft-concept-algemene-maatregel-van-bestuur-beschikbaarheid-acute-zorg

³⁶ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_ambulance_care_europe.pdf

1. Duitsland:	5 minuten
2. Estland:	15 minuten
3. Hongarije:	15 minuten
4. Ierland:	8 minuten
5. Letland:	8-10 minuten
6. Litouwen:	15 minuten
7. Nederland:	15 minuten
8. Noorwegen:	90% binnen 12 (stedelijk) of 25 (niet-stedelijk) minuten
9. Spanje:	8 minuten
10. Tsjechië:	20 minuten
11. Turkije:	10 minuten
12. Verenigd Koninkrijk:	8 minuten

In het overzicht is te zien dat de aanrijtijden variëren tussen de 5 en 25 minuten. Als de verschillende tijden worden vergeleken met de 15 minuten in Nederland is te zien dat voor 6 à 7 van de 12 landen een kortere tijd dan 15 minuten wordt gerekend en 3 andere landen ook de 15 minuten-aanrijtijd hanteren. Alleen voor de niet-stedelijke gebieden in Noorwegen en voor Tsjechië gelden langere aanrijtijden. Hierbij moet opgemerkt worden dat voor niet-levensbedreigende situaties de aanrijtijd in Ierland 19 minuten en voor Estland maximaal 20 minuten is. Voor niet-kritieke zorg is de reactietijd in Estland overigens 30 minuten, gelijk aan de tijd voor Nederland in het geval van niet-levensbedreigende situaties.

3.1.3. Spreiding van ziekenhuizen en gevoelige ziekenhuizen

Zeker bij een afnemend aantal ziekenhuizen gaat de spreiding van die ziekenhuizen een steeds belangrijkere rol spelen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (het RIVM) inventariseert jaarlijks het aanbod en de bereikbaarheid van de ziekenhuizen in Nederland die spoedeisende hulp en acute verloskunde bieden. In zowel 2017 als 2018 bleek uit deze berekening dat de ziekenhuizen zodanig over Nederland zijn verspreid dat 99,8 procent van de inwoners binnen 45 minuten (de 45-minutennorm) naar een SEH of een ziekenhuis met acute verloskunde kunnen worden vervoerd. De analyse bepaalt hoeveel ziekenhuizen als «gevoelig» worden aangemerkt. Er zijn momenteel tien gevoelige ziekenhuizen met een 24/7-uurs basis-SEH. Wat acute verloskunde betreft zijn er twaalf gevoelige ziekenhuizen. Een ziekenhuis wordt zo genoemd als het aantal bewoners, dat volgens het bereikbaarheidsmodel niet binnen 45 minuten naar een SEH kan worden gebracht, toeneemt wanneer dit ziekenhuis sluit. De duur van de rit wordt berekend op basis van de tijd die de ambulance nodig heeft om van de standplaats, via het woonadres van de patiënt naar het ziekenhuis te komen. Deze modelmatige ritduur wordt vervolgens vergeleken met de spreidingsnorm van 45-minuten.³⁷

³⁷ www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/november/Aanbod_en_bereikbaarheid_van_de_spoedeisende_ziekenhuiszorg_in_Nederland_2017_Analyse_gevoelige_ziekenhuizen_2017
Zie ook: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2018-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

Resultaten van de inventarisatie in 2018 en 2017.

	2017	2018
Ziekenhuislocaties met een SEH	94	89
SEH's met 24/7-uurs openstelling	89	86
SEH's met beperkte openingstijden	5	3
Basis-SEH's	93	89
Basis-SEH's met 24/7-uurs openstelling	89	86
Ziekenhuislocaties met 24/7-uurs acute verloskunde die beschikken over alle kenmerken om die zorg te bieden	81	80
Aantal standplaatsen ambulancezorg met 24/7-uurs paraatheid	219	213
Aantal gevoelige ziekenhuizen voor basis-SEH	10	10
Aantal gevoelige ziekenhuizen voor acute verloskunde	12	13

Gevoelige ziekenhuizen 2018.

Organisatie	Plaatsnaam	Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is
<i>Basis-SEH</i>		
Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen	Terneuzen	51.200
Noordwest Ziekenhuisgroep	Den Helder	37.600
Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	27.100
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes	14.400
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	9.300
Ommelander Ziekenhuis Groningen	Winschoten	2.300
Antonius Ziekenhuis	Sneek	2.200
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	400
Isala Diaconessenhuis	Meppel	300
De Tjongerschans	Heerenveen	200
<i>Acute verloskunde</i>		
Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen	Terneuzen	51.200
Noordwest Ziekenhuisgroep	Den Helder	37.600
Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	27.100
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes	14.400
Bravis Ziekenhuis	Bergen Op Zoom	10.600
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	9.300
Isala Klinieken	Zwolle	5.700
De Tjongerschans	Heerenveen	5.400
Amphia Ziekenhuis locatie Langendijk	Breda	3.000
Ommelander Ziekenhuis Groningen	Winschoten	2.300
Antonius Ziekenhuis	Sneek	2.200
Röpcke Zweers Ziekenhuis	Hardenberg	1.300
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	400

Bron: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2018-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

De regionale dekking van ziekenhuizen is, kijkende naar de marktwerking, altijd een struikelblok geweest. In dunbevolkte gebieden halen ziekenhuizen de volumes voor onderdelen van zorg niet die door verzekeraars worden geëist. De eis om ook zorg «dichtbij en op tijd» te garanderen laat zich moeilijk verhouden tot de «markt» waar kostenbesparing de belangrijkste leidraad vormt.³⁸

3.1.4 Vergelijking met andere landen

Nederland kent op dit moment per miljoen inwoners 6 ziekenhuizen. Dat is veel minder dan in de ons omringende landen. In België ligt het aantal bijna op het dubbele en in Frankrijk zijn het er bijna vijf keer zo veel. Nederlandse ziekenhuizen zijn tegelijkertijd relatief groot. Volgens de definitie van de Organisatie voor Economische samenwerking en Ontwikkeling (de OECD) beschikt het gemiddelde ziekenhuis in Nederland over 560 bedden. Volgens de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) zijn het er 486. In Frankrijk is de gemiddelde beddenomvang juist laag (120 bedden per ziekenhuis).³⁹ In 2016 waren er 3,6 bedden per 1.000 inwoners in Nederland. In Duitsland was dit 8,33⁴⁰, in Frankrijk 6,1 en in België 5,7.⁴¹ Het aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners was in 2016 vergelijkbaar met andere landen volgens de Nederlandse Vereniging van

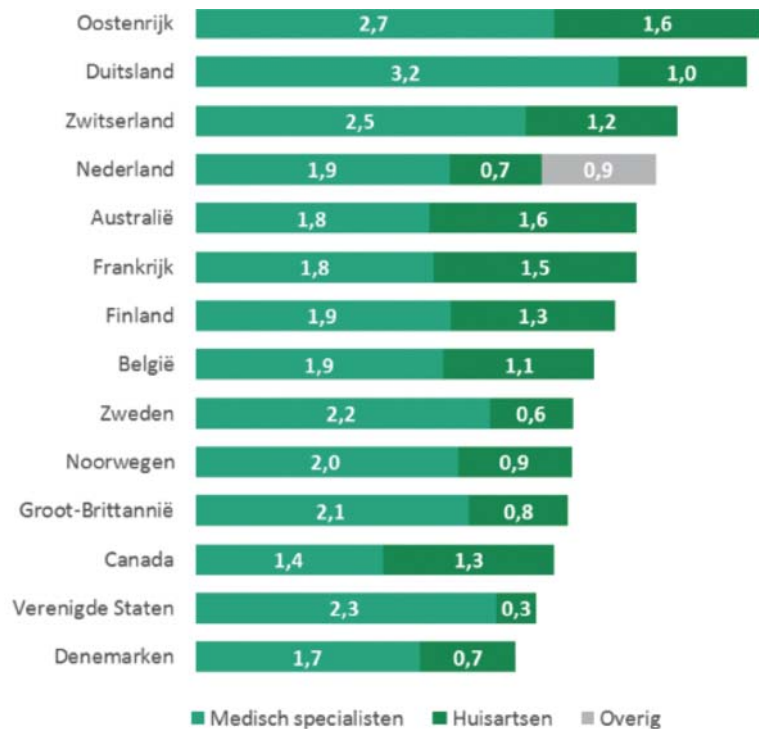
³⁸ www.volkskrant.nl/columns-opinie/de-zorg-in-nederland-dreigt-weer-ernstig-te-verschralen~b92329d6/

³⁹ www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/26832/Zorg%20toont%20-%20Brancherapport

⁴⁰ www.flandersinvestmentandtrade.com/export/sites/trade/files/market_studies/Gezondheidssector_Duitsland_2016.pdf

⁴¹ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

Ziekenhuizen (NVZ).⁴² In Frankrijk en België zijn verhoudingsgewijs veel meer huisartsen dan in Nederland.⁴³



Bron: OECD. NIVEL

3.1.5 Conclusie

Er heeft dus een jarenlang proces van schaalvergroting van ziekenhuizen plaatsgevonden en dit proces lijkt de komende jaren gestaag door te gaan, aldus bestuurskundige Renze Portengen.⁴⁴ Dit ondanks het feit dat het aantal ziekenhuizen in Nederland per miljoen inwoners al (een stuk) lager ligt dan in de ons omringende landen. De schaalvergroting is decennialang met succes gestimuleerd en afgedwongen, maar de roep om terugkeer naar de menselijke maat die juist past bij kleinere schaal heeft inmiddels steeds meer aanhangers gekregen.⁴⁵

4. Wat maakt een ziekenhuis kwalitatief goed?⁴⁶

Zoals eerder aangegeven is op dit moment het dominante criterium waarop wordt getoetst bij het sluiten van een ziekenhuis(afdeling) of er nog wordt voldaan aan de 45-minutennorm. De vraag is of deze norm wenselijk is om een dergelijk besluit op te kunnen baseren. Daarbij is het van belang te bekijken welke criteria relevant zijn bij het spreken over een «goed ziekenhuis» en daarbij onder andere in te gaan op wat de ideale

⁴² <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>. Navraag bij de NVZ op 4 april 2019 leert dat het cijfer 1,9 specialist per 1.000 inwoners in de figuur niet kan kloppen. Uitgaande van cijfers van het Capaciteitsorgaan, dan is 1,2 specialist per 1000 inwoners een reële inschatting. Dat is lager dan in omringende landen als België en Duitsland en meer in lijn met cijfers van Follow the Money. Zie elders in de initiatiefnota.

⁴³ www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/26832/Zorg%20toont%20-%20Brancherapport

⁴⁴ www.skipr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-likt-niet-te-keren.html

⁴⁵ www.skipr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-likt-niet-te-keren.html

⁴⁶ Onderzoek Elsevier: beste ziekenhuizen zijn te vinden in de provincie. www.zorgvisie.nl/48919-2/

grootte van een ziekenhuis is en hoe zich dat verhoudt tot de huidige ziekenhuisgroottes.

4.1 Wat geven de mensen zelf aan belangrijk te vinden?

Bij beslissingen over het voortbestaan, de invulling of de locatie van een ziekenhuis wordt vaak rekening gehouden met de wens van het ziekenhuisbestuur en de 45-minutennorm. Echter, de vraag is of die wensen overeenkomen met wat de patiënten, die gebruik moeten maken van de zorg in het ziekenhuis, belangrijk vinden.

Als patiënten gevraagd wordt wat zij belangrijk of niet belangrijk vinden bij een ziekenhuis of de daar geleverde zorg, dan komt daar veel relevante informatie uit. Zo blijkt uit onderzoek dat ruim 70 procent van de patiënten kiest voor het meest voor de hand liggende ziekenhuis, bijvoorbeeld het dichtstbijzijnde of dat ziekenhuis waar ze al vaker zijn geweest.⁴⁷ Ander onderzoek laat zien dat bereikbaarheid de belangrijkste factor is bij de keuze voor een ziekenhuis. Na bereikbaarheid volgen de kwaliteit van zorg en vriendelijkheid van het personeel.⁴⁸ Het Nivel heeft ook gekeken welke wensen er leven bij mensen die zorg nodig hebben. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen de huisarts, fysiotherapeut, apotheek en de polikliniek. Voor nu zijn alleen de resultaten van de poliklinieken van belang. Er zijn verschillende dimensies van kwaliteit onderscheiden. Gekeken naar wat mensen belangrijk vonden, ontstaat er een duidelijke volgorde: (1) bereikbaarheid/toegankelijkheid, (2) deskundigheid, (3) informatie, (4) bejegening, (5) accommodatie, (6) zelfstandigheid en (7) klachten.⁴⁹

In vele onderzoeken wordt bevestigd dat deskundigheid maar vooral ook reistijd/bereikbaarheid het belangrijkste worden gevonden.⁵⁰ Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt met meerdere aandoeningen terecht kan in één ziekenhuis en niet voor alle verschillende ziekten naar verschillende ziekenhuizen of locaties moet reizen. Niet alleen voor het gemak en comfort van de patiënt is dit van belang, maar ook voor de menselijke maat en voor het gemak waarmee de ziekenhuismedewerkers onderling kunnen overleggen over en met de patiënt.

4.2 Reistijd en bereikbaarheid

De gehanteerde 45-minutennorm is natuurlijk ook een norm die gaat over de reistijd en bereikbaarheid voor patiënten. De vraag is echter wat degenen die zorg nodig hebben een maximaal acceptabele reistijd vinden. Ook daar is onderzoek naar gedaan. Uit dat onderzoek blijkt dat een merendeel (56 procent) van de gebruikers van medisch-specialistische zorg bij planbare zorg een half uur reizen, met eigen vervoer, nog acceptabel vinden.⁵¹

Een ander wezenlijk element vormt de bereikbaarheid bij spoedeisende zorg. De gehanteerde 45-minutennorm is daarbij niet een medische norm, maar een sociaal-politieke norm die door de zittende ministers steeds

⁴⁷ www.smarthealth.nl/2015/01/06/waarom-kiezen-patienten-niet-voor-beste-ziekenhuis/

⁴⁸ www.zorgvisie.nl/bereikbaarheid-belangrijkste-factor-bij-keuze-ziekenhuis-zvs014089w/

⁴⁹ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/klantenwensen.pdf

⁵⁰ www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/bijlagen/6850_Eindrapport_Vraagfactoren_ziekenhuizen.pdf Zie ook: https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf Zie ook: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf En ook: www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/bijlagen/6850_Eindrapport_Vraagfactoren_ziekenhuizen.pdf

⁵¹ Wachttijden in de ziekenhuiszorg, Nederlandse Zorgautoriteit, 16-12-2016.

wordt gebruikt om niets te hoeven doen als er weer sprake is van een fusie of sluiting van ziekenhuisafdelingen.

4.3 Personeel

Een goede kwaliteit van zorg en deskundige professionals worden, niet verrassend, ook erg belangrijk gevonden door (potentiële) patiënten. Het personeel zelf is natuurlijk ook een belangrijke partij als het gaat om de ziekenhuiszorg én fusies tussen ziekenhuizen; zij worden immers ook geconfronteerd met de gevolgen van een fusie van een ziekenhuis of de sluiting van een afdeling.

In 2016 hield de SP een onderzoek onder 1.120 verpleegkundigen die werkzaam zijn in een ziekenhuis. Van de 1.120 respondenten is ruim 81 procent van mening dat de situatie in de zorg de afgelopen jaren is verslechterd (909 respondenten); slechts 5 procent ziet een verbetering (54 respondenten). Voor deze verslechtering benoemden de verpleegkundigen verschillende oorzaken. Zo ziet ruim 71 procent een toename van de bureaucratie, ziet 47 procent een toename in de werkdruk en ervaart 50 procent een verslechtering van de arbeidsomstandigheden door onder andere minder handen aan het bed en een toename van het aantal patiënten. Op de vraag naar het plezier dat de verpleegkundigen aan hun werk beleven geeft een meerderheid (52 procent) aan dat dit werkplezier voor hen de afgelopen jaren is afgenomen; voor slechts 7 procent is het plezier in het werk de afgelopen jaren toegenomen. Voor het afnemen van het werkplezier werden verschillende redenen gegeven. Naast een toegenomen werkdruk, meer administratie en bezuinigingen waren fusies tussen ziekenhuizen een van de belangrijkste redenen voor het afnemende werkplezier. Zoals een van de verpleegkundigen het formuleerde:

«We zijn een fusieziekenhuis. Personeel moet verder reizen om naar het werk te kunnen. Dit geldt ook voor de patiënten. Het ziekenhuis sluit afdelingen.»⁵²

De hierboven genoemde toegenomen werkdruk, die door velen ervaren wordt, is ook van belang; de zorgverleners moeten immers kwalitatief goede zorg kunnen blijven verlenen. Voldoende personeel is daarbij essentieel. Ook de grootte van het team heeft invloed. Een te groot team leidt tot makkelijker ziekteverzuim en het minder goed kennen van elkaar.

In Nederland werken ruim 1 miljoen werknemers in de zorg, 283.200 (27 procent) daarvan werken in een ziekenhuis.⁵³ In de periode 2012–2016 kromp het aantal werknemers in de zorg, met als argument dat dit nodig was om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. In 2017 was er weer een stijging te zien in de werkgelegenheid. Het vinden van zorgpersoneel blijkt echter moeilijk⁵⁴ en de verwachting is dat het personeelstekort de komende jaren verder zal oplopen.⁵⁵ Begin 2018 liep het aantal vacatures in ziekenhuizen op tot 8.300, wat 2,8 procent is van het totaal aantal voltijdsequivalenten.⁵⁶ Ook wordt er in de zorg veel deeltijd gewerkt. Wel is de deeltijdfactor in algemene ziekenhuizen in de periode 2012–2016 licht

⁵² www.sp.nl/sites/default/files/verpleegkundigen_aan_het_woord.pdf

⁵³ www.uwv.nl/overuww/Images/Factsheet_Zorg.pdf

⁵⁴ <https://nos.nl/artikel/2234700-hoe-ziekenhuizen-met-man-en-macht-proberen-personeel-te-vinden.html>

⁵⁵ www.werk.nl/xpsimage/wdo213859

⁵⁶ <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

gestegen (oftewel de gemiddelde werktijd is toegenomen). Een dergelijke verandering was niet te zien bij de medisch specialisten.⁵⁷

Het Capaciteitsorgaan laat in haar behoefteraming 2018–2021 zien hoe groot het tekort aan alle typen medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen in het ziekenhuis thans is. Ten opzichte van de raming 2016 is een groei aan opleidingscapaciteit nodig van 63 procent om de tekorten op te vangen en in 2024 een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.⁵⁸

Gekeken naar de medisch specialisten (waarvan er op 1 januari 2016 ruim 23.350 ingeschreven stonden in het specialistenregister, waarvan er 21.300 vervolgens in Nederland werkzaam zijn⁵⁹) is de instroom voor vier specialismen lager dan het minimumadvies van het Capaciteitsorgaan (dento-maxillaire orthopedie, heekunde, klinische chemie en radiotherapie). De instroom bij andere specialismen ligt boven het minimumadvies of zelfs boven het maximumadvies.⁶⁰

4.4 Wetenschappelijke normen

De vraag die de bereikbaarheid, professionaliteit en voldoende personeel verbindt is: hoe snel moet je in het ziekenhuis kunnen zijn als er met spoed zorg nodig is? Oftewel: is er wetenschappelijk (zorg)bewijs dat de 45-minutennorm een goede norm is?

4.4.1 Acute verloskunde

Zoals al eerder vermeld, bereikte in 2017 en 2018 99,8% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd binnen 45 minuten de acute verloskunde.⁶¹ De 45-minutennorm wordt dus grotendeels gehaald. Uit onderzoek onder vrouwen in Nederland die moeten bevallen blijkt echter dat er een positieve relatie is tussen een reistijd langer dan 20 minuten (met de auto) en totale mortaliteit, neonatale mortaliteit binnen 24 uur en andere negatieve uitkomsten.⁶²

De 45-minutennorm lijkt daarmee in strijd met de wetenschappelijke bevindingen van goede zorg bij acute verloskunde. Overigens erkent de Minister dat de 45-minutennorm niet goed medisch onderbouwd is.⁶³

4.4.2 Spoedzorg

Bij acute cardiovasculaire aandoeningen telt elke minuut. Enige stabilisatie vindt doorgaans plaats door ambulancepersoneel ter plekke en in de ambulance, maar veelal is «scoop and run» de beste actie. De ambulances moeten snel ter plaatse zijn, binnen 15 minuten. Er vindt triage plaats naar welk ziekenhuis de acute patiënt het beste kan worden vervoerd. Een

⁵⁷ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2017.pdf>

⁵⁸ www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/14/capaciteitsplan-2018-2021-fzo-beroepen-en-ambulanceverpleegkundigen-deelrapport-8

⁵⁹ http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/04/2017_04_24-DEF-Regionale-spreiding-medisch-specialisten.pdf

⁶⁰ <http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/05/Jaarbeeld-2016-ziekenhuizen-1.pdf>

⁶¹ www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/november/Aanbod_en_bereikbaarheid_van_de_spoedeisende_ziekenhuiszorg_in_Nederland_2017_Analyse_gevoelige_ziekenhuizen_2017

Zie ook: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2018-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

⁶² www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21138515 Zie ook: www.ntvg.nl/artikelen/provinciale-verschillen-perinatale-sterfte-en-reistijd-tot-ziekenhuis/volledig

⁶³ Zorgvisie, 3 april 2019: www.zorgvisie.nl/minister-bruins-gaat-norm-voor-acute-zorg-vernieuwen/

harde minuten norm waarin het ziekenhuis moet zijn bereikt is moeilijk aan te geven.

4.5 Sociale norm

Een goed bereikbaar ziekenhuis in de nabijheid wordt door mensen als een groot goed beschouwd. Hoe kan ik als burger met mijn auto of het openbaar vervoer het ziekenhuis bereiken? En ook de familie, als ik opgenomen ben? En is het parkeerbeleid van het ziekenhuis daarop afgestemd? Bij kleinere ziekenhuizen kan men doorgaans makkelijker terecht met de auto dan bij de grote ziekenhuizen. Een punt dat steeds belangrijker wordt gezien de ouder wordende populatie die het ziekenhuis bezoekt.

En ook de menselijke maat wordt belangrijk gevonden. Het is fijn als de patiënt gekend wordt in het ziekenhuis en de patiënt het ziekenhuis kent. En dat de dokter die hem behandelt ook de dokter kent die hem voor iets anders behandelt. Zij kan dus zo die andere dokter bellen als de patiënt tegenover haar zit.

Een reistijd van 20 minuten voor iedereen in Nederland om met eigen vervoer een ziekenhuis te kunnen bereiken lijkt ons een goed uitgangspunt om aan de sociale behoefte te voldoen. Dit sluit ook goed aan bij de spoednorm voor bevallingen aangezien bij een spoedbevalling een reistijd naar het ziekenhuis van langer dan 20 minuten de kans op complicaties doet toenemen.⁶⁴

4.6 Wat is beter? Kleine versus grote ziekenhuizen

Eerder is al aangegeven dat schaalvoordelen bij fusies worden verondersteld. Er is inmiddels echter onzekerheid ontstaan over deze schaalvoordelen. Er is onzekerheid ontstaan over de meest geëigende schaalgrootte van ziekenhuizen in verband met doelmatigheid, efficiency, kwaliteit, bereikbaarheid, patiëntgerichtheid en de juiste menselijke maat.⁶⁵

Het aantal bedden in een ziekenhuis wordt steeds hoger.⁶⁶ Als het gaat om de optimale schaal voor een zorgorganisatie wordt in het onderzoek «Tussen servet en tafellaken» aangegeven dat deze niet zo duidelijk is te stellen maar dat wel geldt dat «schaalvergroting van zorgorganisaties alleen succesvol is als de zorg kleinschalig wordt aangeboden.»⁶⁷ Gekeken naar wat mensen zelf belangrijk vinden, blijkt dat online over de wat kleinere, lokale ziekenhuizen een stuk positiever wordt besproken dan over de grote medische centra (vanwege de menselijke maat en het persoonlijke contact).⁶⁸ Er is daarnaast nog weinig bekend over de consequenties van het verspreiden van verschillende basale deskundigheden over verschillende ziekenhuizen. Door fusies verdwijnen bepaalde specialismen uit een ziekenhuis(gebouw), bijvoorbeeld de cardiologie wordt niet in hetzelfde gebouw uitgeoefend als de gynaecologie. Expert opinion en ervaring van medisch specialisten geven wel reden tot zorg over de consequenties voor de kwaliteit van de zorg.

⁶⁴ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21138515 Zie ook: www.ntvg.nl/artikelen/provinciale-verschillen-perinatale-sterfte-en-reistijd-tot-ziekenhuis/volledig

⁶⁵ www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf

⁶⁶ www.skipr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html

⁶⁷ www.tilburguniversity.edu/upload/42ffd80b-2ef1-4b96-b09a-ce6277cadda1_Olthof.pdf

⁶⁸ www.marketingfacts.nl/berichten/online-reputaties-2017-kleine-ziekenhuizen-winnen-van-grote-medische-centra

Specifiek gekeken naar het aantal bedden concludeerden Stevens en Tulder (et al.) in 1995 dat een ziekenhuis met 200 tot 300 bedden het efficiëntst is.⁶⁹ Bart van Hulst en Jos Blank concludeerden in 2017 dat de optimale schaal voor ziekenhuizen ongeveer 320 bedden is. Aangezien een gemiddeld Nederlands ziekenhuis 450 bedden heeft en slechts een kwart minder dan 300 bedden, lijken er in ieder geval geen schaalvoordelen meer mogelijk.⁷⁰

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat gemeten aan de mortaliteit gerelateerd aan de ernst van de ziekte er geen significante verschillen zijn tussen grote en kleine ziekenhuizen. Dit betekent dat de ziekenhuizen goed in staat zijn de patiëntencategorie die zij aankunnen te selecteren. En kleine ziekenhuizen leveren dus geen slechtere kwaliteit van zorg voor de categorie patiënten die zij momenteel behandelen.⁷¹

Gekeken naar de financiële positie van ziekenhuizen, ligt het gemiddelde cijfer van de ziekenhuizen over 2016 op een 7,1 zo blijkt uit de BDO-Benchmark.⁷² Wel constateert BDO een dalende trend, als er gekeken wordt naar het rendement van alle algemene ziekenhuizen, van 2,7 procent in 2013 naar 1,2 procent in 2017. 14 ziekenhuizen staan er financieel niet zo best voor. En BDO constateert een explosieve groei van de zorgvraag terwijl in het Hoofdlijnenakkoord 2019–2022 een groei van 0 procent is afgesproken.⁷³ Het Hoofdlijnenakkoord lijkt een tikkende tijdbom voor een aantal ziekenhuizen. Over 2017 hadden tien algemene ziekenhuizen een negatief resultaat; het betrof twee kleine, drie middelgrote en vijf grote ziekenhuizen.⁷⁴ Ten slotte blijkt dat de zorgkosten het laagst zijn in ziekenhuizen die kleiner zijn dan de meeste Nederlandse ziekenhuizen.⁷⁵

5. Kapitaallasten ziekenhuizen

In 2008 werd het Bouwregime voor ziekenhuizen afgeschaft. In het Bouwregime werd het vastgoed van het ziekenhuis collectief geborgd als het Bouwcollege zijn goedkeuring aan de bouw of renovatie had gegeven. Sinds 2008 moeten de ziekenhuizen zelf financiering zoeken voor hun vastgoed. Een dramatisch voorbeeld is het Zuyderlandziekenhuis, een fusie tussen het Orbis ziekenhuis uit Sittard-Geleen en het Atrium Medisch Centrum Parkstad uit Heerlen.⁷⁶ Dit ziekenhuis torst een loden last vanwege de enorme kosten bij de nieuwbouw van het Orbis ziekenhuis. De nieuwbouwkosten werden bij dit megalomane ziekenhuis van de 21e eeuw met 150 miljoen overschreden.⁷⁷ Vanwege de enorme leningen van banken kon het ziekenhuis niet failliet gaan, maar betaalde Orbis aan rente wel de hoofdprijs. Het Zuyderland torst een schuld van 400 miljoen met zich. Over de langlopende leningen betaalt Zuyderland 5,7 procent rente. Mocht er zekerheid zijn over de inkomsten van het ziekenhuis, dan zou de rente omlaag kunnen naar 4 procent, zo stelt de financieel topman van het

⁶⁹ <https://esb.nu/esb/20006858/grootste-ziekenhuizen-zijn-niet-het-meest-produktief>

⁷⁰ <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid:fdecc9c0-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae?collection=research>

⁷¹ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600188

⁷² BDO-Benchmark, 2017.

⁷³ BDO Benchmark 2018. <https://perspectieven.bdo.nl/benchmark-ziekenhuizen-2018>

⁷⁴ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

⁷⁵ Van Hulst, B., & Blank, J. (2017), «Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen», in: Economisch-Statistische Berichten, 102(4749), 226–228. <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid%3Afdecc9c0-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae>

⁷⁶ www.limburger.nl/cnt/dmf20181214_00084449/wie-houdt-zuyderland-overeind

⁷⁷ Spoeddebat Orbis, 5 juni 2009. www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vi5o9f651zzw

ziekenhuis. En elke miljoen die je minder aan rente betaalt zijn 20 verpleegkundigen.⁷⁸

Het voorbeeld van Orbis laat zien hoe de privatisering van de kapitaal-lasten heeft uitgepakt. Orbis/Zuyderland trok kapitaal aan op een relatief ongunstig moment met een relatief hoge rentestand. Daarnaast vroegen de banken vanwege een onzekere toekomst extra opslagen op de rentes, waardoor de rentes hoger zijn dan onder het collectieve systeem van het Bouwregime het geval zou zijn. De kapitaallasten vormen een onderdeel van de dbc's/dot's. Een ziekenhuis dat minder omzet maakt dan geprogno-tiseerd komt direct in de problemen, omdat dan de kapitaallasten die aan de banken moeten worden betaald niet uit de dbc-omzet kunnen worden bekostigd. Om het Zuyderland overeind te houden heeft CZ haar tarieven voor het Zuyderland verhoogd. Maar als het ene ziekenhuis hogere tarieven krijgt, moet vanwege de budgetplafonds een ander ziekenhuis lagere tarieven krijgen.

Omdat hoge kapitaallasten een stuwende werking hebben om omzet te genereren, terwijl dit vanuit medisch oogpunt lang niet altijd wenselijk is, is het wenselijk om de financiering van de kapitaallasten uit de dbc-systematiek te halen. Het verdient de voorkeur dat ziekenhuisge-bouwen weer via een collectief geborgd gebouwenbudget worden gefinancierd.⁷⁹

Dit leidt tot lagere rentelasten op kapitaal voor ziekenhuizen omdat de lening collectief geborgd is. Ook neemt het risico op faillissementen en zinloze fusies van ziekenhuizen hierdoor af. En het maakt het invoeren van ongewenste winstuitkeringen, om privaat kapitaal aan te kunnen trekken, overbodig. Winst en zorg gaan niet samen, maar door het verbod op winstuitkering kunnen ziekenhuizen moeilijker kapitaal aantrekken. Ook daarom is een collectieve borging van de kapitaallasten wenselijk. Bij een collectieve borging immers kan kapitaal risicoloos worden aangetrokken. Om een systeem van collectieve borging weer in te voeren kan gebruik worden gemaakt van de expertise van het Waarborgfonds Zorg. Ook zou er een nieuw Bouwcollege opgericht moeten worden dat bouwplannen van ziekenhuizen gaat toetsen op medische en maatschappelijke behoefte en rationaliteit.

6. Specialisten

6.1 specialisten in loondienst

In Nederland tellen we ongeveer 21.000 medisch specialisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis en/of medisch-specialistische zorg leveren.⁸⁰ Ongeveer de helft werkt in loondienst. De vrij gevestigde specialisten worden vaker gevonden onder de oudere mannelijke generatie. De reden waarom vrij gevestigden sterk vasthouden aan het vrije ondernemerschap is vooral fiscaal of inkomen-gedreven. Het inkomen van vrij gevestigde specialisten ligt hoger dan van specialisten in loondienst.

⁷⁸ Roel Goffin, persoonlijke mededeling 3 mei 2019. Zie ook: <https://fd.nl/economie-politiek/1278560/ook-banken-moeten-meewerken-aan-betaalbare-zorg>

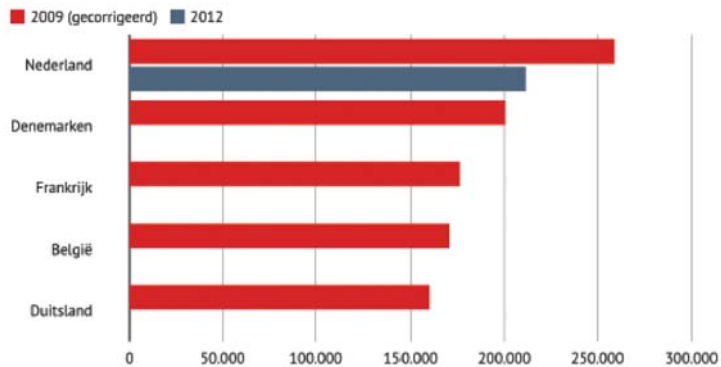
⁷⁹ Robert Kreis, «Vastgoedkosten horen niet in dbc's», in: Medisch Contact, 20 maart 2013. www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/vastgoedkosten-horen-niet-in-dbc.htm

⁸⁰ <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

Het CBS heeft het over een gemiddelde winst van de zelfstandig specialist van 195.000 euro in 2014.⁸¹ Follow the Money spreekt over de specialisten als de best verdienende specialisten van Europa.⁸²

Nederlandse specialisten verdienen het meest

Bruto inkomen vrijgevestigde specialisten, per persoon per jaar, in 2009 euros



Bron: Ministerie van VWS (p. 14) /

www.ftm.nl/artikelen/hebben-nederlandse-medisch-specialisten-de-hoogste-salarissen-van-europa?share=1

De specialisten in loondienst verdienen enkele tienduizenden euro's minder. SEO komt op een raming van 170.000 euro. Ook constateert het SEO dat in landen met relatief meer specialisten de inkomens lager zijn. In Denemarken en Duitsland zijn naar verhouding tweemaal zoveel medisch specialisten dan in Nederland.⁸³

De specialisten hebben zich fel verzet tegen het onderbrengen van de specialistensalarissen onder de Wet normering topinkomens, omdat dit een teruggang in inkomen zou betekenen. Voormalig Minister Schippers is daar helaas in meegegaan.⁸⁴ Er is geen goede maatschappelijk aanvaardbare reden te bedenken waarom een specialist meer zou moeten verdienen dan een ministersalaris. Het is zeer te verantwoorden dat ook specialisten onder de WNT komen te vallen en in loondienst gaan werken. Medisch specialisten worden immers betaald uit publiek opgebrachte zorggelden. Daarmee dient zorgvuldig te worden omgegaan. Bovendien kunnen, als de inkomens van specialisten worden gematigd, meer specialisten worden opgeleid voor het zelfde geld.

Als we kijken naar recente cijfers over het inkomen van vrij gevestigde specialisten, dan moeten we het doen met relatief oude cijfers. We kennen nu het Medisch Specialistisch Bedrijf (hierna: het MSB) waar de meeste specialisten die in een maatschap zaten in samenwerken. Het MSB is echter omgeven met mist. BDO constateert dat over 2017 minder dan de helft een jaarverslag heeft gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel.⁸⁵ BDO noemt een honorarium van vrij gevestigde specialisten van 295.000 euro over 2017, maar spreekt over weinig transparantie in de belonings-

⁸¹ <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82005NED>

⁸² www.ftm.nl/artikelen/hebben-nederlandse-medisch-specialisten-de-hoogste-salarissen-van-europa?share=1

⁸³ www.seo.nl/pagina/article/remuneration-of-medical-specialists/

⁸⁴ www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/wnt-norm-voor-medisch-specialist-juridisch-onhoudbaar.htm

⁸⁵ www.bdo.nl/nl-nl/nieuws/bdo-medisch-specialistische-bedrijven-niet-toekomstbestendig-db-msb

structuur.⁸⁶ In ieder geval fors hogere cijfers dan het CBS en FTM eerder aangaven.

Er zijn ideeën waarbij de specialisten eigenaren zouden moeten worden van ziekenhuizen of met aandelen daarin participeren. Denk aan de ontwikkelingen bij ziekenhuis Bernhoven. Daarbij wordt uitgegaan van het mogelijk maken van winstuitkering van ziekenhuizen. Hiervoor ontbreekt maatschappelijk draagvlak. Geld voor zorg moet naar zorg. Ook is het onwenselijk dat financiële belangen van specialisten een rol spelen bij het bieden van ziekenhuiszorg. Perverse financiële prikkels zouden immers kunnen leiden tot het leveren van onnodige zorg dan wel tot aantasting van de kwaliteit van de zorg doordat men de zorg zo goedkoop mogelijk wil aanbieden. Ook economen wijzen op het risico van het vrije ondernemerschap bij specialisten. Deze specialisten zijn gebaat bij het doen van meer verrichtingen terwijl zij zelf in hoge mate het aantal verrichtingen bepalen.⁸⁷ Dit risico lijkt zich ook daadwerkelijk voor te doen. Vrij gevestigde specialisten maken meer omzet en commerciële ziekenhuizen voeren meer activiteiten uit.⁸⁸

Aan de andere kant is wel groot draagvlak om specialisten in loondienst te laten werken voor een maatschappelijk aanvaardbaar salaris. De uitzonderingspositie in het publieke domein die een aantal specialisten opeist, is niet goed te motiveren. Als we het ziekenhuis vervangen door een onderwijsinstelling of een politiebureau, dan wordt het duidelijk. Er zijn niet veel mensen die het een goede zaak vinden als onderwijs- en politie-instellingen eigendom van leraren of politieagenten zouden worden en diensten met winstoogmerk gaan leveren. Het vrije ondernemerschap in de zorg is dan ook een achterhaald idee dat nog stamt uit de tijd dat specialisten praktijk aan huis hielden, voordat ze in het ziekenhuis gingen werken.

Het MSB is een niet-toekomstbestendig vluchtheuvel-compromis van voormalig Minister Schippers. Het loondienstmodel scheidt duidelijkheid. Specialisten worden dan betaald conform CAO-afspraken. Zij kunnen zich dan ook volledig op het leveren van de beste zorg richten.

Casus IJsselmeerziekenhuizen:

De ontwikkelingen na het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen vertonen een versplintering van de medisch-specialistische zorg in Lelystad.⁸⁹ St Jansdal heeft een aantal specialisten niet overgenomen na het faillissement en deze zijn nu voor zichzelf begonnen. Een oorzaak hiervoor is gelegen in het feit dat de specialisten van het St Jansdal collega's van de IJsselmeerziekenhuizen niet als collega's wilden.⁹⁰ Individuele belangen frustreren hierbij het algemeen maatschappelijk belang. Dit leidt tot chaos en verdere versplintering van de medisch-specialistische zorg. Ook betekent dit een financiële aderlating voor het St Jansdal dat moeilijker een volwaardig ziekenhuis van de grond kan krijgen door deze ontwikkelingen. Voor de continuïteit van de zorg in Lelystad en Oost-Flevoland zou het beter zijn als de specialisten allemaal in loondienst waren gaan werken in het ziekenhuis in Lelystad. Door het vrije ondernemerschap nemen de mogelijkheden voor gewenste maatschappelijke sturing van de medisch-specialistische zorg af, omdat daarbij financiële

⁸⁶ www.bdo.nl/nl-nl/nieuws/2018/benchmark-ziekenhuizen-bdo-2018-zorginfarct-dreigt

⁸⁷ www.nrc.nl/nieuws/2013/01/21/nrc-enquete-onder-economen-medisch-specialisten-beter-in-loondienst-a1437979

⁸⁸ www.rolandberger.com/nl/Point-of-View/Loondienst-vs.-vrijgevestigd.html

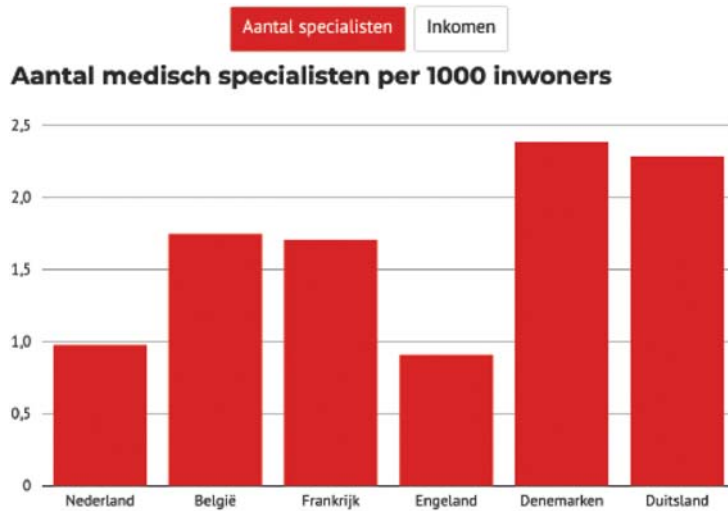
⁸⁹ Omroep Flevoland, 9 maart 2019: www.omroepflevoland.nl/nieuws/168939/nieuwe-praktijk-kost-st-jansdal-duizenden-patienten

⁹⁰ www.harderwijksezaken.nl/nieuws/specialisten-st-jansdal-willen-niet-meewerken-aan-overname-collega-s

overwegingen een bepalende rol spelen naast de puur medisch-inhoudelijke zaken.

6.2 Meer specialisten opleiden

Het opleiden van meer specialisten is wenselijk om de continuïteit en kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen te kunnen garanderen en wachtlijsten te voorkomen. Daarnaast zien we een maatschappelijke ontwikkeling waarbij werken in deeltijd ook voor specialisten normaler wordt. Ook voor het op een aanvaardbaar niveau houden van de dienstenbelasting zijn meer specialisten wenselijk. Denk hierbij met name ook aan de kleinere ziekenhuizen. Ten slotte zijn meer specialisten nodig als ze ook buiten het ziekenhuis in samenwerking met huisartsen zorg gaan aanbieden. In Nederland zijn, in vergelijking met landen als België en Duitsland, naar verhouding weinig specialisten.



Bron: SEO economisch onderzoek / www.ftm.nl/artikelen/meer-artsen-opleiden-lagere-zorgkosten?share=1

7. Alternatief: het ziekenhuis dichtbij voor iedereen

Het aantal ziekenhuizen in Nederland neemt al decennia lang af en de ziekenhuizen worden (daardoor) steeds groter. Tot nu toe werden fusies zonder veel discussie goedgekeurd, de laatste jaren komt er echter meer kritiek vanuit verschillende hoeken.

Bij de laatste en grootste Nederlandse ziekenhuisfusie, tussen het Academisch Medisch Centrum en het VU Medisch centrum in Amsterdam, werd al iets breder gekeken dan puur de 45-minutennorm en werd er gewaarschuwd voor de mogelijke gevolgen. De belangrijkste toezichthouder in de zorg waarschuwde voor de omvang van de gecombineerde zorginstelling. «Het fusieziekenhuis heeft het karakter van een instelling die «too big to fail» kan zijn,» schreef de NZa. Niet zozeer vanwege de financiële consequenties voor de samenleving, maar vanwege de mensenlevens die er op het spel staan als het misgaat. Tevens vroeg de NZa zich af of het ziekenhuis straks nog wel goed bestuurbaar zou zijn.⁹¹ Ook bijvoorbeeld een directeur van een zorgverzekeraar heeft aangegeven risico's te zien. Volgens hem is het feit dat steeds meer ziekenhuizen fuseren niet alleen slecht voor de concurrentie maar treedt er ook misbruik van marktpositie op. Volgens deze directeur

⁹¹ <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>

worden de steeds grotere ziekenhuizen te machtig.⁹² Al deze twijfels en kritiek ten spijt is de fusie tussen het Academisch Medisch Centrum en het VU Medisch Centrum inmiddels een feit als bestuurlijke fusie.

Maar bij ieder bericht over (afdelingen van) ziekenhuizen die ('s nachts) worden gesloten komt er ophef uit de bevolking in de omgeving.⁹³ Zoals hierboven aangetoond zijn juist de bereikbaarheid en kleinschaligheid aspecten die men belangrijk vindt als het gaat om ziekenhuiszorg. De 45-minutennorm voldoet niet aan dit sociale criterium, aangezien deze norm het mogelijk maakte dat door de bevolking geliefde ziekenhuizen werden ontmanteld en afdelingen gesloten. Daarnaast is er wetenschappelijk bewijs dat de 45-minutennorm te ruim is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Bovendien houdt het geen rekening met de menselijke maat, zoals hierboven beschreven.

De heer Baks (partner BMC Advies en Management) beargumenteerde al in 2013 dat de 45-minutennorm niet meer van de tijd is. Hij geeft aan dat de grenzen van 15,5 en 25 minuten de huidige werkelijkheid niet goed weergeven. Zo kost zorg ter plaatse vaak veel meer tijd en is het transport naar een ziekenhuis vaak korter. Tevens zijn er veranderingen op allerlei gebieden die de samenleving hebben veranderd. Bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, transport, infrastructuur, medisch-inhoudelijke ontwikkelingen en inzichten, internet, telecom, zorg op afstand, en toename/afname van specifieke spoedeisende verrichtingen.⁹⁴

De 45-minutennorm is dus inmiddels zo'n 50 jaar oud, kent geen medische onderbouwing, gaat voorbij aan andere ook belangrijke factoren, en de zorg en samenleving zijn in de tussentijd sterk veranderd. Daarmee is de 45-minutennorm niet de beste graadmeter. En dit terwijl «het uitgangspunt voor de bereikbaarheid van acute zorg de bereikbaarheidsnorm is»⁹⁵, de norm waarmee ook het RIVM de bereikbaarheidsanalyse uitvoert.⁹⁶ Tot eind 2018 bestond er geen voornemen van het ministerie om deze norm te evalueren of te herzien.⁹⁷ In het debat over de ziekenhuiszorg met de commissie VWS op 21 november 2018 deed de Minister van Medische Zaken en Sport eindelijk de toezegging nog eens naar die norm te gaan kijken.⁹⁸ Het is dus niet voldoende om de spreiding van ziekenhuizen in Nederland met name op te hangen aan de 45-minutennorm. En als naar de ons omringende landen wordt gekeken is een verdere afname van ziekenhuizen ook niet logisch; Nederland heeft in die vergelijking immers al veel minder ziekenhuizen en ziekenhuisbedden per miljoen inwoners.

7.1 Alternatief

Door de fusiegolf en daarbij het enkel hanteren van de 45-minutennorm als criterium zijn er nu bijvoorbeeld steden van 80.000–90.000 inwoners (bijvoorbeeld Oss nu al en straks bijvoorbeeld Hengelo) waar geen ziekenhuis meer is. De fusiegolf heeft ertoe geleid dat vele volwaardige

⁹² www.bnr.nl/programmas/zakendoen/10339015/fusies-ziekenhuizen-zorgen-voor-misbruik-marktpositie

⁹³ www.nhnieuws.nl/media/53491/10-000-mensen-in-protest-tegen-sluiting-ziekenhuis-Tergooi-Blaricum Zie ook: www.ad.nl/alphen/ruim-3-300-krabbels-tegen-nachtsluiting-hap-bij-alrijne-ziekenhuis~acb520f3/ en ook: www.dvhn.nl/drenthe/Protest-tegen-sluiting-verlokskunde-Bethesda-%E2%80%98Dit-pikken-we-niet%E2%80%99-23186111.html

⁹⁴ www.skipr.nl/blogs/id1614-de-45-minutengrens-is-niet-meer-van-deze-tijd..html

⁹⁵ www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vichf2s3htyu

⁹⁶ www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/minder-mensen-op-tijd-op-spoedeisende-hulp.htm

⁹⁷ <http://parlisweb/parlis/e1935b2c-77e6-4509-9990-a5ca27760057.pdf>

⁹⁸ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31016-183>

ziekenhuizen verdwenen. En de dreiging van het verdwijnen van meer ziekenhuizen is zeer actueel. Denk alleen maar aan de situatie met betrekking tot de ziekenhuizen in Stadskanaal en Hoogeveen, de faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen, en de dreigende sluiting van het Bronovo ziekenhuis.

Op dit moment zijn er zoveel ziekenhuizen verdwenen dat het gevoel van onbehagen, net als rond de jaren 2000, weer aan het toenemen is. Naast het verdwijnen van het ziekenhuis in de buurt ervaren de mensen geen zeggenschap meer. De zeggenschap is uit de handen van de bevolking verdwenen en overgegaan in de handen van de instellingen en de zorgverzekeraars.

Dit kan zo niet langer. Daarom stelt de indiener voor dat we stoppen met het sluiten van ziekenhuizen. Ook stoppen we met het sluiten van ziekenhuisafdelingen die van wezenlijk belang zijn voor het behoud van het ziekenhuis in de buurt waarbij 7 maal 24 uur in de week het licht brandt.

Wat moet worden verstaan onder een basisziekenhuis? We volgen hierbij de definitie zoals deze is vormgegeven door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).⁹⁹ Een basisziekenhuis legt zich, volgens het CBZ, toe op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg.

In een dergelijk ziekenhuis:

- zijn alle poortspecialismen en de onmisbare ondersteunende specialismen vertegenwoordigd;
- is een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten aanwezig;
- wordt klinische verpleging en dagverpleging geboden;
- kan 24-uurs spoedeisende zorg geboden worden;
- zijn faciliteiten aanwezig voor de opvang en (kortdurende) behandeling van kritiek-zieke patiënten inclusief mogelijkheden tot ademhalingsondersteuning en voldoende logistiek om desgewenst kritiek-zieke patiënten per speciaal vervoer over te plaatsen naar ziekenhuizen met een IC;
- kan poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling worden geboden.

Een dergelijk ziekenhuis kenmerkt zich door het bieden van ten minste de spoedeisende tweedelijnszorg in volle omvang alsmede van de «dagelijkse tweedelijnszorg». Een dergelijk basisziekenhuis kan voldoen aan 80 tot 85 procent van de vraag naar zowel acute/urgente als complexe chronische zorg en is – in de woorden van het CBZ – de ruggengraat op het zorgcontinuüm voor medisch-specialistische ziekenhuiszorg.

Met een basisziekenhuis wordt een ziekenhuis bedoeld met een beddenaantal tussen de 150 en 300 bedden. In navolging van de definitie van het CBZ moet een basisziekenhuis beschikken over interne geneeskunde, algemene heelkunde, cardiologie, kindergeneeskunde, orthopedie, urologie, verloskunde en gynaecologie, oogheelkunde, keel-, neus- en oorheelkunde, dermatologie, urologie, longziekten, anesthesiologie en radiodiagnostiek. Dan zijn we er nog niet want hieraan moet worden toegevoegd een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten alsmede klinische verpleging en dagverpleging, een afdeling voor de opvang van acute patiënten overdag, naast 24-uurs mogelijkheden voor spoedeisende zorg in het ziekenhuis met mogelijkheden voor

⁹⁹ Notitie over het bereikbare ziekenhuis, 20 november 2002:
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27295-35.html>

de (initiële) behandeling van kritiek-zieke patiënten, inclusief ademhalingsondersteuning en hart- en circulatie-monitoring, poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling. De opvang en behandeling van (acute) kritiek-zieke patiënten vindt plaats op een daarvoor ingerichte locatie in het ziekenhuis die bijvoorbeeld tevens dienstdoet als PACU (post anaesthesia care unit) of recovery met adequaat opgeleid personeel. Een dergelijk basisziekenhuis kan worden gerealiseerd bij een adherentiegebied van ten minste 72.500 inwoners.¹⁰⁰

8. Financiële paragraaf

Als al deze maatregelen worden overgenomen zullen de financiële consequenties beperkt zijn. Weliswaar zullen meer ziekenhuislocaties volwaardige basisziekenhuiszorg aanbieden, waardoor de kosten voor bereikbaarheidsfuncties enigszins zullen toenemen. Aan de andere kant leiden kleinere ziekenhuizen tot efficiencywinst door minder bureaucratie en kortere lijnen. In de kern gaat het vooral om een verschuiving van de ziekenhuiszorg naar de kleinere ziekenhuizen. Faillissementen van ziekenhuizen met hun enorme verspilling van financieel en maatschappelijk kapitaal zullen tot het verleden behoren.

De grote winnaars zijn de patiënten die enerzijds de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg zien toenemen en anderzijds minder aan reistijd en reiskosten kwijt zijn. Ook zal de keuzevrijheid voor patiënten toenemen.

Ook zullen, doordat de capaciteit van de ziekenhuiszorg toeneemt, wachtlijsten afnemen en zal de kwaliteit van de zorg verbeteren. Op macroniveau leiden kortere wachtlijsten ook tot minder ziekteverzuim en een verbetering van de arbeidsproductiviteit in onze samenleving.

9. Beslispunten

Om kleinschalige en bereikbare regionale ziekenhuizen te behouden wordt de Kamer gevraagd in te stemmen de regering te verzoeken het volgende te bevorderen:

1. Voer een leefbaarheidsnorm/bereikbaarheidsnorm van 20 minuten in.

Met eigen vervoer (auto) moet de individuele patiënt een ziekenhuis kunnen bereiken binnen 20 minuten. Wordt door sluiting de 20-minutennorm overschreden, dan mag een ziekenhuis niet worden gesloten en kan het eveneens niet deelnemen aan een fusie.

2. Hanteer op basis van wetenschappelijke argumenten een bereikbaarheidsnorm van 20 minuten voor acute klinische verloskunde.

Bij aanrijtijden langer dan 20 minuten voor een barende in nood neemt de kans op complicaties en overlijden bij het kind toe. Dit betekent dat een aantal ziekenhuizen weer klinische verloskunde zal moeten aanbieden.

3. Voer een efficiëntienorm in.

Uitgaande van een efficiëntienorm van 200–300 bedden is schaalvergroting voor ziekenhuizen niet meer nodig. Eerder ligt schaalverkleining voor de hand. Een fusie is niet aan de orde als dit leidt tot een ziekenhuis met meer dan 300 bedden.

¹⁰⁰ www.basisziekenhuismoet.nl/verslagen/verslag_20060228.html

4. Leidt meer personeel op.

Om verdere schaalvergroting tegen te gaan en continuïteit en kwaliteit te kunnen garanderen zal meer personeel moeten worden opgeleid, zowel artsen als verpleegkundigen, maar zeker ook personeel voor de meer specialistische zorgberoepen. Te meer omdat het werken in deeltijd ook in de ziekenhuiszorg in toenemende mate voorkomt.

5. Voer een Medium Care (of daarmee vergelijkbare) toeslag in voor de regionale ziekenhuizen voor de opvang van kritiek-zieke patiënten buiten de IC.

Er komt een toeslag voor de regionale ziekenhuizen zodat de 24-uursopvang en behandeling van kritiek-zieke patiënten en klinische verloskunde behouden blijven. Daarbij wordt in eerste instantie gedacht aan uitbreiding van capaciteit van de PACU (Post Anesthesia Care Unit), recovery of medium care. Een toeslag biedt ziekenhuizen de mogelijkheid maatregelen te treffen waardoor het beter mogelijk wordt om patiënten te behandelen waarbij slechts sporadisch intensive care-behandeling nodig is. Zij kunnen bijvoorbeeld met de extra middelen de formatie uitbreiden en daarop gerichte samenwerkingsverbanden financieren.

6. Verplicht ziekenhuizen tot samenwerking.

Ziekenhuizen worden verplicht tot onderlinge samenwerking. Daarbij krijgen de academische en topklinische STZ-ziekenhuizen de plicht om mee te werken aan het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van zorg in de regionale ziekenhuizen. Immers, niet concurrentie maar juist samenwerking kan de zorg beter maken in de hele sector. De patiënt is gebaat bij een stevig netwerk van grote en kleinere ziekenhuizen die goed samenwerken.

7. Democratiseer de aansturing van het ziekenhuis.

Bij belangrijke beslissingen omtrent bijvoorbeeld fusies, verbouwingen, verhuizingen van locaties en afdelingen en sluitingen van afdelingen krijgt de gemeente instemmingsrecht. In de Raad van Toezicht van het ziekenhuis komt daarom een vertegenwoordiger namens de gemeenten in het adherentiegebied met vetorecht. Daarnaast krijgt de lokale gemeenschap, die afhankelijk is van de zorg en betaalt voor het ziekenhuis, zeggenschap en inspraak in plaats van private personen of instellingen zoals nu het geval is.

Personeel en patiëntenraden moeten instemmingsrecht krijgen op fusies, verbouwingen, verhuizingen en sluitingen van voorzieningen.

8. Laat specialisten werken in loondienst en laat ze vallen onder de Wet normeringtopinkomens.

Specialisten worden betaald met publiek geld; een inkomen niet hoger dan dat van een Minister ligt daarmee voor de hand. Als artsen in loondienst gaan werken is een betere planning van kleinschalige ziekenhuiszorg mogelijk. Als de specialisteninkomens worden genormaliseerd kunnen meer artsen voor het zelfde geld aan de slag.

9. Deprivatiseer het vastgoed. Garandeer het voortbestaan van een ziekenhuis door een systeem van collectieve borging.

Als het vastgoed van een ziekenhuis valt onder een collectief waarborgsysteem, is dat tevens een erkenning van het bestaansrecht van het ziekenhuis en zijn faillissementen niet meer aan de orde.

Van Gerven

Gefuseerde ziekenhuizen	Ziekenhuisorganisatie	Soort fusie	Datum fusie
Refaja Ziekenhuis en Scheper-Bethesda Ziekenhuis (Leveste)	Treant Ziekenhuiszorg	Juridische fusie	2015
Gemini Ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar	Noordwest Ziekenhuisgroep	Juridische fusie	2015
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Juridische fusie	2015
Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Ziekenhuis	Alrijne Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Medisch Centrum Haaglanden en Stichting Bronovo-Nebo	MCH (Medisch Centrum Haaglanden)	Juridische fusie	2015
Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis	Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep	Juridische fusie	2015
Franciscus Ziekenhuis en Lievensberg Ziekenhuis	Stichting Bravis Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Atrium MC Parkstad en Orbis Medisch en Zorgcentrum	Zuyderland Medisch Centrum	Juridische fusie	2015
Kennemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Gasthuis	Juridische fusie	2015
TweeSteden ziekenhuis en Elisabeth ziekenhuis	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ETZ	Juridische fusie	2015
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis met St. Antonius Ziekenhuis	Stichting St. Antonius Ziekenhuis	Juridische fusie	2016
Isala Klinieken en Isala Diaconessenhuis	Isala	Juridische fusie	2017
Waterlandziekenhuis en Westfriesgasthuis		Juridische fusie	2017
Isala Klinieken en Zorgcombinatie Noorderboog	Isala	Bestuurlijke fusie	2015
Koningin Beatrix Streekziekenhuis en Slingeland ziekenhuis		Bestuurlijke fusie	2017
VieCuri en Laurentius Ziekenhuis		Coöperatie	2016
De Sionsberg door ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland	Sionsberg (polikliniek)	Overname	2015
Lanoeland ziekenhuis door Reinier Haa Groep	Reinier Haa Groep	Overname	2015
Ommelander Ziekenhuis door het Universitair Medisch Centrum Groningen	Ommelander Ziekenhuis Groningen b.v.	Overname	2015
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis door Erasmus MC	ADRZ BV, zelfstandig ziekenhuis binnen de holding van het Erasmus MC	Overname	2017
Fusie in voorbereiding	Ziekenhuisorganisatie	Soort fusie	Stand van zaken
Academisch Medisch Centrum en VU medisch centrum		Bestuurlijke fusie	2017 NZa is er niet van overtuigd dat de publieke belangen met de fusie zijn gediend; goedkeuring ACM
St. Anna Zorggroep en Catharina Ziekenhuis		Bestuurlijke fusie	2017 goedkeuring NZa; ter goedkeuring naar ACM
Stichting Maasstad Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen neurologie en geriatrie		Overname	2017 goedkeuring NZa
Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen urologie, KNO, longziekten en cardiologie		Overname	2017 goedkeuring NZa en ACM
Stichting IJsselland Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen gynaecologie, heelkunde, orthopedie, neurochirurgie, interne geneeskunde en reumatologie		Overname	2017 goedkeuring NZa en ACM
Erasmus MC en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen dermatologie, kindergeneeskunde, pijngeneeskunde en tropen- en infectieziekten		Overname	

Bron: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-fusies-tussen-ziekenhuizen