



HET ZIEKENHUIS DICHTBIJ

OVER DE ONTWIKKELINGEN IN ZIEKENHUISLAND

SP.

VOORWOORD

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 Dit is de bizarre uitkomst van een falend bestuur bij de Treant Zorggroep en falende zorgverzekeraars. De marktwerking mislukt en de minister kijkt toe bij de teloorgang van het mooie Bethesda.

Deze gang van zaken is exemplarisch voor de ontwikkelingen bij de regionale 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 Stads kanaal en het Scheper Ziekenhuis in Emmen? Wij trekken de conclusie dat het 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. In dit rapport pleiten wij daarom voor regulering van de ziekenhuiszorg. Zodat ziekenhuiszorg op menselijke maat kan worden geboden, met een ziekenhuis dichtbij voor iedereen in Nederland.

Den Haag, oktober 2018

Henk van Gerven, Kamerlid SP
Femke Post, beleidsmedewerker

DANKWOORD

Een speciaal woord van dank voor hun kritisch commentaar gaat uit naar Armand Girbes, professor Intensive Care en hoofd van de Intensive Care VUmc Amsterdam, en Jaap van den Heuvel, professor Healthcare Management Universiteit van Amsterdam en voorzitter Raad van Bestuur van het Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk.

INHOUD

- Voorwoord **2**
- 1 Inleiding **3**
- 2 Ontwikkelingen in ziekenhuisland **4**
 - 2.1 Huidige situatie **6**
- 3 Wat maakt een ziekenhuis kwalitatief goed? **10**
 - 3.1 Wat geven de mensen zelf aan belangrijk te vinden? **10**
 - 3.2 Reistijd en bereikbaarheid **11**
 - 3.3 Personeel **11**
 - 3.4 Wetenschappelijke normen **12**
 - 3.5 Sociale norm **13**
 - 3.6 Wat is beter: kleine versus grote ziekenhuizen **13**
- 4 Alternatief: het ziekenhuis dichtbij **15**
 - 4.1 Alternatief **16**
- 5 Voorstellen **18**

1. INLEIDING

De afgelopen tientallen jaren sloten meerdere ziekenhuizen hun deuren om schaalvergroting te bevorderen.² Deze schaalvergroting kende een aantal oorzaken: bewust beleid van de overheid maar ook een tekort aan artsen, mede samenhangend met een toenemende specialisatie naar steeds kleinere afgebakende gebieden. Ten slotte leidde ook een terugtrekkende overheid en introductie van de marktwerking en concurrentie 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 mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om contracten af te sluiten.

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 onmiddellijk toegang hebben tot de diensten van het ziekenhuis.

Het is daarom de hoogste tijd om het tij te keren.

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 en het sluiten van ziekenhuizen. Wat er is, moet behouden blijven. We moeten ons realiseren dat wat eenmaal verdwenen is, niet zomaar terug kan komen. Daarom dit plan om de regionale ziekenhuizen te behouden. Daarbij is krachtig overheidsingrijpen geboden omdat de markt en de weg die de politiek tot nu toe heeft bewandeld niet brengen wat de samenleving wil: een kwalitatief goed ziekenhuis dichtbij en tijdig bereikbaar.

2. 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 1970 en 1980 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

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

	Algemeen	Categoriaal en overig ¹	Revalidatie ¹
# ziekenhuisorganisaties	66 ⁵	22	15
# ziekenhuislocaties	102 ⁴	57	21
# buitenpoliklinieken	130 ¹	-	-

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

Het aantal bedden per ziekenhuis nam echter toe. Had een ziekenhuis in 1922 nog gemiddeld 80 bedden, in 1999 was dit al 461 bedden.¹¹ Tegelijkertijd echter nam het aantal ziekenhuisbedden in heel Nederland af. Tussen 1972 en 2006 nam het aantal bedden met 30 procent af, van 75.496 in 1972 tot 51.296 in 2005.¹² In 2014 was het aantal bedden afgenomen tot 44.043 en 41.103 in 2015.¹³ Een gemiddeld Nederlands ziekenhuis heeft nu 450 bedden en slechts een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen heeft minder dan 300 bedden.¹⁴ Renze Portengen geeft in zijn proefschrift aan dat door fusies en overnames tussen 1980 en 2000 het aantal ziekenhuizen met 300 of minder bedden gehalveerd is, terwijl het aantal instellingen met meer dan 600 bedden is verdubbeld.¹⁵ Of ziekenhuizen hiermee té groot worden, is een moeilijk te beantwoorden vraag; hier is geen eenduidig getal op te plakken.¹⁶ 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.¹⁷

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 2016.¹⁸ Exemplarisch voor deze ontwikkeling is Hengelo. Daar wordt het ziekenhuis door de Ziekenhuis Groep Twente uitgekleeft. Tegelijkertijd verschijnt aan de overkant een privékliniek.¹⁹

Tabel 1

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.igj.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.²⁰

2.1 HUIDIGE SITUATIE

In Nederland hebben we op dit moment 66 ziekenhuisorganisaties en 102 ziekenhuislocaties.²¹ Zoals eerder aangegeven is te zien dat er sprake is van een daling van het aantal ziekenhuizen over de afgelopen jaren. De belangrijkste reden van het afnemende aantal ziekenhuizen is fusie.²² 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 algemeen maatschappelijke tendensen tot schaalvergroting.²³

2.1.1 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.²⁴ In de afgelopen drie jaar vonden 20 fusies, overnames en coöperatievormingen plaats waar ziekenhuizen bij betrokken zijn, waarvan vier in 2017.²⁵ Een fusie behoeft de goedkeuring van eerst de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en vervolgens de ACM. Het gebeurt soms dat een fusie ondanks toestemming geen doorgang vindt.²⁶ Echter, pas sinds kort worden de toezichhouders strenger.²⁷ 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.

2.1.2 DE 45-MINUTENNORM

De 45-minutennorm is vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (de WTZi).²⁸ De 45-minutennorm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp (SEH) vervoerd moet kunnen worden. Het ministerie van VWS is voor deze spreidingstoets uitgegaan van een meld- en uitruktijd van drie minuten en een 'inlaadtijd' van vijf minuten. Met een norm van 45 minuten wordt zo feitelijk getoetst op een maximale gezamenlijke aanrij- en afrijtijd van 37 minuten.²⁹

Ergens in de jaren '60 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.³⁰

In 2014 werd toenmalig minister van VWS, Edith Schippers, via een motie³¹ gevraagd te komen tot een visie op de spreiding van algemene ziekenhuizen in Nederland.³² 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).'

Ook is er gekeken naar de situatie in de ons omringende landen. In 2015 verscheen een rapport van het Nivel waarin de ambulancezorg in verschillende Europese landen werd vergeleken.³³ Uit deze vergelijking blijkt dat de genormeerde aanrijtijden, in het geval van een levensbedreigende situatie, verschillen per land:

1.	Duitsland:	5 minuten
2.	Ierland:	8 minuten
3.	Spanje:	8 minuten
4.	Verenigd Koninkrijk:	8 minuten
5.	Letland:	8-10 minuten
6.	Turkije:	10 minuten
7.	Estland:	15 minuten
8.	Hongarije:	15 minuten
9.	Litouwen:	15 minuten
10.	Nederland:	15 minuten
11.	Noorwegen:	90% binnen 12 minuten (stedelijk) of 25 minuten (niet-stedelijk)
12.	Tsjechië:	20 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, dan is te zien dat voor 6 à 7 van de 12 landen een kortere tijd dan 15 minuten wordt gerekend en drie 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 30 minuten, gelijk aan de tijd voor Nederland in het geval van niet-levensbedreigende situaties.

2.1.3. 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 2017 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 kan worden vervoerd. Een ziekenhuis wordt 'gevoelig' genoemd als sluiting van dat ziekenhuis betekent dat het aantal bewoners, dat volgens het bereikbaarheidsmodel niet binnen 45 minuten naar een SEH of acute verloskunde

kan worden gebracht, toeneemt. Er zijn momenteel tien gevoelige ziekenhuizen met een 24/7-uurs basis-SEH. Wat acute verloskunde betreft zijn er twaalf gevoelige ziekenhuizen. 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.³⁴⁷

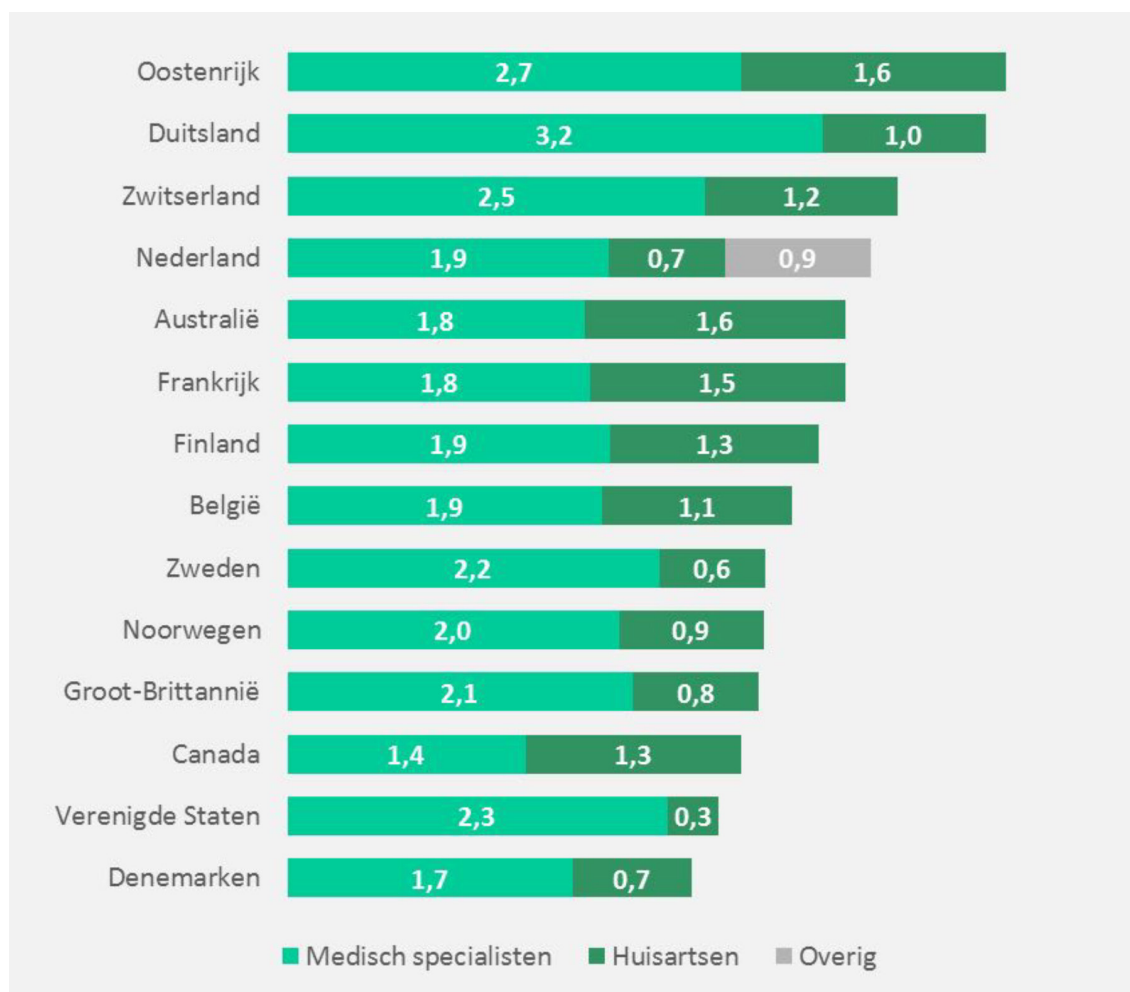
De regionale dekking van ziekenhuizen is, kijkende naar de marktwerking, altijd een struikelblok geweest. In dunbevolkte gebieden halen ziekenhuizen niet de door verzekeraars geëiste volumes voor onderdelen van de zorg. De eis om zorg 'dichtbij en op tijd' te garanderen, is moeilijk vol te houden in een markt waar kostenbesparing de belangrijkste leidraad vormt.³⁵

	<i>24/7-uurs Basis-SEH's</i>	<i>Plaats</i>	<i>Aantal inwoners</i>
1	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	Terneuzen	51.300
2	Noordwest Ziekenhuisgroep	Den Helder	37.600
3	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	26.700
4	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes	14.400
5	Zorgpartners Friesland	Leeuwarden	9.300
6	Ommelander Ziekenhuisgroep	Winschoten	2.300
7	Antonius Zorggroep	Sneek	2.200
8	Streekziekenhuis Kon. Beatrix	Winterswijk	400
9	Isala Diaconessenhuis	Meppel	300
10	De Tjongerschans	Heerenveen	200
	<i>Acute verloskunde</i>	<i>Plaats</i>	<i>Aantal inwoners</i>
1	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	Terneuzen	51.300
2	MCA Gemini Groep	Den Helder	37.600
3	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	26.700
4	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes	14.400
5	Ommelander Ziekenhuisgroep	Winschoten	11.200
6	Bravis ziekenhuis	Bergen op Zoom	10.600
7	Zorgpartners Friesland	Leeuwarden	9.300
8	Isala Klinieken	Zwolle	5.600
9	De Tjongerschans	Heerenveen	5.300
10	Amphia ziekenhuis, locatie Langendijk	Breda	3.000
11	Antonius Zorggroep	Sneek	2.200
12	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	400

Bron: <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=143ded38-8034-43aa-b663-6d71411c61dd&type=pdf&disposition=inline>

2.1.4 VERGELIJKING MET ANDERE LANDEN

Nederland kent op dit moment per miljoen inwoners zes 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).³⁶ In 2016 waren er 3,6 bedden per 1.000 inwoners in Nederland. In Duitsland was dit 8,33, in Frankrijk 6,1 en in België 5,7.³⁷ Het aantal medisch specialisten per 1000 inwoners was in 2016 vergelijkbaar met andere landen.³⁸ In Frankrijk en België zijn verhoudingsgewijs veel meer huisartsen dan in Nederland.³⁹

Aantal medisch specialisten en huisartsen per 1.000 inwoners in 2016


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

2.1.5 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.⁴⁰ 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 een kleinere schaal – heeft inmiddels steeds meer aanhangers gekregen.⁴¹

3. WAT MAAKT EEN ZIEKENHUIS KWALITATIEF GOED? ⁴²

Zoals eerder aangegeven is op dit moment het dominante criterium dat wordt getoetst bij het sluiten van een ziekenhuis(-afdeling) of er nog wordt voldaan aan de 45-minutennorm. De vraag is of het wenselijk is om een dergelijk besluit op deze norm 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 grootte van een ziekenhuis is. Ook moet ingegaan worden op de vraag hoe zich dat verhoudt tot de huidige ziekenhuisgroottes.

3.1 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 zorg die daar geleverd wordt, 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.⁴³ 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.⁴⁴ 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. Momenteel zijn alleen de resultaten van de poliklinieken van belang. Kijken we naar wat mensen belangrijk vonden, dan ontstaat er een duidelijke volgorde: (1) bereikbaarheid/toegankelijkheid, (2) deskundigheid, (3) informatie, (4) bejegening, (5) accommodatie, (6) zelfstandigheid en (7) klachten.⁴⁵

Dat deskundigheid en vooral ook reistijd/bereikbaarheid het belangrijkste worden gevonden, wordt in vele onderzoeken bevestigd.⁴⁶ 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 de menselijke maat en het gemak en comfort van de patiënt is dit van belang, maar ook voor het gemak waarmee de ziekenhuismedewerkers onderling kunnen overleggen over en met de patiënt.

3.2 REISTIJD EN BEREIKBAARHEID

De gehanteerde 45-minutennorm gaat over reistijd en bereikbaarheid. 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 een half uur reizen, met eigen vervoer, nog acceptabel vinden.⁴⁷

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

3.3 PERSONEEL

Een goede kwaliteit van zorg en deskundige professionals wordt, 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 vijf procent ziet een verbetering (54 respondenten). 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. Een quote van een van de verpleegkundigen was:

*'We zijn een fusieziekenhuis, personeel moet verder reizen om naar het werk te kunnen. Dit geldt ook voor de patiënten. Het ziekenhuis sluit afdelingen.'*⁴⁸

De hierboven genoemde toegenomen werkdruk 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. In de periode 2012–2016 kromp het aantal werknemers, 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 moeilijk⁴⁹ en de verwachting is dat het personeelstekort de komende jaren verder zal oplopen.⁵⁰ Begin 2018 liep het aantal vacatures in ziekenhuizen op tot 8.300, wat 2,8 procent is van het totaal aantal voltijdsequivalenten.⁵¹ Ook wordt er in de zorg veel deeltijd gewerkt. Wel is de deeltijdfactor in algemene ziekenhuizen in de periode 2012–2016 licht gestegen (oftewel de gemiddelde werktijd is toegenomen). Een dergelijke verandering was niet te zien bij de medisch specialisten.⁵²

Het Capaciteitsorgaan berekende dat bij zo goed als alle typen medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen (veelal werkzaam in het ziekenhuis) er een toename in het aantal nodig is.⁵³

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 zijn⁵⁴) is de instroom voor vier specialismen lager dan het minimumadvies van het Capaciteitsorgaan (dento-maxillaire orthopedie, heelkunde, klinische chemie en radiotherapie); de instroom bij andere specialismen ligt boven het minimumadvies of zelfs boven het maximumadvies.⁵⁵

3.4 WETENSCHAPPELIJKE NORMEN

De vraag die 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 (medisch) bewijs dat de 45-minutennorm een goede norm is?

3.4.1 ACUTE VERLOSKUNDE

In 2015 bereikte 99,9 procent en in 2016 99,8 procent van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd binnen 45 minuten de acute verloskunde.⁵⁶ 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.⁵⁷

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte spreekt zelfs over een norm van 15 minuten waarbij in acute situaties de behandeling in het ziekenhuis moet kunnen worden gestart.⁵⁸ De 45-minutennorm lijkt daarmee in strijd met de wetenschappelijke bevindingen van goede zorg bij acute verloskunde.

3.4.2 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 over de vraag naar welk ziekenhuis de acute patiënt het beste kan worden vervoerd. Een harde minutennorm waarin het ziekenhuis moet zijn bereikt is moeilijk aan te geven.

3.5 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 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 speelt een rol. Het is fijn als de patiënt gekend wordt in het ziekenhuis en de patiënt het ziekenhuis kent. En dat de dokter die de patiënt behandelt ook de dokter kent die hem/haar voor iets anders behandelt. Zij kan dus zo die andere dokter bellen als de patiënt tegenover haar zit.

Een reistijd van 15 minuten⁵⁹ voor iedereen in Nederland om met eigen vervoer dan wel openbaar 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 die de Stuurgroep zwangerschap en geboorte hanteert.

3.6 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.⁶⁰ Ondanks deze onzekerheid worden ziekenhuizen, door onder andere fusies, steeds groter. Het aantal bedden in een ziekenhuis wordt steeds hoger.⁶¹ Als het gaat om de optimale schaal voor een zorgorganisatie wordt in het onderzoek ‘Tussen servet en tafellaken’ aangegeven dat deze schaal niet zo duidelijk is vast te stellen maar dat wel geldt dat ‘schaalvergroting van zorgorganisaties alleen succesvol is als de zorg kleinschalig wordt aangeboden’.⁶² Gekeken naar wat mensen zelf belangrijk vinden, blijkt dat online over de wat kleinere, lokale ziekenhuizen een stuk positiever wordt gesproken dan over de grote medische centra (vanwege de menselijke maat en persoonlijk contact).⁶³ 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 meer 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.

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.⁶⁴ 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.⁶⁵

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. Kleine ziekenhuizen leveren dus geen slechtere kwaliteit van zorg voor de categorie patiënten die zij momenteel behandelen.⁶⁶

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. De kleinere en middelgrote ziekenhuizen scoren met een gemiddelde boven de 7.1 hoger dan de grote ziekenhuizen, die gemiddeld 6,7 scoren. Daarnaast wordt geconcludeerd dat met betrekking tot de financiële gezondheid er bij kleinere en middelgrote ziekenhuizen sprake was van een toename van het gemiddelde resultaat van 80 procent respectievelijk 14 procent.⁶⁷ Over 2017 hadden tien algemene ziekenhuizen een negatief resultaat; het betrof twee kleine, drie middelgrote en vijf grote ziekenhuizen.⁶⁸ Tenslotte blijkt dat de zorgkosten het laagst zijn in ziekenhuizen die kleiner zijn dan de meeste Nederlandse ziekenhuizen.⁶⁹

4. ALTERNATIEF: HET ZIEKENHUIS DICHTBIJ

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.⁷⁰ 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 worden de steeds grotere ziekenhuizen te machtig.⁷¹ Al deze twijfels en kritiek ten spijt is de bestuurlijke fusie tussen het Academisch Medisch Centrum en het VU Medisch Centrum inmiddels een feit.

Maar bij ieder bericht over (afdelingen van) ziekenhuizen die ('s nachts) worden gesloten komt er ophef uit de bevolking in de omgeving.⁷² 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 werden 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 – en met name de opdeling van die 45 minuten in blokjes van 5, 15 en 25 minuten – niet meer van deze tijd is. 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.⁷³

Kortom, de 45-minutennorm kent geen medische onderbouwing en gaat voorbij aan andere factoren die ook belangrijk zijn. Bovendien is de norm inmiddels zo'n 50 jaar oud en zijn de zorg en samenleving 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'⁷⁴, de norm waarmee ook het RIVM de bereikbaarheidsanalyse uitvoert.⁷⁵ Ook bestaat er geen voornemen van het ministerie om deze norm te evalueren of te herzien.⁷⁶ Het is dus niet voldoende om de spreiding van ziekenhuizen in Nederland af te laten hangen van alleen de 45-minutennorm. En als naar de ons omringende landen wordt gekeken, dan is een verdere afname van ziekenhuizen ook niet logisch; Nederland heeft in die vergelijking immers al veel minder ziekenhuizen en ziekenhuisbedden per miljoen inwoners.

4.1 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 ook Hengelo) waar geen ziekenhuis meer is. De fusiegolf heeft ertoe geleid dat vele volwaardige 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 Hogeveen en de onzekere situatie in Lelystad en bij het Slotervaart in Amsterdam.⁷⁷

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 zegen-

schap 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 SP 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).⁷⁸ 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 de ‘dagelijkse tweedelijnszorg’. Een dergelijk ziekenhuis zou 80 à 85 procent van de ziekenhuiszorg kunnen leveren; dit is alle zorg zonder academische en topreferente functies.

Met een basisziekenhuis wordt een ziekenhuis bedoeld met een beddenaantal tussen de 150 en 300. 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, 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 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 80 tot 85 procent van de benodigde acute/urgente, complexe chronische zorg leveren en is – in de woorden van het CBZ – de ruggengraat op het zorgcontinuüm voor medisch-specialistische ziekenhuiszorg. Een dergelijk basisziekenhuis kan worden gerealiseerd bij een adherentiegebied van ten minste 72.500 inwoners.⁷⁹

5. VOORSTELLEN

Om kleinschalige en bereikbare regionale ziekenhuizen te behouden doet de SP de volgende voorstellen.

1. INVOERING VAN EEN LEEFBAARHEIDSNORM/BEREIKBAARHEIDSNORM VAN 15 MINUTEN

Met een auto of met het openbaar vervoer moet de individuele patiënt een ziekenhuis kunnen bereiken binnen 15 minuten. Wordt de 15-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 15 MINUTEN VOOR ACUTE KLINISCHE VERLOSKUNDE

Met deze norm wordt het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte gevolgd.

3. VOER EEN EFFICIËNTIENORM IN

Uitgaande van een efficiëncynorm 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.

4. LEID MEER PERSONEEL OP

Om verdere schaalvergroting tegen te gaan en continuïteit en kwaliteit te kunnen garanderen, zal er 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-uurs opvang en behandeling van kritiek-zieke patiënten en klinische verloskunde behouden blijven. Daarbij wordt in eerste instantie gedacht aan capaciteitsuitbreiding voor de PACU, 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. ZIEKENHUIZEN WORDEN VERPLICHT 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. De hele sector en de patiënt is gebaat bij een stevig netwerk van grote en kleinere ziekenhuizen die goed samenwerken.

7. DE AANSTURING VAN HET ZIEKENHUIS WORDT GEDEMOCRATISEERD

Het maatschappelijk draagvlak voor fuserende en steeds groter wordende ziekenhuizen lijkt af te nemen. In de toets die gedaan wordt op fusies is er geen aandacht voor de lokale publieke belangen zoals de leefbaarheid, toegankelijkheid en bestuurbaarheid van het ziekenhuis in het gebied. Daarom krijgt bij belangrijke beslissingen – bijvoorbeeld omtrent fusies, verbouwingen, sluiting van afdelingen, en verhuizingen van locaties en afdelingen – de gemeente instemmingsrecht. In de Raad van Toezicht van het ziekenhuis komt daarom een vertegenwoordiger met vetorecht namens de gemeenten in het adherentiegebied. 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 het nu is. Elk ziekenhuis wordt bij een groot besluit gehouden het voorstel in te brengen in de gemeenteraad, die oordeelt of het besluit in het belang is van de lokale bevolking. Verder krijgen personeels- en patiëntenraden instemmingsrecht op fusies, verbouwingen, verhuizingen en sluitingen van voorzieningen. Deze maatregelen worden opgenomen in de zorgspecifieke fusietoets.

BIJLAGE - GEFUSEERDE ZIEKENHUIZEN TUSSEN 2015-2017 ⁵²

Overzicht fusies in de ziekenhuiszorg 2015-2017

Deze tabel dient als achtergrond informatie bij het onderwerp ziekenhuiszorg in Volksgezondheidszorg.info.

Voor meer informatie zie:

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

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	Arijne 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
Kenemer 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	Isala	Juridische fusie	2017
Isala Klinieken en Zorgcombinatie Noorderboog	Isala	Bestuurlijke fusie	2015
Koningin Beatrix Streekziekenhuis en Slingeland ziekenhuis	Isala	Bestuurlijke fusie	2017
VieCuri en Laurentius Ziekenhuis	Isala	Bestuurlijke fusie	2016
De Sionsberg door ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland	Sionsberg (polikliniek)	Overname	2015
Landeland ziekenhuis door Reinier Haga Groep	Reinier Haga Groep	Overname	2015
Ommeland Ziekenhuis door het Universitair Medisch Centrum Groningen	Ommeland 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; goedgekeuring ACM
St. Anna Zorggroep en Catharina Ziekenhuis		Bestuurlijke fusie	2017 goedgekeuring NZa; ter goedgekeuring naar ACM
Stichting Maastricht Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen neurologie en geriatrie		Overname	2017 goedgekeuring NZa
Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen urologie, KNO, longziekten en cardiologie		Overname	2017 goedgekeuring NZa en ACM
Stichting IJsselland Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen gynaecologie, heekunde, orthopedie, neurochirurgie, interne geneeskunde en reumatologie		Overname	2017 goedgekeuring NZa en ACM
Erasmus MC en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. specialismen dermatologie, kindergeneeskunde, pijngeneeskunde en tropen- en infectieziekten		Overname	2017 goedgekeuring NZa en ACM

EINDNOTEN

- 1 Zie: www.rtvdrenthe.nl/nieuws/139179/Mobiele-verloskamer-Wilhelmina-Ziekenhuis-staat-opzijn-plek
- 2 In bijlage 1 is ter illustratie een overzicht toegevoegd van de tussen 2015 en 2017 gefuseerde ziekenhuizen.
- 3 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf
- 4 Idem.
- 5 Waarvan 199 algemene ziekenhuizen, 9 academische ziekenhuizen en 53 categorale ziekenhuizen.
Zie: https://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 Zie: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20het%20rapport%20in%20het%20Engels%20%28550%20p.%29.pdf>. https://www.nvzziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf
- 8 Waarvan 70 algemene, 8 academische en 24 categorale ziekenhuizen.
- 9 Zie: <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 10 Zie p.25 in: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf
- 11 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf
- 12 Zie: www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2009/10/meer-ziekenhuiszorg-met-minder-bedden
- 13 Zie: www.staatvenz.nl/kerncijfers/ziekenhuisbedden
- 14 Zie: <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid:fdecc9co-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae?collection=research>
- 15 Zie: www.skipr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html
- 16 Zie: <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>
- 17 Zie: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf>
- 18 Zie het rapport 'Het resultaat telt: Particuliere klinieken 2016',
<https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/04/03/het-resultaat-telt-particuliere-klinieken-2016>
- 19 Zie: www.tubantia.nl/hengelo/nieuwe-priveneacute-kliniek-bij-zgt-hengelo-voor-dedeur-ac4462e5/
- 20 Zie: <http://celsustalma.nl/item/411>
- 21 Zie <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 22 Zie: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#nodeaantal-instellingen-voor-medisch-specialistische-zorg
- 23 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf?
- 24 Zie: <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>
- 25 Zie: <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 26 Zie: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#nodefusies-tussen-ziekenhuizen
- 27 Zie: www.zorgvisie.nl/stz-wil-mini-concentraties-tussen-ziekenhuizen/
- 28 Zie: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bereikbaarheidsanalyse-2.htm
- 29 Zie: <https://gezondezorg.org/files/Zorgconcentratie-analyse-rijtijden-SEH.pdf>
- 30 Zie: www.skipr.nl/blogs/id1614-de-45-minutengrens-is-niet-meer-van-deze-tijd..html
- 31 2192 (33253). Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33253-H.html>
- 32 Zie: www.eerstekamer.nl/behandeling/20140602/brief_van_de_minister_van_vws_met/document3/f=/vjakae327jyjh.pdf
- 33 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_ambulance_care_europe.pdf
- 34 Zie: www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2017/november/Aanbod_en_bereikbaarheid_van_de_spoedeisende_ziekenhuiszorg_in_Nederland_2017_Analyse_gevoelige_ziekenhuizen_2017
- 35 Zie: www.volkskrant.nl/columns-opinie/de-zorg-in-nederland-dreigt-weer-ernstig-teverschralen-b92329d6/
- 36 Zie: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/26832/Zorg%20toont%20-%20Brancherapport
- 37 Zie: www.flandersinvestmentandtrade.com/export/sites/trade/files/market_studies/Gezondheidssector_Duitsland_2016.pdf Zie ook: <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 38 Zie: <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>

- 39 Zie: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/26832/Zorg%20toont%20-%20Brancherapport
- 40 Zie: www.skopr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html
- 41 Zie: www.skopr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html
- 42 Zie: 'Onderzoek Elsevier: beste ziekenhuizen zijn te vinden in de provincie', www.zorgvisie.nl/48919-2/
- 43 Zie: www.smarthealth.nl/2015/01/06/waarom-kiezen-patienten-niet-voor-beste-ziekenhuis/
- 44 Zie: www.zorgvisie.nl/bereikbaarheid-belangrijkste-factor-bij-keuze-ziekenhuis-zvs014089w/
- 45 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/klantenwensen.pdf
- 46 Zie: www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/bijlagen/6850_Eindrapport_Vraagfactoren_ziekenhuizen.pdf Zie ook: www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf
Zie ook: www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/bijlagen/6850_Eindrapport_Vraagfactoren_ziekenhuizen.pdf
- 47 'Wachttijden in de ziekenhuiszorg', Nederlandse Zorgautoriteit, 16-12-2016.
- 48 Zie: www.sp.nl/sites/default/files/verpleegkundigen_aan_het_woord.pdf
- 49 Zie: <https://nos.nl/artikel/2234700-hoe-ziekenhuizen-met-man-en-macht-proberen-personeel-tevinden.html>
- 50 Zie: www.werk.nl/xpsimage/wdo213859
- 51 Zie: <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 52 Zie: <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2017.pdf>
- 53 Zie: http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/04/Rapportage-Vraag-FZO-3.0-2016_DEF.pdf
- 54 Zie: http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/04/2017_04_24-DEF-Regionale-spreidingmedisch-specialisten.pdf
- 55 Zie: <http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/05/Jaarbeeld-2016-ziekenhuizen-1.pdf>
- 56 Zie: www.staatvenz.nl/kerncijfers/ambulance-bereik-acute-verloskunde-binnen-45-minuten
- 57 Zie: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21138515 <https://www.ntvg.nl/artikelen/provincialeverschillen-perinatale-sterfte-en-reistijd-tot-ziekenhuis/volledig>
- 58 Zie: www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Advies-Stuurgroep-zwangerschap-en-geboorte-1.0-01-01-2009.pdf
- 59 Dit is dus een andere norm dan de 45-minutennorm die de ambulancetijden betreft en, zoals eerder aangegeven, stelt dat iemand 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.
- 60 Zie: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000688.pdf
- 61 Zie: www.skopr.nl/actueel/id35214-tij-van-schaalvergroting-in-de-zorg-lijkt-niet-te-keren.html
- 62 Zie: www.tilburguniversity.edu/upload/42ffd80b-2ef1-4b96-b09a-ce6277cadda1_Olthof.pdf
- 63 Zie: www.marketingfacts.nl/berichten/online-reputaties-2017-kleine-ziekenhuizen-winnen-vangrote-medische-centra
- 64 Zie: <https://esb.nu/esb/20006858/grootste-ziekenhuizen-zijn-niet-het-meest-produktief>
- 65 Zie: <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid:fdecc9c0-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae?collection=research>
- 66 Zie: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600188
- 67 BDO-Benchmark, 2017
- 68 Zie: <https://ziekenhuiszorgcijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>
- 69 Zie: <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid%3Afdecc9c0-29dd-42bc-a2b6-6edf43feabae>
- 70 Zie: <https://fd.nl/economie-politiek/1233686/worden-de-ziekenhuizen-in-nederland-te-groot>
- 71 Zie: www.bnr.nl/programmas/zakendoen/10339015/fusies-ziekenhuizen-zorgen-voor-misbruikmarktpositie
- 72 Zie: 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-bijalrijne-ziekenhuis-acb52of3/
Zie ook: www.dvhn.nl/drenthe/Protest-tegen-sluiting-verloskunde-Bethesda-%E2%80%99Dit-pikken-we-niet%E2%80%99-23186111.html
- 73 Zie: www.skopr.nl/blogs/id1614-de-45-minutengrens-is-niet-meer-van-deze-tijd..html
- 74 Zie: www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1eyo/vichf2s3htyu
- 75 Zie: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/minder-mensen-op-tijd-opspoedeisende-hulp.htm
- 76 Zie: <http://parlisweb/parlis/e1935b2c-77e6-4509-9990-a5ca27760057.pdf>
- 77 Zie: www.destentor.nl/lelystad/ziekenhuis-lelystad-heeft-financieneuml-le-nood-ab61abeb/
- 78 Zie de notitie over het bereikbare ziekenhuis van de minister, 20 november 2002, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27295-35.html>
- 79 Zie: www.basisziekenhuismoet.nl/verslagen/verslag_20060228.html
- 80 Zie: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#nodefusies-tussen-ziekenhuizen

SP. 

WWW.SP.NL