

Vergaderjaar 1995–1996

24 400 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1996

Nr. 94

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 12 juli 1996

Wat is een «klein ziekenhuis»? Twintig jaar geleden waren ziekenhuizen met 75 bedden geen uitzondering. Vandaag bestaan dergelijke ziekenhuizen niet meer. Toch bestaan er – natuurlijk – nog steeds kleinere ziekenhuizen. Zij leveren in het totale aanbod van zorg een belangrijk aandeel. Daarbij worden zij geconfronteerd met specifieke kansen en bedreigingen.

In mijn brief van 24 maart 1995 (ZZT/Z 951167), naar aanleiding van het rapport «kleine ziekenhuizen» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, heb ik aangekondigd mij door middel van locatiebezoeken nader te laten informeren over het functioneren van kleinere ziekenhuizen. De bezoeken hebben inmiddels plaatsgevonden. In deze brief wil ik u op de hoogte stellen van de voornaamste bevindingen uit de bezoekronde. Voorts zal ik u mijn standpunt ten aanzien van de kleinere ziekenhuizen kenbaar maken.

Allereerst blik ik kort terug naar de aanleiding tot de ronde langs de betrokken ziekenhuizen. Daarna ga ik in op de opzet en uitvoering van de bezoeken. Dan volgen de bevindingen en tenslotte het standpunt.

Een korte terugblik

In zijn nota «Positionering ziekenhuiszorg» (ZZT/Z 923933), opgesteld naar aanleiding van de schaalvergrotingstendens in de ziekenhuissector, is de voormalige Staatssecretaris van Volksgezondheid in relatie met de plaatsbepaling van grote ziekenhuizen ook ingegaan op de positie van de kleinere ziekenhuizen. Naast een pleidooi voor meer netwerkvorming tussen ziekenhuizen werd vanuit zorginhoudelijke en doelmatigheids-overwegingen een onder- en bovengrens aangegeven voor de omvang van de algemene ziekenhuizen. Voor een zelfstandig functionerend ziekenhuis werd een minimum-aantal van 200 à 250 bedden en 20 full-time specialistische functie-eenheden noodzakelijk geacht. Bij een geringer aantal bedden en functie-eenheden werden risico's op onder-

delen als continuïteit en kwaliteit van zorg voorzien. Ziekenhuizen onder deze grens worden in deze brief aangeduid als de kleinere ziekenhuizen.

Vanuit het uitgangspunt dat ziekenhuiszorg optimaal kan worden aangeboden in ziekenhuizen van middelgrote en iets grotere omvang (tot ongeveer 500 bedden, zoals aangegeven in de Richtlijnen ex artikel 3 Wet ziekenhuisvoorzieningen) werden vraagtekens geplaatst bij het bestaansrecht van kleinere ziekenhuizen. Er was echter behoefte om de positie van deze ziekenhuizen nader te onderzoeken. Vooralsnog werd ervan uitgegaan dat de zorgverlening in kleinere ziekenhuizen langs de weg van structurele samenwerking met grotere ziekenhuizen en beperking van het zorgpakket tot de basale ziekenhuiszorg zou kunnen worden versterkt. Bij besluitvorming ten aanzien van kleinere ziekenhuizen heb ik tot nu toe steeds op basis van deze uitgangspunten gehandeld.

Om meer duidelijkheid omtrent de positie van kleinere ziekenhuizen te verkrijgen heeft de voormalig Staatssecretaris de, toen nog, Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid gevraagd hem, vanuit haar specifieke verantwoordelijkheid als toezichhoudende instantie op de kwaliteit van zorg, hierover te adviseren. Het betreffende Inspectieadvies «Kleine ziekenhuizen» is in 1994 gereed gekomen. In dit advies concludeert de Inspectie op basis van een analyse van de inspectiebevindingen uit de voorafgaande jaren dat kleinere ziekenhuizen, met name in de meer rurale gebieden van het land, een belangrijke functie in de gezondheidszorg vervullen. Dit neemt echter niet weg dat de Inspectie van mening is dat de geneeskundige en verpleegkundige zorgverlening gedurende 7 maal 24 uur in kleinere ziekenhuizen aanzienlijke risico's kan opleveren, wanneer niet aan een aantal strikte voorwaarden wordt voldaan. Volgens de Inspectie kan alleen een individuele beoordeling van de mate waarin een kleiner ziekenhuis deze noodzakelijke voorwaarden concretiseert en invult, tot de conclusie leiden dat een kleiner ziekenhuis al dan niet in zijn voortbestaan wordt bedreigd. Een algemene uitspraak over de levensvatbaarheid van kleinere ziekenhuizen acht de Inspectie niet mogelijk en tevens onwenselijk.

De Inspectie sluit haar advies af met een aantal aanbevelingen die nadere garanties moeten bieden voor structurele inbedding van kleinere ziekenhuizen in samenwerkingsverbanden met grotere ziekenhuizen en beperking van het zorgpakket tot de «dagelijkse ziekenhuiszorg».

In mijn brief van 24 maart heb ik geconcludeerd dat de analyse en de aanbevelingen van de Inspectie een bevestiging, alsmede een nadere onderbouwing inhouden van het tot nu toe gevoerde beleid. Voor besluitvorming over aanvullende maatregelen naar aanleiding van het advies achtte ik het echter nog te vroeg. Om een completer inzicht in het functioneren van de kleine ziekenhuizen te verkrijgen heb ik derhalve besloten tot het laten uitvoeren van de locatiebezoeken door mijn ambtenaren. Daarbij heb ik aangegeven vooral geïnteresseerd te zijn in de positie van de ziekenhuizen in het licht van het inspectie-advies en het reeds ingezette beleid, zoals geformuleerd in de Nota positionering ziekenhuiszorg. Ik heb daarbij vooropgesteld dat de structurering van de zorg in macro-perspectief, gericht op taakverdeling, samenwerking, netwerkvorming en andere organisatorische aspecten, uitgangspunt van de ronde zal zijn. Oordeelsvorming over de kwaliteit van zorg is het primaat van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Met de bevindingen uit de ronde beoog ik tot een anticiperend en toegespitst beleid ten aanzien van de kleinere ziekenhuizen te komen. Daarbij verwacht ik, dat tevens de kans op plotselinge incidenten en financiële problemen wordt gereduceerd.

Opzet en uitvoering van de locatiebezoeken

Wat nog wel en wat niet meer een klein ziekenhuis is, is niet eenvoudig af te bakenen. Klein is immers altijd een kwestie van relativiteit. Om praktische redenen heb ik derhalve gekozen om die ziekenhuizen te laten bezoeken die 250 of minder bedden en 25 of minder full-time eenheden (FTE) aan poortspecialistenplaatsen in de erkenning hadden. (Hierbij werd nog uitgegaan van de situatie onder de systematiek van de nadere detaillering van de erkenningen, die op 31 december 1995 is afgeschaft. In deze systematiek werden zowel het aantal bedden, als het aantal specialistische functie-eenheden in de erkenning vastgelegd.) Teneinde ook de kleinere ziekenhuizen in het onderzoek te betrekken die in omvang de aangegeven ondergrenzen benaderen, heb ik het criterium van het aantal specialistische functie-eenheden derhalve iets ruimer gesteld. In totaal voldeden 18 ziekenhuizen aan de aangegeven criteria. Hiertoe behoorden ook alle ziekenhuizen die door de Inspectie in haar onderzoek waren betrokken.

In de periode van oktober tot en met november 1995 zijn deze ziekenhuizen door een aantal medewerkers van mijn departement bezocht. Tijdens het bezoek vond een gedachtenwisseling plaats tussen de betreffende medewerkers en een afvaardiging van het ziekenhuismanagement en de medische staf.

Er werd daarnaast veel ruimte geboden voor een eigen invulling van het bezoek door het ziekenhuis. Een rondleiding door het ziekenhuis maakte bijna altijd deel uit van het bezoek. Soms werden aan deze rondleidingen aanvullende presentaties op afdelingsniveau verbonden.

Van mijn medewerkers heb ik begrepen dat zij met veel waardering op de ronde terugkijken. Met name had dit te maken met het feit dat de ziekenhuizen de bezoeken over het algemeen zeer op prijs stelden en uitstekend hadden voorbereid. De gesprekken hadden daardoor een hoog informatiegehalte en zijn bovendien steeds in een goede sfeer verlopen.

Na afloop van de ronde zijn de bevindingen van ieder bezoek met het betreffende ziekenhuis nabesproken. Mogelijke implicaties hiervan voor het ziekenhuis naar de toekomst toe zijn hierbij eveneens aan de orde geweest. In mijn beleidsstandpunt, verderop in deze brief, kom ik hierop nog terug.

De bevindingen

Aan de hand van een aantal thema's zal ik hieronder ingaan op de bevindingen uit de ronde.

– Uitstraling

Een aantal ziekenhuizen maakt een zeer dynamische en proactieve indruk. In deze ziekenhuizen werd een expliciete visie op de rol en de functie van het ziekenhuis in het zorgaanbod aangetroffen, die is vertaald in een gericht beleid om deze rol ook waar te maken. De blik is naar buiten gericht: ontwikkelingen in de omgeving van het ziekenhuis ziet men als kansen voor nieuwe mogelijkheden. Opvallend is dat in deze gevallen alle geledingen van het ziekenhuis van de koers van het ziekenhuis zijn doordrongen en zich bereid tonen hieraan enthousiast mee te werken. De directie lijkt hierbij een belangrijke stimulerende rol te spelen. Alhoewel veel van de ziekenhuizen zich – in een verschillend tempo – in deze richting lijken te ontwikkelen werden ook ziekenhuizen aangetroffen waarin van deze dynamiek niet veel te merken viel. De rol en functie van het eigen ziekenhuis zijn in deze gevallen niet concreet gedefinieerd en men maakt de indruk vooral defensief te reageren ten aanzien van de ontwikkelingen die op het ziekenhuis af komen. Bij voorkomende knelpunten wordt de overheid vaak als schuldige aangewezen. De wet- en

regelgeving zou de – met name financiële – bewegingsruimte van de kleinere ziekenhuizen teveel inperken. Daarmee wordt tevens van de overheid verwacht dat zij oplossingen aandraagt voor de gerezen knelpunten, bijvoorbeeld in de vorm van geld, functie-eenheden of afdwingen van samenwerking.

– Structurering van beleidsprocessen

Met name in de dynamische en proactieve ziekenhuizen lijken de beleidsprocessen duidelijk te zijn gestructureerd en vastgelegd in documenten. Men beschikt in ieder geval over een beleidsplan. Dit is vaak geoperationaliseerd door middel van jaarplannen. Ook wordt op een enkele plaats op basis van te realiseren productie gestuurd. De kwaliteitsbewaking, bijvoorbeeld op het gebied van de afdeling spoedeisende hulp en de intensive-care, blijkt vaak geregeld te zijn door middel van protocollen, geformaliseerde afspraken en structurele overlegvormen met geledingen zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Aan de andere kant zijn er ook ziekenhuizen die een dergelijke structurering en formalisering van beleidsprocessen juist afwijzen omdat zij ongewenste bureaucratisering willen voorkomen. Men is van mening dat de korte communicatielijnen de afstemming in het ziekenhuis voldoende garanderen. Ook de zin van protocollen wordt niet altijd ingezien.

– Medische staf

Tijdens de ronde bleek dat de «grote» specialismen, zoals inwendige geneeskunde en chirurgie, in bijna alle gevallen tenminste dubbel zijn bezet, zodat de continuïteit van zorg wat deze specialismen betreft voldoende gegarandeerd lijkt te zijn. De «kleinere», enkelvoudig bezette specialismen regelen hun waarneming meestal binnenshuis met een ander, gerelateerd, specialisme. Daarnaast komt het regelmatig voor dat de waarneming binnen een brugmaatschap met één of meerdere ziekenhuizen is geregeld.

In een aantal ziekenhuizen lijkt er een goede wisselwerking tussen medische staf en management te bestaan. Vooral het stimulerend optreden van het management in deze ziekenhuizen blijkt het vertrouwen van de medische staf te winnen. Daarnaast is door vertegenwoordigers van medische staven meerdere keren aangegeven dat de staf zich mede verantwoordelijk acht voor de koers die door het ziekenhuis wordt gevaren, aangezien men bij het uitzetten hiervan nauw betrokken is geweest.

In andere ziekenhuizen is van een dergelijke wisselwerking nog nauwelijks iets te merken.

Sommige ziekenhuizen meldden moeite te hebben met de vervulling van vacatures voor specialisten. Het grootste probleem betreft de werving van kinderartsen. Daardoor dreigt soms ook de functie gynaecologie in gevaar te komen. De werving van anaesthesisten werd eveneens moeilijk genoemd.

– Inbedding in het totale zorgaanbod

De kleinere ziekenhuizen die bewuste keuzes hebben gemaakt ten aanzien van hun positie in het totale zorgaanbod blijken tevens vaak goed te zijn ingebed in dat aanbod. Er is dan sprake van duidelijk omschreven samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Er zijn echter ook ziekenhuizen die meldden dat deze afstemming en samenwerking onvoldoende van de grond komt. De oorzaak hiervan wordt vaak bij andere partijen gelegd.

De relaties met de verschillende andere zorgaanbieders kunnen voorts nog als volgt nader worden toegelicht:

Andere ziekenhuizen

Naast grote onderlinge verschillen in de mate waarin kleinere ziekenhuizen samenwerken met andere ziekenhuizen valt ook een aantal andere zaken op.

Ten eerste blijken de motivaties van het management en de specialisten om met andere ziekenhuizen samen te werken vaak van elkaar te verschillen. Het management zegt vooral te kiezen op basis van afwegingen van concurrentievoordeel en kostenminimalisatie. De samenwerking concentreert zich hier vooral op het gebied van gezamenlijke inkoop, laboratoriumfuncties en apotheek. De specialisten geven aan vooral een samenwerkingspartner te kiezen op basis van afwegingen op het gebied van kwaliteit en continuïteit van zorg. Ook lijken relationele aspecten hierbij een belangrijke rol te spelen. De samenwerking van de specialisten heeft vooral betrekking op doorverwijzing naar de «derde lijn» en naar het samen met een ander ziekenhuis invullen van een bepaald specialisme door middel van een brugmaatschap.

Ten tweede valt op dat de samenwerking zich niet zozeer tot één bepaald ziekenhuis beperkt maar dat relaties met diverse ziekenhuizen worden onderhouden, afhankelijk van welk ziekenhuis op een bepaald gebied het meeste voordeel biedt.

Ten derde: samenwerking met ziekenhuizen die veel groter zijn wordt vaak als bedreigend ervaren. Een veel gehoorde klacht tijdens de ronde was dat kleinere ziekenhuizen vaak veel moeten «geven», zoals bijvoorbeeld het doorverwijzen van patiënten, terwijl zij daar weinig voor «terug krijgen». Zo is men in een der ziekenhuizen de mening toegedaan dat in de academische ziekenhuizen nog teveel basiszorg wordt vastgehouden, basiszorg die ook in het kleinere ziekenhuis kan plaatsvinden. Ook bij fusie ervaren de kleinere ziekenhuizen het grotere ziekenhuis waarmee gefuseerd wordt vaak als bedreigend. De fusievoorwaarden zouden meestal door het grotere ziekenhuis worden gedictieerd.

De huisartsen

De huisartsen komen vooral bij de proactieve ziekenhuizen steeds meer in beeld als belangrijke samenwerkingspartner. De ziekenhuizen lijken dit niet alleen te doen met het oog op een betere patiëntenzorg maar ook met een strategisch belang, namelijk het verstevigen van de marktpositie door uitbreiding van de adhaerentie (dat wil zeggen: het vergroten van het opname-aandeel in het verzorgingsgebied, hetgeen (mede) bepalend is voor het budget) via meer verwijzingen door de huisartsen. De huisartsen worden onder meer het ziekenhuis binnen gehaald door middel van het aanbieden of organiseren van uitgebreide diagnostische faciliteiten, structurele overlegvormen, bijscholingsactiviteiten, eigen postvakken en informele bijeenkomsten.

De thuiszorg

Ook de banden met de thuiszorg lijken in toenemende mate te worden aangehaald. De samenwerking met de thuiszorg is vooral gericht op stroomlijning van de overplaatsing van patiënten naar de thuissituatie. Daartoe worden door sommige ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties transferverpleegkundigen in het ziekenhuis aangesteld.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

De meeste ziekenhuizen gaven aan met de verpleeg- en verzorgings-

huizen afspraken te hebben gemaakt over uitwijkmogelijkheden bij voorkomende «verkeerde bed problematiek». Daarnaast wordt soms ook op zorginhoudelijk gebied samengewerkt, bijvoorbeeld op het gebied van infectiepreventie of door middel van gezamenlijke visites van verpleeghuisarts en specialist. Een enkel ziekenhuis is met een verpleeghuis onder een dak gehuisvest. Hierdoor zouden ten aanzien van bijvoorbeeld overheadkosten en hotelfunctie schaalvoordelen worden bereikt.

– *Invulling van de spoedeisende hulp gedurende 7 maal 24 uur*

Een 7 maal 24 uur geopende afdeling spoedeisende hulp wordt meestal als onlosmakelijk deel van het ziekenhuis gezien. Met name de proactieve ziekenhuizen kiezen hier expliciet voor. De indruk bestaat dat deze ziekenhuizen veel moeite doen de voorwaarden te vervullen om deze functie ook daadwerkelijk waar te maken. Men investeert in geschoold personeel, in goede protocollering en in afspraken met de CPA, huisartsen en andere ziekenhuizen over wat wel en niet kan worden aangeboden op de afdeling spoedeisende hulp. Met name gaat het hierbij om afspraken over de ernstige traumatologiepatiënten. De hoge kosten die aan een kwalitatief hoogstaande afdeling spoedeisende hulp zijn verbonden zegt men op te kunnen vangen door een doelmatige inzet van het personeel en door standaardisatie van materialen. Aan de andere kant zijn er ook ziekenhuizen die wel gedurende 7 maal 24 uur spoedeisende hulp aanbieden zonder dat alle daarvoor noodzakelijke randvoorwaarden voldoende vervuld lijken te zijn. Daarnaast hebben sommige ziekenhuizen ten gevolge van de beperkte omvang van de maatschappen cardiologie moeite om de continuïteit van de spoedeisende hulp voor de cardiologische patiënten te garanderen.

– *Perceptie van financiële krapte*

Een veel geuite klacht is dat de tariefriichtlijnen voor de kleinere ziekenhuizen relatief ongunstig zijn, zodat het budget ontoereikend is om de steeds grotere investeringen die nodig zijn om op medisch-technisch gebied up-to-date te blijven – en daarnaast te voldoen aan de steeds strengere eisen op het gebied van milieu e.d. – te kunnen opbrengen. Deze klacht werd echter in de proactieve ziekenhuizen minder vaak gehoord. Deze ziekenhuizen blijken door middel van het doorvoeren van allerlei doelmatigheidsbevorderende maatregelen in staat de modernste medische technologie in huis te halen en bovendien nog een positief resultaat binnen het budget te bereiken.

– *Diagnostiek*

In enkele ziekenhuizen wordt veel belang gehecht aan en flink geïnvesteerd in het verwerven van uitstekende diagnostische mogelijkheden. Het doel hiervan is enerzijds snel te kunnen differentiëren in welke problematiek men wel kan behandelen en welke niet en anderzijds, als men zelf kan behandelen, om zo snel mogelijk, en dus doelmatig, een effectieve therapie te kunnen starten.

Standpunt

Op basis van het advies «kleine ziekenhuizen» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, aangevuld met de bevindingen bij de locatiebezoeken, heb ik mijn standpunt ten aanzien van de kleinere ziekenhuizen nader bepaald. Dit standpunt zal ik hieronder uiteenzetten.

Zowel het Inspectierapport als de bevindingen bij de locatiebezoeken laten mijns inziens zien dat de kleinere ziekenhuizen sterk verschillen in de wijze waarin zij met hun «klein zijn» omgaan. Deze verschillen komen onder meer tot uitdrukking in dynamiek, inbedding in het zorgnetwerk en opvattingen over de rol van het eigen ziekenhuis. Ook de omstandigheden waarin de ziekenhuizen functioneren verschillen soms aanzienlijk. Sommige ziekenhuizen zijn gehuisvest in een nieuw of recent gerenoveerd gebouw, terwijl andere het moeten doen met een oud en niet meer functioneel gebouw. Sommige zijn gelegen in sterk verstedelijkte gebieden met meerdere grotere ziekenhuizen op relatief korte afstand en weer andere zijn gelegen in landelijke gebieden waar in de verre omtrek geen ander ziekenhuis te bekennen is. Al deze factoren zijn mede van invloed op de positie van ieder individueel ziekenhuis. Alhoewel er thans geen aanleiding is om aan te nemen dat er ziekenhuizen zijn die acuut in hun voortbestaan worden bedreigd, acht ik de vraag van eminent belang of de positie van de kleinere ziekenhuizen zodanig is dat ook van een toekomstperspectief op langere termijn kan worden gesproken. Ook hierop zijn de genoemde factoren van invloed. Daarnaast zullen deze ziekenhuizen niet voorbij kunnen gaan aan voor de ziekenhuissector kenmerkende ontwikkelingen zoals de accentverschuiving van klinische naar ambulante hulpverlening en de toenemende concentratie van de hoog-technologische en dure zorg in grotere ziekenhuizen. Juist door hun beperkte omvang zal de impact van deze ontwikkelingen op het toekomstperspectief van de kleinere ziekenhuizen, zo niet doorslaggevend, dan wel groot zijn.

Niet voor alle kleinere ziekenhuizen is het toekomstperspectief thans voldoende uitgekristalliseerd. Het is echter van groot belang dat er een proces op gang komt waarin voor – en door – ieder ziekenhuis, voor zover dit nog niet het geval is, het toekomstperspectief voor de langere termijn helder in kaart wordt gebracht. Het reeds eerder genoemde uitgangspunt dat de ziekenhuiszorg waar mogelijk in en vanuit middelgrote en iets grotere ziekenhuisorganisaties moet worden aangeboden dient naar mijn mening in dit proces een leidend principe te zijn. Daar waar dit vanuit overwegingen van spreiding en behoefte noodzakelijk is, is er ruimte voor kleinere ziekenhuizen. In zo'n setting zal er echter sprake moeten zijn van een bewuste oriëntatie op de beperkte omvang van het ziekenhuis. In dit verband zijn er naar mijn mening een aantal factoren van andere aard die het toekomstperspectief van een kleiner ziekenhuis mede bepalen, namelijk:

- De mate waarin het ziekenhuis zijn missie heeft geformuleerd en op basis daarvan een visie heeft uitgewerkt over de rol en de functie van het ziekenhuis voor de toekomst.

In een ziekenhuisorganisatie waarin goed is nagedacht over de eigen rol van het ziekenhuis, zijn rationele keuzes mogelijk omtrent het strategisch beleid voor de toekomst. Dit principe is natuurlijk niet alleen voor kleinere ziekenhuizen van belang maar geldt voor iedere organisatie en is de eerste en meest belangrijke voorwaarde.

- De mate waarin de zorgverlening in het ziekenhuis zich beperkt tot de basale ziekenhuiszorg.

Basale ziekenhuiszorg wil zeggen zorg, die standaard in voldoende omvang in alle ziekenhuizen in ons land wordt geleverd. Het gaat om de meest gevraagde, relatief eenvoudige, ziekenhuiszorg die met een beperkte infrastructuur ook in een kleinschalige omgeving kan worden aangeboden.

- De mate waarin het ziekenhuis is ingebed in een zorgnetwerk.

Met het oog op de continuïteit van zorg is een goede inbedding van het kleinere ziekenhuis in een zorgnetwerk onmisbaar. Dit vraagt allereerst om

samenwerking met andere ziekenhuizen en geformaliseerde afspraken over afstemming van het zorgaanbod, doorverwijzing en consultatie. Essentieel hierbij is dat de specialismen in het kleinere ziekenhuis in nauwe samenspraak met de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt worden ingevuld. Belangrijk is ook het bestaan van dwarsverbanden tussen ziekenhuizen op maatschapsniveau, bijvoorbeeld in de vorm van brugmaatschappen. Hierdoor wordt de basis van de maatschappen verbreed en ontstaat voor de specialisten de mogelijkheid om de basale ziekenhuiszorg in het kleinere ziekenhuis en de meer complexe zorg in het grotere ziekenhuis te verlenen. Bovendien kan binnen een brugmaatschap ook de waarneming optimaal worden geregeld.

Naast samenwerking met andere ziekenhuizen is ook de aanwezigheid van samenwerkingsverbanden met zorgverleners van andere aard van belang. Allereerst denk ik aan samenwerking met de huisartsen door middel van structureel overleg tussen huisartsen en de specialisten, het bieden van diagnostische en therapeutische mogelijkheden aan huisartsen in het ziekenhuis en gezamenlijke spreekuren van huisartsen en specialisten. Voorbeelden van samenwerking met de thuiszorg is de aanwezigheid van een gezamenlijk door ziekenhuis en thuiszorg aange-stelde transferverpleegkundige ten behoeve van een gestroomlijnde overplaatsing naar de thuissituatie en het gezamenlijk ontwikkelen van intensieve vormen van thuiszorg. Aangezien zich bij ouderen en chronisch zieken relatief vaak zorgvragen zullen voordoen op het terrein van de basale ziekenhuiszorg kan ook samenwerking met verpleeg- en verzorgingshuizen, bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijke visites van specialisten en verpleeghuisartsen, niet worden gemist.

- De mate waarin het ziekenhuis invulling geeft aan de hoge eisen die aan de zorg op de meer gespecialiseerde of complexe afdelingen zoals de afdeling spoedeisende hulp, de intensive care en de kinderafdeling worden gesteld.

Essentieel is de aanwezigheid van heldere en geformaliseerde afspraken ten aanzien van het functioneren van deze afdelingen met andere ziekenhuizen, de CPA en huisartsen. Daarnaast is het een vereiste dat behandel- en andere procedures in hoge mate zijn geprotocolleerd, de beschikbaarheid en bereikbaarheid goed is geregeld en er geen concessies zijn gedaan ten aanzien van het opleidingsniveau van het personeel.

- De mate waarin er sprake is van een goed samenspel van directie en medische staf.

Door de beperkte omvang van de medische staf staat of valt de zorgverlening in het kleinere ziekenhuis met de kwaliteit van de individuele arts. Gaat er in de medische zorgverlening iets fout, dan wordt de gehele organisatie daardoor beschadigd. Daarom is een alerte organisatie nodig. Dit vraagt om een sterk management en een goed functionerende medische staf die nauw met elkaar samenwerken. Daarbij is het van belang dat veel aandacht wordt besteed aan de werving en selectie van nieuwe specialisten, bestuurders en ander leidinggevend personeel. Dit moet vanuit een visie op de specifieke plaats en functie van het eigen ziekenhuis gebeuren.

- De mate waarin de beleids- en de bedrijfsprocessen, alsmede de kwaliteitsbewaking, in het ziekenhuis zijn gestructureerd.

Een heldere, op de basale ziekenhuiszorg gerichte, positionering van het kleinere ziekenhuis in het zorgaanbod kan alleen worden gerealiseerd indien er sprake is van een expliciet strategisch beleid. Dit moet leiden tot duidelijke keuzes ten aanzien van de taken van het ziekenhuis en de wijze waarop de samenwerking met de andere partners in het zorgnetwerk gestalte krijgt. Belangrijk is dat deze keuzes in een missie worden

vastgelegd, zodat voor iedereen duidelijk is wat van het ziekenhuis kan worden verwacht, en door middel van beleidsplannen verder worden geoperationaliseerd.

Daarnaast draagt een gestructureerde aanpak van de meer intern gerichte beleids- en bedrijfsprocessen in belangrijke mate bij aan een doelmatige zorgverlening in het ziekenhuis, waardoor financiële problemen worden voorkomen.

Een structurele kwaliteitsbewaking, tenslotte, is onmisbaar om fouten en tekortkomingen in de zorgverlening tegen te gaan, dan wel te corrigeren.

Wanneer er op basis van spreiding en behoefte geen twijfels over de bestaansgronden van het ziekenhuis bestaan, zal het toekomstperspectief op langere termijn gunstiger uitvallen naarmate een ziekenhuis daarnaast de «kritische succesfactoren» meer heeft ingevuld. In een aantal van de bezochte ziekenhuizen wordt reeds in ruime mate invulling gegeven aan de eerdergenoemde factoren. Andere werken hier hard aan. Er zijn echter ook ziekenhuizen die naar mijn mening nog minder overtuigend op weg zijn. Tijdens de nabespreking van de locatiebezoeken met de betreffende ziekenhuizen is dit steeds een belangrijk punt van aandacht geweest. Met de ziekenhuizen waarin de bestaansgronden, alsmede het toekomstperspectief, nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd zijn afspraken gemaakt over een vervolgtraject dat hieromtrent meer duidelijkheid moet verschaffen. Daarbij wordt, op basis van een afweging van alle relevante interne en externe factoren, van de ziekenhuizen een visie verwacht omtrent de positie van de eigen instelling. Het is mijn bedoeling om over deze positiebepaling met de ziekenhuizen in overleg te blijven. Overigens geldt voor alle kleinere ziekenhuizen dat bij majeure bouwbeslissingen de positiebepaling steeds aan de orde zal zijn.

Wanneer – mede op grond van genoemde visie – de noodzaak tot voortbestaan – in enigerlei vorm – voldoende is aangetoond acht ik het belangrijk dat het betreffende ziekenhuis de kans krijgt om naar een situatie toe te werken waarin zij ook in de toekomst een nuttige bijdrage aan de ziekenhuiszorg kan blijven leveren.

De uitkomsten van het hiervoor geschetste traject kunnen per ziekenhuis dus verschillend zijn. Drie opties staan mij daarbij voor ogen, namelijk: structurele, geformaliseerde samenwerking met een groter ziekenhuis, fusie of sluiting.

Structurele, geformaliseerde samenwerking met een groter ziekenhuis is voor ieder kleiner ziekenhuis aan de orde. Het is één van de eerder genoemde kritische succesfactoren. In het bijzonder denk ik bij deze samenwerking aan onomkeerbare afspraken tussen de samenwerkende ziekenhuizen omtrent een taakverdeling, waarbij het kleinere ziekenhuis zich beperkt tot de basale ziekenhuiszorg en kwetsbare functies en complexe zorg als klinische kindergeneeskunde, complexe chirurgische ingrepen met de daarbij noodzakelijke intensive care-voorzieningen en spoedeisende hulp primair in het grotere ziekenhuis worden uitgeoefend. Uiteraard zal bij de spoedeisende hulp wel rekening moeten worden gehouden met de afstand tussen de beide samenwerkende ziekenhuizen. Een hoge mate van verwevenheid van de medische staven en afstemming van de beleids- en bedrijfsprocessen horen mijns inziens eveneens onderdeel van de samenwerking te zijn.

Mocht deze vorm van samenwerking echter onvoldoende garanties bieden voor een bestendige situatie op langere termijn, dan zal volledige organisatorische integratie van het kleinere ziekenhuis en het grotere door middel van fusie een reële optie zijn. Eventueel kan dit gepaard gaan met een volledige overheveling van de klinische functies naar de hoofdlocatie. De nevenlocatie zou zich dan kunnen ontwikkelen tot «ziekenhuis zonder bedden». Door de continue ontwikkeling van de medische techniek wordt

het steeds beter mogelijk om, met name, de basale ziekenhuiszorg grotendeels ambulante aan te bieden. In een dergelijke voorziening kan derhalve in een groot deel van de vraag naar ziekenhuiszorg worden voorzien, terwijl de continuïteit van zorg door de binding met de hoofdlocatie optimaal is gegarandeerd. Ook biedt de omvorming tot «ziekenhuis zonder bedden» mijns inziens een unieke kans om zorgvernieuwend initiatieven te realiseren. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan gezamenlijke spreekuren van huisartsen en medisch specialisten en beschikbaarstelling van diagnostische en therapeutische faciliteiten aan huisartsen.

Indien de uitkomst van het ingezette traject echter blijkt te zijn dat er, dan wel vanuit het oogpunt van spreiding en behoefte geen noodzaak is tot het voortbestaan van het ziekenhuis, dan wel dat voldoende invulling van de kritische succesfactoren ook op langere termijn niet te verwachten is, kan sluiting van het ziekenhuis aan de orde zijn.

Eventuele sluitingsbeslissingen zullen gepaard gaan met de mogelijkheid van toegang tot de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen.

Het voorgenomen traject vraagt tijd en inzet. Bovendien hecht ik er aan dat de besluitvorming hieromtrent zorgvuldig en in nauw overleg met de instellingen plaatsvindt. Naar verwachting zal er een periode van meerdere jaren mee zijn gemoeid. Dit hoeft naar mijn mening geen problemen op te leveren. Er zijn namelijk geen signalen van de Inspectie die erop wijzen dat de kwaliteit van zorg in deze ziekenhuizen op dit moment onvoldoende is. Het gaat mij er primair om dat in de kleinere ziekenhuizen, daar waar zij nodig zijn, een bestendige, op de toekomst gerichte, situatie wordt gecreëerd.

Mochten zich bij de kleinere ziekenhuizen belangrijke ontwikkelingen voordoen dan zal ik u hierover informeren. Overigens ben ik voornemens om op de functie spoedeisende hulp in kleinere ziekenhuizen nog apart terug te komen in het kader van de verdere gedachtenvorming omtrent de traumazorg en de positionering van de spoedeisende hulp in het zorgstelsel ten principale.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers