

Vergaderjaar 2002–2003

**27 295**

## **Positionering algemene ziekenhuizen**

**Nr. 35**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 november 2002

#### **1. Inleiding**

Ter voorbereiding op de VWS-begrotingsbehandeling stuur ik u hierbij een notitie over het bereikbare ziekenhuis. Om te beginnen grijp ik terug op de brief die mevrouw Borst eerder dit jaar stuurde naar aanleiding van het verschijnen van de vervolgvorderingstoets van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Daarna zal ik de ontwikkelde criteria voor een basisziekenhuis toepassen op gerealiseerde en voorgenomen fusies. Ten slotte zullen ook de financiële consequenties van de eerder gedane voorstellen voor wijziging van de bekostigingssystematiek aan de orde komen. Vervolgens ga ik in op het onderscheid tussen voorzienbare (electieve) en niet-voorzienbare (spoedeisende) zorg en de consequenties die daar in bestuurlijk/organisatorische zin aan kunnen worden verbonden. Als bijlage (kamerstuk 27 295, nr. 36) bij deze brief heb ik de antwoorden gevoegd op de vragen die mij in de vorm van een verslag van een schriftelijk overleg werden voorgelegd en bij de beantwoording waarvan ik mij beperkt heb tot de onderwerpen die ik niet uitgesloten heb in mijn brief van 12 november 2002 (kamerstuk 27 295, nr. 34)

#### **2. Brief van 1 februari 2002**

Ter bepaling van de gedachte begin ik met terug te grijpen op de brief die mevrouw Borst stuurde op 1 februari 2002 naar aanleiding van het uitbrengen door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) van de vervolgvorderingstoets spreiding ziekenhuiszorg. (VWS02-126). In die brief wordt geconstateerd dat de spreiding van ziekenhuiszorg wat betreft de spoedeisende zorg en de (algemene) dagelijkse zorg in principe niet in gevaar is. Het sluiten van locaties of concentreren van in dit kader relevante functies heeft plaatsgevonden cq zal plaatsvinden, in de verstedelijkte gebieden. Uit diezelfde uitvoeringstoets blijkt dat voor 99,6% van de Nederlandse bevolking geldt dat een ziekenhuislocatie met een afdeling voor spoedeisende zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is.

Dat gold in 2001 en zal gelden in 2010. De bereikbaarheid binnen 30 minuten geldt voor 82,4% van de bevolking. Ook dat percentage verandert nauwelijks tot 2010.

In de uitvoeringstoets ontwikkelt het CBZ verschijningsvormen van ziekenhuizen. In de discussie over de bereikbaarheid van met name de niet-verstedelijkte gebieden is de verschijningsvorm «basisziekenhuis» van belang. 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 IC/CCU faciliteiten aanwezig met de mogelijkheden tot ademhalingsondersteuning;
- 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 ziekenhuis zou 80 à 85% van de ziekenhuiszorg kunnen leveren: dit is alle zorg zonder academische en topfuncties. In een recente brief van de SAZ worden voorstellen gepresenteerd om nog meer helderheid te krijgen over de vraag welke verrichtingen in zo'n basisziekenhuis verricht zouden kunnen worden resp. voor welke verrichtingen doorverwijzing zou moeten plaatsvinden. Ik vind het de moeite waard om daarover met de wetenschappelijke verenigingen verder in gesprek te gaan.

Het CBZ geeft ook aan welke poortspecialismen en welke voorzieningen in een dergelijk ziekenhuis aanwezig zijn. Het gaat daarbij om een onderling samenhangend geheel van functies en voorzieningen. Om spoedeisende hulp te kunnen geven moeten zowel de poortspecialismen als de ondersteunende specialismen in voldoende mate aanwezig zijn. Omgekeerd geldt ook dat zodra een specialisme (bijv. kindergeneeskunde) verdwijnt, de spoedeisende hulp aan betekenis inboet.

Op basis van deze kenmerken zijn in de brief van 1 februari 2002 bij wijze van indicatie de minimumdimensies van een basisziekenhuis geformuleerd en is in een bijlage bij die brief, tentatief, aangegeven welke ziekenhuizen als basisziekenhuis aangemerkt kunnen worden. De minimumdimensies zijn:

- minimaal 25 poortspecialisten
- adherentie van minimaal 72 500 inwoners

Vervolgens is door de Kamer aangegeven dat de als basisziekenhuis gekarakteriseerde ziekenhuizen in stand gehouden zouden moeten worden. Ook ik onderstreep het belang van basisziekenhuizen, zowel vanwege de menselijke maat ervan als vanwege het belang van dergelijke ziekenhuizen voor het kunnen blijven garanderen van de bereikbaarheid. Basisziekenhuizen vormen het fundament van onze ziekenhuiszorg.

Apart punt van aandacht is daarbij de vraag of toch niet een norm van 30 minuten de voorkeur zou verdienen boven een norm van 45 minuten. Het verlagen van de grens van 45 minuten naar 30 minuten zou betekenen dat op een aantal plaatsen basisziekenhuizen gebouwd zouden moeten worden, die vervolgens bemenst moeten worden met medewerkers uit andere ziekenhuizen waardoor daar, in ieder geval op korte termijn, de spoeling weer dunner wordt. Dat is omslachtig en duur en daarmee

onaanvaardbaar in een tijd van tekorten aan medisch specialisten en verpleegkundigen. Bovendien ontbreekt het bewijs dat bij hantering van de 45 minutengrens kwalitatief onverantwoorde zorg geleverd wordt. Ook het creëren van extra ambulancstandplaatsen zou extra geld en personeel kosten.

Zoals eerder ook al opgemerkt is, is de grens van 45 minuten een bovengrens en is het geenszins de bedoeling van het stellen van die grens dat in situaties waarin (ruim) onder die grens geopereerd wordt die betreffende situatie aangepast wordt naar de bovengrens van 45 minuten. Omgekeerd geldt ook dat daar waar de bereikbaarheid in termen van aanrijtijden verbeterd kan worden dat in overleg tussen de regionale partijen gerealiseerd moet worden.

### 3. Fusies en criteria

In het Algemeen Overleg van 3 oktober is afgesproken dat een lijst gerealiseerde en voorgenomen fusies samengesteld zou worden en dat aangegeven zou worden of die (voorgenomen) fusies zouden botsen met de criteria voor een basisziekenhuis zoals ze hierboven nog eens zijn weergegeven. Bij het samenstellen van de lijst zijn fusies van ziekenhuizen in stedelijke gebieden niet meegenomen. Daar speelt immers het punt van de bereikbaarheid niet. Het gaat, ten tweede, om fusies waarvan in de achter ons liggende periode door sommigen beweerd werd dat fusie niet nodig zou zijn, respectievelijk dat de samenstellende delen op eigen benen zouden kunnen blijven staan. De hieronder gepresenteerde cijfers betreffen het jaar dat voorafging aan het jaar waarin de fusie formeel van kracht werd.

Welbeschouwd is bijna elk nu bestaand ziekenhuis de resultante van eerdere fusies. De vraag komt dan ook op in welk jaar het overzicht zou moeten beginnen. Gekozen is voor 1994, het begin van het eerste kabinet Kok. Daarmee zouden de fusies van de ziekenhuizen in Venlo/Venray (1991), Lelystad/Emmeloord (1990), Goes/Zierikzee (1981) en Enschede/Oldenzaal (1989) buiten het overzicht vallen. Het is ook moeilijk om de cijfers over dergelijke al lang geleden gefuseerde ziekenhuizen af te zetten tegen de nu ontwikkelde criteria en normen. Ter bepaling van de gedachte zijn ze desondanks verderop in deze brief gepresenteerd.

|                      | Adherentie | Aantal poortspecialisten |
|----------------------|------------|--------------------------|
| <i>1995</i>          |            |                          |
| Oranjeoord/Harlingen | 21 000     | 9 FTE                    |
| MCL                  | 213 000    | 94 FTE                   |
| Joseph/Kerkrade      | 55 000     | 19 FTE                   |
| GOZL/Heerlen         | 286 000    | 102 FTE                  |
| <i>1996</i>          |            |                          |
| Maria/Tilburg        | 114 000    | 42 FTE                   |
| St Nicolaas/Waalwijk | 42 000     | 15 FTE                   |
| <i>1999</i>          |            |                          |
| Ignatius/Breda       | 181 000    | 63 FTE                   |
| Baronie/Breda        | 136 000    | 45 FTE                   |
| Pasteur/Oosterhout   | 62 000     | 26 FTE                   |
| St Anna/Oss          | 81 000     | 30 FTE                   |
| St Joseph/Veghel     | 99 000     | 31 FTE                   |
| <i>2000</i>          |            |                          |
| Diac/Utrecht         | 151 000    | 47 FTE                   |
| Lorentz/Zeist        | 62 000     | 29 FTE                   |
| <i>2001</i>          |            |                          |
| Molendaal/Baarn      | 52 000     | 22 FTE                   |

|                           | Adherentie | Aantal poortspecialisten |
|---------------------------|------------|--------------------------|
| Eemland/Amersfoort        | 230 000    | 86 FTE                   |
| <i>Voorgenomen fusies</i> |            |                          |
| Rijnstate/Arnhem (2000)   | 243 000    | 92 FTE                   |
| Zevenaar (2000)           | 69 000     | 25 FTE                   |
| Velp (2000)               | 33 000     | 16 FTE                   |
| Walcheren (2001)          | 103 000    | 43 FTE                   |
| Oostersch z/Goes (2001)   | 113 000    | 47 FTE                   |

Op het moment van fuseren telde het ziekenhuis te Venray 19 FTE, Emmeloord had 12 FTE aan poortspecialisten, Zierikzee telde 7 poortspecialisten en Oldenzaal 20. De adherentiecijfers waren niet meer te achterhalen op korte termijn.

Bovenstaande cijfers zijn door de betreffende ziekenhuizen zelf aan Prismant aangeleverd. Bij de interpretatie ervan moeten lokale/regionale en historische omstandigheden in ogenschouw genomen worden. Het is derhalve niet mogelijk om louter en alleen op basis van de cijfers een oordeel te vellen over de vraag of een fusie terecht is. Uit de opsomming blijkt dat in veel gevallen sprake is van fusies waarbij één der fusiepartners op een kleinere schaal opereerde dan de indicatieve schaal van een basisziekenhuis (zie paragraaf 2). Er blijven evenwel enkele casussen waar dat niet het geval is. Dat geldt met name voor de fusie die tot oprichting van Bernhoven geleid heeft alsmede de voorgenomen fusie tussen het ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen. Een strikte noodzaak voor fusie ontbreekt in die gevallen. Voor Bernhoven geldt dat ik inmiddels in gesprek ben met het ziekenhuis, de provincie en de verzekeraars over de concentratienieuwbouw. Afgesproken is om begin volgend jaar verder te overleggen en om ondertussen enkele punten verder uit te werken. Met betrekking tot het tweede geval wacht ik de rapportage af die mij vóór 1 december zal bereiken.

Die noodzaak voor fusie moet te meer goed onderbouwd worden wanneer bedacht wordt dat er een zevental ziekenhuizen is dat zelfstandig functioneert op een schaalgrootte die beneden de geïndiceerde schaal voor een basisziekenhuis ligt (Sionsberg/Dokkum, Delfzicht/Delfzijl, St Lucas/Winschoten, Bethesda/Hoogeveen, Van Weel Bethesda/Dirksland, Havenziekenhuis/Rotterdam, Refaja/Stadskanaal en Coevorden/Hardenberg). Vanuit het oogpunt van bereikbaarheid is bij een aantal van deze ziekenhuizen waakzaamheid evenwel op zijn plaats: het door veldpartijen te ontwikkelen referentiekader, dat naar verwachting binnenkort beschikbaar komt, zou daarbij behulpzaam kunnen zijn. De casussen zullen in hun eigen context bekeken worden. Indien nodig voor de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg zal ik de bekostigingssystematiek aanpassen en/of de WZV-beleidsregels aanpassen waardoor de afwegingen in het kader van de bestuurlijke actualisatie ten gunste van dergelijke ziekenhuizen uitvallen.

#### **4. Financiële consequenties**

In een brief aan het CTG ben ik nader ingegaan op de wijzigingen in de bekostigingssystematiek die per 1 januari 2003 van kracht zullen worden. Een afschrift van die brief stuurde ik aan uw Kamer. Waar het gaat om de schaalgroottetoeslag acht ik het positief dat door de invoering van een IC-parameter de schaalgroottetoeslag verkleind wordt. Ik heb begrip voor de argumenten van het CTG aangaande de huidige werkelijke kostenstructuur en het mogelijk ontstaan van acute financiële problemen voor grote instellingen. Het blijft mijn intentie dat de positie van de kleinere

instellingen wordt versterkt. Ik begrijp uit de brief van het CTG dat de variabilisering en de invoering van de IC-parameter zo wordt vormgegeven dat de kleine ziekenhuizen er 14 mln op vooruit gaan. Daarnaast liggen in mijn visie ook bij de invoering van DBC's, waarbij geen specifieke schaalgroottetoeslag zal gelden, kansen voor de kleine instellingen. Alles afwegende acht ik dit een voldoende stap voor 2003.

## **5. Voorzienbare en niet-voorzienbare zorg**

Medisch specialistische ziekenhuiszorg is op velerlei manieren te categoriseren. Sinds enige tijd doet het onderscheid voorzienbare en niet-voorzienbare zorg opgeld. Soms ook wordt onderscheid gemaakt tussen electieve en acute zorg. Met acute zorg wordt dan spoedeisende hulp bedoeld. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat in infrastructurele en logistieke zin verschillende voorzieningen voor de aldus onderscheiden soorten zorg nodig zijn. Bij het ontwerp van nieuwe ziekenhuizen wordt voorzienbare en niet-voorzienbare zorg in bouwkundige zin van elkaar gescheiden: patiëntenstromen worden gescheiden en ook de werkstromen worden uit elkaar gehaald om de verstoring van de electieve zorg door de spoedeisende zorg tot een minimum te beperken. Vaak wordt het onderscheid tussen voorzienbare en niet-voorzienbare zorg verfijnd door er het onderscheid tussen chronische en niet-chronische zorg aan toe te voegen.

Kern blijft evenwel dat het in feite gaat om verschillende productieprocessen binnen verschillende omgevingen, met verschillende patiënten en verschillend gekwalificeerd personeel. Bij een aantal fusieziekenhuizen wordt het onderscheid toegepast bij de profilering van de locaties: op één van de locaties wordt de electieve zorg (cataracten, heupen etc.) geconcentreerd, terwijl op de andere locatie de complexe en spoedeisende zorg verleend wordt. In dergelijke «productielocaties» wordt gewerkt aan het wegwerken van wachtlijsten resp. het verkorten van wachttijden.

Ook ten aanzien van andere aspecten dan het onderscheiden van werk- en productieprocessen biedt het hanteren van het onderscheid voorzienbare en niet-voorzienbare zorg interessante perspectieven. Bijvoorbeeld vanuit de optiek van marktwerking is het onderscheid interessant. De gedachte is dat marktwerking rond electieve zorg eerder mogelijk is dan concurrentie in het domein van de spoedeisende zorg. Als dat zo is dan is het aantrekkelijk om ook in juridische en organisatorische zin het verlenen van dergelijke zorg los te maken van het verlenen van spoedeisende zorg. Een dergelijk scenario impliceert dat de overheid met betrekking tot de bouwregulering en de prijsregulering een gedifferentieerde aanpak zou kunnen volgen: een grotere bemoeienis waar de spoedeisende hulp in het geding is en meer ruimte voor marktwerking waar dat kan, in casu bij de electieve zorg. Ook vanuit het perspectief van het verruimen van de mogelijkheden voor ZBC's is het onderscheid tussen voorzienbare en onvoorzienbare zorg de moeite waard om verder uit te werken.

Dit biedt, gecombineerd met de mogelijkheden die de technologie gaat geven voor gedecentraliseerd aangeboden medisch-curatieve zorg, ruimte voor nieuw concurrerend aanbod dicht bij huis. In de NVZ-notitie «Het ziekenhuis van de toekomst» wordt een dergelijke ontwikkeling geschetst. Op sommige plaatsen in het land is die toekomst overigens al heel dicht bij. Op andere plaatsen is een dergelijke opsplitsing van functies met het oog op de samenhang tussen functiepakket en bereikbaarheid juist weer niet te maken. Een punt om daarbij in gedachten te houden is het feit dat een electieve patiënt plotseling spoedeisende zorg nodig kan hebben. Ik realiseer mij dat marktwerking en de in deze brief gegeven garantie dat de nu bestaande basisziekenhuizen zullen blijven bestaan op gespannen voet met elkaar staan. Daaraan zal nadere uitwerking gegeven moeten worden.

## **6. Conclusie**

Toepassing van de ontwikkelde criteria voor basisziekenhuizen op gerealiseerde of voorgenomen fusies leidt tot de conclusie dat in het merendeel der gevallen één van de fusiepartners onder het niveau van de indicatieve schaalgrootte opereerde.

Ook is een aantal ziekenhuizen geïdentificeerd dat beneden die indicatieve schaalgrootte opereert. Dat geeft enerzijds het relatieve van die norm aan, tegelijkertijd is het van belang om die gevallen in hun eigen context nader te bekijken. Om het bereikbare ziekenhuis te borgen zal ik zonodig de beleidsregels in de sfeer van de bekostiging en/of de bouw aanpassen. Het uiteenleggen van voorzienbare en niet-voorzienbare zorg opent aantrekkelijke perspectieven. Nadere uitwerking is evenwel geboden op het punt van de door de overheid te garanderen basisstructuur voor medisch specialistische zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. J. de Geus