

BIJLAGE 1: OVERZICHTSKAART REISTIJD NAAR DICHTSTBIJZIJNDE SEH FACILITEITEN

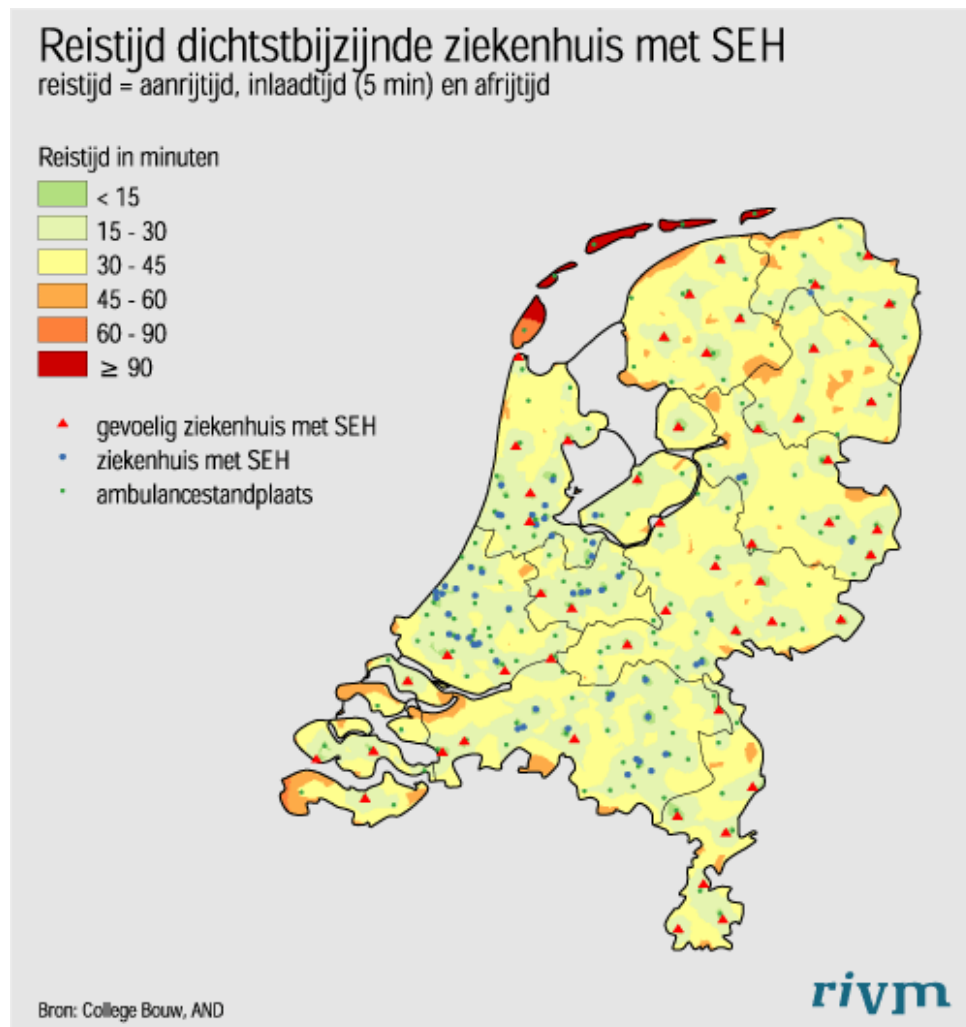
Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft op mijn verzoek, analoog aan de uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) van 14 januari 2002, opnieuw de bereikbaarheid van de 7x24-uurs Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in kaart gebracht.

In de nieuwe analyse zijn op mijn verzoek een aantal zaken aangepast:

- Er is uitgegaan van de huidige afdelingen SEH (107 in plaats van 109 locaties);
- De echte aanrijtijd van ambulances is gebruikt i.p.v. de veronderstelde aanrijtijd (15 minuten)
- Een veronderstelde inlaadtijd van 5 minuten is meegenomen.

Op basis van de nieuwe gevoeligheidsanalyse concludeert het RIVM dat 98.8% van de bevolking in Nederland binnen 45 minuten per ambulance een ziekenhuis met SEH-afdeling kan bereiken. Een groot deel van de bevolking, 78.5% kan zelfs binnen 30 minuten op een afdeling SEH zijn. Figuur 1.1 geeft de reistijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH weer voor heel Nederland.

Figuur 1.1:



Noot: De effecten van de pas in gebruik genomen Westerscheldetunnel zijn niet meegenomen.

De oranje en rode gebieden geven de gebieden weer waar mensen wonen die met de huidige spreiding van ziekenhuizen niet binnen 45 minuten een ziekenhuis met afdeling SEH kunnen bereiken. De rode driehoekjes op de kaart geven de ziekenhuizen weer die van belang zijn voor de bereikbaarheid van een afdeling SEH binnen 45 minuten. De blauwe stippen zijn ziekenhuizen die in de nabijheid staan van een ander ziekenhuis, met andere woorden waarvan de patiënten binnen 45 minuten een alternatief ziekenhuis kunnen bereiken.

BIJLAGE 2: BEZOEKEN AAN ACHT KLEINSTE ZIEKENHUIZEN

In de periode van december 2002 tot en met februari 2003 zijn de acht kleinste ziekenhuizen vanuit het ministerie van VWS bezocht. Het gaat om de ziekenhuizen: Sionsberg in Dokkum, Delfzicht in Delfzijl, St. Lucas in Winschoten, Refaja in Stadskanaal, Bethesda in Hoogeveen, Coevorden/Hardenberg in Hardenberg, Havenziekenhuis in Rotterdam en Van Weel Bethesda in Dirksland. De conclusies uit deze gesprekken worden hier beschreven.

Visie en beleid

Een aantal ziekenhuizen heeft een duidelijke visie over de toekomstige rol van het ziekenhuis in de regio en weet daardoor goed waarop zij zich qua beleid moeten richten: 'Je moet vooral doen waar je goed in bent en laten waar je niet goed in bent'. Deze ziekenhuizen hebben duidelijk gekozen om bepaalde zorg wel en andere zorg niet te leveren. Het gaat hier zowel om het beperken van de zorgbreedte (verschillende specialismen) als de zorgdiepte (complexiteit ingrepen). Om je als klein ziekenhuis op alle zorg te blijven richten blijkt moeilijk.

Organisatie

Tijdens de bezoeken zijn verschillende organisatievormen opgevallen. Bij een aantal ziekenhuizen bestaat het management naast de algemeen directeur ook uit één of twee medisch specialisten die voor een gedeelte van hun tijd de functie medisch directeur vervullen. Zij blijven naast deze functie voor ten minste 50% van hun tijd uitvoerend specialist. Dit lijkt een goede vorm van organisatie waarbij verschillende partijen binnen het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf verantwoordelijk zijn voor het aanpakken van de problemen waarmee het ziekenhuis kampt.

Samenwerking met andere ziekenhuizen

Voor kleine ziekenhuizen blijkt de samenwerking met andere ziekenhuizen cruciaal. Ten eerste is het voor het kleine ziekenhuis belangrijk dat ze patiënten met complexe aandoeningen soepel en goed kunnen doorverwijzen naar grotere ziekenhuizen. Een tweede belang bij samenwerking is dat medisch specialisten dan gebruik kunnen maken van de kennis en expertise van het grotere ziekenhuis. Voor specialismen die niet 7x24-uur bereikbaar hoeven te zijn is er nog een aanvullend voordeel als de samenwerking leidt tot een maatschap over twee ziekenhuizen. Op deze manier kunnen de medisch specialisten profiteren van de voordelen van een grotere maatschap (voldoen aan criteria voor minimum omvang van beroepsverenigingen, (sub)specialisatie mogelijkheden en mogelijkheid tot investering in duurdere apparatuur), terwijl de medisch specialisten de zorg toch in het eigen ziekenhuis kunnen blijven aanbieden.

De liefde blijkt hier in de praktijk echter in een aantal gevallen van één kant te komen. Het kleine ziekenhuis heeft veel belang bij een goede samenwerking met een groter ziekenhuis, terwijl dit niet altijd direct in het belang van het grotere ziekenhuis is. Het kleine ziekenhuis ondervindt hier vanzelfsprekend hinder van. Voorts valt op dat de kwaliteit van samenwerken sterk afhankelijk blijft van cultuur en individuele personen.

Box 1: Samenwerking met groter ziekenhuis

Het Van Weel Bethesda Ziekenhuis in Dirksland heeft als basisziekenhuis een samenwerking met het topklinische ziekenhuis Medisch Centrum Rijnmond Zuid (MCRZ). Deze samenwerking is gericht op borging van kwaliteit en continuïteit. Met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam is afgesproken dat de kinderartsen van Dirksland 20% van hun tijd besteden aan verdere specialisatie binnen het academisch centrum. Hiermee wordt de functie kinderarts in Dirksland aantrekkelijker en wordt de kwaliteit van zorg in Dirksland eveneens verhoogd. De totale salariskosten worden door het ziekenhuis in Dirksland betaald. Door deze afspraak heeft het ziekenhuis in Dirksland in een zeer krappe arbeidsmarkt een groep van 4 kinderartsen weten te formeren.

Continuïteit

Veel kleine ziekenhuizen melden moeite te hebben met de vervulling van vacatures voor medisch specialisten. Vooral de vacatures voor kinderartsen en gynaecologen blijken moeilijk om te vervullen.

Als belangrijkste reden voor het lastig vervullen van vacatures werd tijdens de ronde 'het algemene tekort aan medisch specialisten' genoemd. Daarnaast belemmert de minimum omvangs eis voor maatschappen van enkele beroepsverenigingen de kleine ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen gaven aan dat het minimaal aantal medisch specialisten per maatschap voor een klein ziekenhuis niet zo hoog hoeft te zijn als door de beroepsverenigingen gevraagd wordt. Een derde reden is dat kleine ziekenhuizen moeite hebben een opleidingsbevoegdheid te krijgen waardoor het aantrekken van AGIO's niet mogelijk is. De verwachting is bovendien dat het aantal AGNIO's in de toekomst zal dalen doordat basisartsen sneller kunnen doorstromen in een opleiding. Veel ziekenhuizen gaven aan een aantal AGNIO's in dienst te hebben, met name op de SEH.

De aard van het kleine ziekenhuis wordt minder vaak gezien als oorzaak voor het moeilijk vervullen van vacatures. Een klein ziekenhuis heeft weliswaar als nadeel een hoge dienstendruk, maar hier tegenover staan de voordelen van een klein ziekenhuis zoals korte lijnen, weinig bureaucratie, de mogelijkheid om het vakgebied breed uit te oefenen, meer patiëntenzorg, ligging in de regio en toch de mogelijkheid om een aanzienlijk ambitieniveau waar te maken.

De ziekenhuizen proberen het personele probleem te ondervangen door medisch specialisten in het buitenland aan te trekken. Met behulp van een spoedcursus Nederlands en een aanvullende opleiding in het academisch ziekenhuis vullen de medisch specialisten uit het buitenland (met name uit Zuid-Afrika, Duitsland, Polen en Hongarije) moeilijk vervulbare vacatures in. Eén van de problemen is dat deze artsen, ongeacht het succes van hun loopbaan als medisch specialist in het thuisland, lange tijd in opleiding zijn bij het academisch ziekenhuis waar ze productie en diensten meedraaien op kosten van de kleine ziekenhuizen. Een tweede manier waarop ziekenhuizen het tekort aan medisch specialisten proberen op te vangen is door maatschappen te vormen over de grens van het eigen ziekenhuis heen (zoals hierboven al aangegeven). De mogelijkheid hiervoor is echter beperkt tot specialismen waarvoor geen 7x24-uurs beschikbaarheid nodig is.

Een aantal ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld het ziekenhuis in Dokkum, probeert het personele probleem te ondervangen door een kinderkraamafdeling op te zetten. Dit wordt beschreven in box 2.

Box 2: Kinderkraamafdeling

Het ziekenhuis in Dokkum heeft een kinder/kraam afdeling opgezet om de problemen met personeelstekort en te weinig vraag te ondervangen (het ziekenhuis in Delfzijl heeft plannen om een soortgelijke afdeling op te zetten). Op deze manier kan 7x24-uurs beschikbaarheid gegarandeerd worden met minder personeel.

Kwaliteit

Tijdens de ronde bleek dat medisch specialisten geen probleem zagen in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt in kleine ziekenhuizen. De medisch specialisten maken, mede omdat er geen AGIO's in hun praktijk werken, meer dan voldoende vliegreun om goede kwaliteit te kunnen blijven leveren. Bovendien zijn er duidelijke (informele) afspraken over wat wel te doen in een klein ziekenhuis en wat door te sturen naar een groter ziekenhuis. In box 3 wordt beschreven hoe inzichtelijk gemaakt kan worden welke ingrepen wel en niet gedaan zouden moeten worden vanuit kwaliteitsoogpunt.

Box 3: Vliegreun per ingreep

Het ziekenhuis Coevorden/Hardenberg heeft een lijst opgesteld van alle ingrepen die de medisch specialisten uitvoeren met de aantallen per jaar. Op deze manier is snel inzichtelijk welke ingrepen wel en niet gedaan worden in het ziekenhuis en of een medisch specialist de ingreep regelmatig genoeg uitvoert om de ingreep te doen.

De IGZ controleert tijdens haar inspectiebezoeken de kwaliteit van zorg. Zij merkt op dat voor kleine ziekenhuizen de kwaliteit van zorg in het geding dreigt te komen bij onderbezetting. Door de beperkte personele capaciteit is veel kunst en vliegwerk nodig om kwalitatief goede zorg te blijven leveren als één of meerdere personen (gedeeltelijk) wegvallen. Daarnaast geeft de IGZ aan dat het van belang is dat medisch specialisten hun kennis continu op peil houden om bij te blijven bij de voortdurende ontwikkeling van het vak. De nascholingspunten bieden hiervoor voldoende mogelijkheden.

Zorgketen

De kleinere ziekenhuizen die bewuste keuzes hebben gemaakt ten aanzien van hun positie in het totale zorgaanbod blijken vaak goed te zijn ingebed in dat aanbod. Er is dan sprake van duidelijk omschreven samenwerkingsrelaties met huisartsen, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. 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. Meer verwijzingen naar het eigen ziekenhuis door de huisartsen in het verzorgingsgebied levert een uitbreiding op van de adherentie. De samenwerking met de thuiszorg is vooral gericht op stroomlijning van de overplaatsing van patiënten naar de thuissituatie. De samenwerking met de verpleeg- en verzorgingshuizen, ten slotte, geeft de ziekenhuizen uitwijkmogelijkheden bij voorkomende 'verkeerde bed problematiek'. Als het ziekenhuis met een verpleeghuis onder één dak is gehuisvest, worden ook beperkte schaalvoordelen bereikt ten aanzien van bijvoorbeeld overheadkosten en hotelfunctie.

Financiële positie

De financiële positie van een aantal ziekenhuizen is zorgelijk. Als belangrijke reden hiervoor geven ziekenhuizen aan het ontbreken van een voldoende beschikbaarheidstoeslag in de huidige FB-systematiek. Het openhouden van de SEH en de daarbij behorende 7x24-uurs beschikbaarheid kost kleine ziekenhuizen meer geld dan grote ziekenhuizen omdat zij te weinig productie kunnen maken om deze kosten te dekken. Daarnaast zien kleine ziekenhuizen zich genoodzaakt om te investeren in bepaalde apparatuur om goede kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen ondanks het feit dat deze investering niet terugverdiend kan worden met een relatief beperkte productie. De toekomst wordt dan ook met zorg tegemoet gezien, omdat de financiering steeds meer op basis van geleverde productie zal gebeuren. In box 4 wordt uitgelegd welke maatregelen het ziekenhuis Coevorden/Hardenberg heeft genomen om de planning te optimaliseren en daardoor de financiële positie te verbeteren.

Box 4: Last-minute patiënten

Het ziekenhuis Coevorden/Hardenberg probeert met een aantal maatregelen de bezetting van medisch specialisten, overig personeel, en de OK zo optimaal mogelijk te organiseren zodat met de beschikbare middelen zo veel mogelijk geproduceerd kan worden.

- Om acute zorg en electieve zorg meer te stroomlijnen, reserveert het ziekenhuis bepaalde uren in de OK voor acute zorg. Als de OK niet nodig is voor acute zorg, kunnen last-minute patiënten in het schema ingepast worden;
- Last-minute patiënten zijn patiënten die rond 12 uur gebeld worden door het ziekenhuis als hun operatie op het laatste moment toch nog ingepland kan worden in het OK-schema;
- Daarnaast kent het ziekenhuis ook pro-memori patiënten. Deze patiënten hebben een tijdstip meegekregen voor hun operatie, maar worden rond 12 uur gebeld of hun operatie doorgaat. Meestal zijn dit de tijdstippen op het einde van een dag. Als er relatief weinig acute gevallen zijn binnengekomen, kan de operatie doorgaan. Anders wordt de operatie verzet.

BIJLAGE 3: BESCHRIJVING REEDS GENOMEN MAATREGELEN

Deze bijlage beschrijft de maatregelen die mijn voorgangers reeds hebben genomen om de positie van kleine ziekenhuizen te versterken.

Beleidsregels CTG schaalgroottetoeslag

Om de financiële positie van kleinere ziekenhuizen te verbeteren is de toeslag voor schaalgrootte twee keer aangepast. De ondergrens is in twee stappen verhoogd: eerst van 25 naar 44 FTE 'gewogen poortspecialisten' en daarna verder tot 62,5 FTE 'gewogen poortspecialisten'. Dit betekent dat ziekenhuizen met minder dan 62,5 FTE 'gewogen poortspecialisten' nu dezelfde vergoeding krijgen per variabele parameter (opname, verpleegdag, dagverplegingsdag en eerste polikliniekbezoek) als een ziekenhuis met 62,5 FTE 'gewogen poortspecialisten'. Vóór deze aanpassingen ontvingen de kleinere ziekenhuizen een lager bedrag per variabele parameter. Kleinere ziekenhuizen zijn er hierdoor ruim 36 miljoen euro op vooruit gegaan.

Beleidsregels ex artikel 3 WZV

De ziekenhuizen zijn gestimuleerd om zich als maatschappelijke onderneming meer rekenschap te geven van de maatschappelijke consequenties van een voorgenomen besluit. Externe betrokkenen (zoals patiënten- en consumentengroeperingen, ziektekostenverzekeraars, andere aanbieders van zorg, provinciale besturen en gemeentebesturen) hebben bijvoorbeeld een formele positie gekregen bij voorgenomen plannen tot concentratie of tot herverdeling van zorg. Dit staat nu in de beleidsregels ex artikel 3 Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg, dat in bijlage 4 is beschreven, sluit hierbij ook aan.

Standstill

Op kamerbreed verzoek is in december 2001 een standstill ingesteld. Het is een beroep op de ziekenhuizen om een pas op de plaats te maken met betrekking tot fusie- en concentratievoornemens in de ziekenhuissector. Deze pas op de plaats achtte de Kamer op dat moment wenselijk mede gelet op de commotie die op enkele plaatsen in het land was ontstaan over een aantal concentratieprocessen. Er is een klemmend beroep gedaan om de gevraagde pas op de plaats in acht te nemen voor een bepaalde periode. Inmiddels is deze periode, op herhaald verzoek van de Kamer, zonder einddatum verlengd. De kanttekening die bij de standstill gemaakt is, is dat bij een dreigend faillissement of bij overmacht wegens gebrek aan medisch specialisten waardoor de kwaliteit in het geding komt, er wel stappen gezet zouden moeten worden.

Maatregelen om capaciteit medisch specialisten te vergroten

Kleine ziekenhuizen hebben, nog meer dan grote ziekenhuizen, moeite medisch specialisten aan te trekken. Het tekort aan medisch specialisten wordt aangepakt met een beleidsregel (I-513) die ziekenhuizen stimuleert extra medisch specialisten op te leiden. Leidraad hiervoor is de jaarlijkse raming van het Capaciteitsorgaan (CO). Het doel is in 2010 vraag en aanbod onderling beter in evenwicht te laten zijn.

De Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) is daarnaast gevraagd verbeteringen te onderzoeken binnen de geldende regelgeving in de toelating van artsen met een buitenlands diploma. Het doel hiervan is 'geschikte' artsen uit het buitenland eerder daadwerkelijk aan de slag te laten gaan in Nederlandse ziekenhuizen.

BIJLAGE 4: REFERENTIEKADER SPREIDING CURATIEVE ZORG

Begin 2002 heeft mijn voorganger het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) uitgenodigd om aan de hand van het ingevulde model voor een basisziekenhuis te komen tot een concrete aanpak waarbij de nu nog bestaande adequate spreiding en de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg op zijn minst op peil gehouden wordt. Het "Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg" is opgesteld in samenwerking met Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Orde van Medisch Specialisten, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en Ambulancezorg Nederland, en is op 12 februari 2003 aan mijn voorganger aangeboden. Hierin wordt beschreven dat een eerste stap in dit proces is dat de belanghebbenden een gemeenschappelijke middellange termijn visie op de curatieve zorg in de regio ontwikkelen en gezamenlijk tot een verantwoord besluitvormingsproces komen. Het kernpunt van het Referentiekader is dat door vroegtijdig met alle betrokken partijen tot een gezamenlijk standpunt te komen, problemen voorkomen kunnen worden.

Het Referentiekader is een instrument dat ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere partijen regionaal ten dienste moet staan om – gegeven de beschikbare mogelijkheden – optimale bereikbaarheid van de ziekenhuisvoorzieningen te bewaken en zonodig te bevorderen. Het is een instrument dat het veld zelf heeft ontwikkeld en aan zichzelf heeft opgelegd. Het optimaliseren van de bereikbaarheid betreft nadrukkelijk de gehele curatieve zorg-as. De toepassing van het Referentiekader is primair aan de afzonderlijke lokale zorgaanbieders in overleg met zorgverzekeraars en andere belanghebbenden. Omdat commitment van lokale belanghebbenden van belang is voor het waarborgen van spreiding en bereikbaarheid, kan men er op lokaal niveau voor kiezen de uitwerking volgens het Referentiekader schriftelijk vast te leggen.

Voor het waarborgen van spreiding en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg hebben de partijen een aantal gezamenlijke uitgangspunten geformuleerd:

1. Onderscheid aanbrengen tussen planbare en acute zorg;
2. Nader definiëren van het begrip "acute zorg";
3. Verder ontwikkelen van bereikbaarheidsnormen ten aanzien van acute zorg met inachtneming van kwalitatieve/personele criteria van beschikbaarheid;
4. Bekrachtigen van bereikbaarheidsnormen door overheid/politiek;
5. Verankeren van een expliciete koppeling tussen de bereikbaarheidsnormen en de zorgplicht van de zorgverzekeraar, met inachtneming van de samenhang tussen acute en planbare zorg;
6. Hanteren van een functionele benadering van spreidings- en bereikbaarheidsvraagstuk in tegenstelling tot een institutionele benadering;
7. Invoering van gereguleerde marktwerking (vrije prijsvorming en marktmeester).

Ik onderschrijf de meeste uitgangspunten en heb daarvoor in een aantal gevallen ook reeds acties ingezet. Ik ben bezig nader uitwerking te geven aan het eerste en laatste punt. Eerder is aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) advies gevraagd is over de doelmatige inrichting van acute zorg en zal zonodig met de punten 2, 3 en 6 uitgebreid worden. Het vierde punt: (1) voor de ambulancezorg is er een vuistregel dat ambulancezorg binnen 15 minuten aanwezig is, (2) de vuistregel voor ziekenhuiszorg is dat een patiënt binnen 45 minuten een ziekenhuis met afdeling SEH moet kunnen bereiken. Het vijfde punt, daarentegen, is meer controversieel. Het is ook het punt waardoor Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgehaakt. Het is nog te vroeg om te bepalen of bereikbaarheidsvuistregels expliciet gekoppeld zouden moeten worden aan de zorgplicht.

Het Referentiekader sluit aan bij mijn keuze om zorgaanbieders in de regio gezamenlijk, en in nadrukkelijk overleg met de zorgverzekeraar – onverlet de overheidsverantwoordelijkheid voor de randvoorwaarden ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – een grotere verantwoordelijkheid te geven voor een aanvaardbare en beschikbare spreiding en bereikbaarheid van tweedelijnszorg. In dat kader is het van belang dat de belanghebbenden in de regio vroegtijdig overleg voeren over en een visie ontwikkelen op de wijze waarop in de huidige en toekomstige vraag naar (met name spoedeisende en basale medisch specialistische) ziekenhuiszorg kan worden voorzien en welke infrastructuur in het kader van het LTHP nodig is. Bij het opstellen van de middellange termijnvisie mogen partijen evenwel geen afspraken maken die de mededinging beperken zoals het afgrenzen van regionale of functionele markten.

BIJLAGE 5: STURINGSMOGELIJKHEDEN WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) biedt sturingsmogelijkheden, zij het beperkte, ten aanzien van plannen van een ziekenhuisbestuur om locaties te sluiten of functies anders over locaties te verdelen. Bouw is echter het aangrijpingspunt voor sturing in deze wet. Via lagere regelgeving zijn aan bouw gerelateerde onderwerpen nader geregeld. Voor de spreiding van ziekenhuizen zijn de beleidsregels ex artikel 3 WZV van belang. Hierin is voorgeschreven dat (1) uit de plannen van een ziekenhuisbestuur tot fusie of concentratie moet blijken waarom uitvoering noodzakelijk is, (2) waarbij rekening gehouden dient te worden met de effecten op de nabijgelegen ziekenhuizen, (3) de plannen overigens bezien moeten worden in de regionale context en (4) de bevolking, en patiënten- en consumentengroeperingen nadrukkelijk bij de besluitvorming betrokken worden. Het verplicht handhaven van bepaalde functies is dus niet geregeld in de WZV. Al in eerdere discussies met uw Kamer heb ik aangegeven dat dit ook niet mogelijk is binnen de WZV. In het kader van die discussie heeft de Kamer mij ook verzocht een standstill in te stellen. Een beroep op de ziekenhuizen om een pas op de plaats te maken met betrekking tot fusie- en concentratievoornemens in de ziekenhuissector. Voor dit beroep bestaat geen juridische basis.

BIJLAGE 6: BESCHRIJVING INVESTERINGSRICHTLIJN (I-553)

De beleidsregel Investerings (I-553) beschrijft de maxima voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen. De maxima zijn afhankelijk van het aantal erkende bedden.

Huidige beleidsregel Investerings

In de huidige maatregel gelden voor de algemene en categorale ziekenhuizen de volgende maxima:

Tabel 6.1: Maximale te investeren bedragen per jaar

Aantal erkende bedden	Per erkend bed	Per polikliniek-specialisteneenheid
< 300	€ 2.275	€ 25.638
300 – 450	€ 2.275 tot € 3.494	€ 25.638 tot € 37.644
450 – 600	€ 3.494 tot € 2.726	€ 37.644 tot € 32.719
> 600	€ 2.726	€ 32.719

De tabel laat zien dat ziekenhuizen tot 300 bedden een gelijk bedrag per erkend bed mogen investeren, dat ziekenhuizen van 300-450 bedden een hoger bedrag per erkend bed mogen investeren en dat ziekenhuizen met meer erkende bedden weer een lager bedrag per erkend bed mogen investeren.

Voorgestelde aanpassing beleidsregel

Door de ondergrens van het aantal erkende bedden te verhogen wordt het nadelige effect van de schaalgroottetoeslag in de investeringsrichtlijn opgeheven. Tabel 6.2 geeft dit weer.

Tabel 6.2: Maximale te investeren bedragen per jaar

Aantal erkende bedden	Per erkend bed	Per polikliniek-specialisteneenheid
< 300	€ 3.494	€ 37.644
300 – 450	€ 3.494	€ 37.644
450 – 600	€ 3.494 tot € 2.726	€ 37.644 tot € 32.719
> 600	€ 2.726	€ 32.719

Met deze aanpassing stijgt de gemiddelde jaarlijkse investeringsruimte van de categorie kleinste ziekenhuizen van €1,3 miljoen per jaar naar €1,9 miljoen per jaar. De categorie ziekenhuizen van 300 tot 450 bedden kan door de aanpassing gemiddeld €3,1 miljoen investeren in medische en overige inventarissen in plaats van €2,6 miljoen nu. De te investeren bedragen voor de overige ziekenhuizen blijven gelijk.

BIJLAGE 7: GEVOLGEN VAN MAATREGELEN VOOR INDIVIDUELE ZIEKENHUISLOCATIES

Deze bijlage beschrijft wat de gevolgen zullen zijn van de in de brief voorgestelde maatregelen voor de verschillende ziekenhuizen. Ik wil hierbij nadrukkelijk aangeven dat het een inschatting betreft. Het is zeker geen definitieve lijst omdat die bepaald zal worden door de uitwerking van de nieuwe beleidsregels door het CTG. Tabel 7.1 geeft een overzicht weer.

Beschikbaarheidstoeslag

De beschikbaarheidstoeslag geldt voor bestaande kleine ziekenhuislocaties met een afdeling SEH die bepalend zijn voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten van spoedeisende ziekenhuiszorg. Dit betreft de volgende tien locaties:

- Delfzijl (Delfzicht)
- Dirksland (Van Weel-Bethesda)
- Dokkum (Talma Sionsberg)
- Emmeloord (IJsselmeerziekenhuizen)
- Hardenberg (Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg)
- Hoogeveen (Bethesda)
- Oldenzaal (Medisch Spectrum Twente)
- Stadskanaal (Refaja)
- Winschoten (St. Lucas)
- Zevenaar (Alysis zorggroep).

Aanpassing beleidsregel investeringen (I-553)

De aanpassing van de schaalgroottetoeslag in de beleidsregel investeringen gaat gelden voor alle ziekenhuisorganisaties met minder dan 450 bedden.

Kwaliteitsborging

De aandachtspunten die de IGZ heeft geformuleerd gelden voor alle ziekenhuizen, maar gezien hun setting is het voor kleine ziekenhuislocaties nog extra van belang.

Opleidingsmogelijkheden

De opleidingsmogelijkheden zijn uitgebreid doordat ook in kleinere ziekenhuislocaties een deel van de opleiding kan plaatsvinden mits deze als opleidingsinrichting zijn erkend. Alle locaties kunnen hiervoor in aanmerking komen mits ze natuurlijk aan de hiervoor door het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) opgestelde criteria voldoen.

Tabel 7.1 geeft een overzicht van ziekenhuisorganisaties en ziekenhuislocaties waarover regelmatig contact is geweest met uw Kamer. Ik geef per ziekenhuis(locatie) voor welke maatregelen het in aanmerking komt.

Tabel 7.1: Beknopt overzicht ziekenhuizen en maatregelen

Ziekenhuis(locatie)	Beschikbaarheids-	Beleidsregel	Kwaliteitsborging	Opleidings-
---------------------	-------------------	--------------	-------------------	-------------

	toeslag	investerings (*)	(*)	mogelijkheden (*)
Baarn (1)			x	x
Delfzijl	x	x	x	x
Dirksland	x	x	x	x
Dokkum	x	x	x	x
Emmeloord (2)	x	x	x	x
Hardenberg	x	x	x	x
Hoogeveen	x	x	x	x
Kerkrade (3)			x	x
Oldenzaal (4)	x		x	x
Oosterhout (5)			x	x
Rotterdam (Havenziekenhuis)		x	x	x
Stadskanaal	x	x	x	x
Velp		x	x	x
Venray (6)			x	x
Winschoten	x	x	x	x
Zevenaar	x	x	x	x
Zierikzee (7)		x	x	x

(*) In dit lijstje komen niet alle ziekenhuizen voor die voor deze maatregel in aanmerking komen. Dat zou te uitvoerig zijn. Zie de omschrijving hierboven om te zien of een bepaalde maatregel voor een ziekenhuis(locatie) geldt.

- (1) Locatie van Meander Medisch Centrum
- (2) Locatie van Usselmeerziekenhuizen
- (3) Locatie van Atrium Medisch Centrum
- (4) Locatie van Medisch Spectrum Twente
- (5) Locatie van Amphia
- (6) Locatie van VieCuri
- (7) Locatie van Oosterscheldeziekenhuizen