

DE TOEKOMST VAN HET ALGEMENE ZIEKENHUIS

Een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuis-aanbod

J.D. Meloen
P.P. Groenewegen
L. Hingstman



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Utrecht, november 2000

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700

De toekomst van het algemene ziekenhuis. Een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod / J.D. Meloen, P.P. Groenewegen, L. Hingstman
Utrecht: Nivel
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-501-5

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD	pag.
VOORWOORD	5
HOOFDCONCLUSIES	7
SAMENVATTING EN CONCLUSIES	9
1 INLEIDING	21
1.1 Probleemstelling	21
1.2 Aanleiding	21
1.3 Doelstelling	21
1.4 Vraagstelling	22
1.5 Methode	22
1.6 Kernbegrippen	22
1.7 Analyse spreiding	24
1.8 Overzicht rapport	25
2 ONTWIKKELING ZIEKENHUIZEN	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Fasen schaalvergroting	27
2.3 Elementaire schaalvergroting	27
2.4 Functionele schaalvergroting	31
2.5 Bestuurlijke schaalvergroting	35
3 HET BELEID	39
3.1 Inleiding	39
3.2 Fasen van beleidsontwikkeling	39
3.3 Fase spreiding ziekenhuizen	39
3.4 Fase consolidatie en schaalvergroting	39
3.5 Fase naoorlogs dirigisme en expansie	40
3.6 Fase overheidsplanning	40
3.7 Fase marktregulering	41
3.8 Fase afremming en deregulering	41
3.8 Recent beleid	42
4 OORZAKEN FUSIE- EN CONCENTRATIETENDENS	45
4.1 Inleiding	45
4.2 Drijvende krachten	46
4.3 Remmende krachten	52
4.4 Voor- en nadelen fusies	55
4.5 Voor- en nadelen kleine en grote ziekenhuizen	58

Vervolg Inhoud	pag.
5 BEOORDELINGSKADER	61
5.1 Inleiding	61
5.2 Grondslag beoordeling	61
5.3 Perspectieven actoren	61
5.4 Beoordelingscriteria	63
5.5 Het beoordelingskader	63
5.6 Uitwerking kader	64
5.7 Bestaande criteria	64
5.8 Prioriteiten actoren	70
5.9 Besluit	71
LITERATUUR	73
BIJLAGE: Ziekenhuizen anno 1999	81

VOORWOORD

In de afgelopen decennia is er een concentratie en schaalvergroting van ziekenhuizen in Nederland totstandgekomen. Hierbij speelden fusies van bestaande ziekenhuizen een belangrijke rol. Het doel van deze concentratie en de gevolgen ervan zijn tot op heden nog maar nauwelijks ter discussie gesteld. Vooral nog is onduidelijk welke criteria gesteld zouden moeten worden aan de regionale spreiding van het ziekenhuisaanbod en wat daarbij de rol is van de ziekenhuizen met een minder grote omvang, die in de nabije toekomst mogelijk hun zelfstandigheid zullen moeten opgeven, althans als de huidige trend zich voortzet.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de complexe situatie van de algemene ziekenhuizen en de huidige fusietendensen in de ziekenhuiswereld. Op basis hiervan dient een kader te worden ontwikkeld op grond waarvan beslissingen over de structuur en spreiding van het ziekenhuisaanbod kunnen worden beoordeeld. In deze studie wordt daarvoor de ontwikkeling van de ziekenhuizen geschetst en het daarbij behorende beleid besproken, zoals dat de laatste decennia tot stand kwam. Daarnaast wordt het wetenschappelijke onderzoek geïnventariseerd dat verricht is naar dergelijke processen van concentratie en schaalvergroting van ziekenhuizen.

Wij hopen dat het resultaat een bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van de gedachtengang over de spreiding van het ziekenhuisaanbod en de positie van het minder grote ziekenhuis, waardoor de verschillende zorgpartners in de toekomst hierover wellicht gemakkelijker tot overeenstemming kunnen komen.

Dit onderzoek werd door het Nivel uitgevoerd in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ).

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun stimulerende en deskundige bijdragen aan dit rapport.

Deze commissie werd gevormd door:

- Dr. J.H. Hagen, voorzitter Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ);
- Drs. C. Wiggers, secretaris Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ);
- Mw drs. M.I. van Bennekom, NP/CF, Utrecht;
- Prof.dr. A. Kreukels, Universiteit van Utrecht;
- Drs. H. Kroeze, directeur ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk;
- Prof.dr. J. Lambooy, Universiteit van Utrecht.

Tevens danken wij Marina van Geelkerken voor de bewerking en Richard van Kruysdijk voor de verwerking van het manuscript.

dr. J.D. Meloen, prof.dr. P.P. Groenewegen, dr. L. Hingstman

Utrecht, november 2000

HOOFDCONCLUSIES

- Er is een duidelijke concentratie en schaalvergroting opgetreden van ziekenhuizen in Nederland, met name in de laatste dertig jaar.
- Er zijn nu half zoveel ziekenhuizen als in 1970 en ruim een kwart van de locaties is opgeheven.
- De concentratie is vooral door fusies tot stand gekomen.
- Vooralsnog lijkt er geen einde aan de fusies te komen.
- De belangrijkste drijvende krachten achter fusies zijn de veronderstelde schaalvoordelen, naast overheidsmaatregelen, professionele kwaliteitsnormen en algemeen maatschappelijke tendensen tot schaalvergroting.
- Ziekenhuisfusies in Nederland zijn echter nooit systematisch wetenschappelijk op schaalvoordelen onderzocht. Er zijn opmerkelijk weinig onderzoeksresultaten beschikbaar, in scherp contrast met de grote hoeveelheid beleid aangaande de omvang en capaciteit van ziekenhuizen.
- In Nederland, maar ook internationaal, wordt recentelijk aan deze schaalvoordelen getwijfeld en worden ook schaalnadelen voor mogelijk gehouden.
- Er is onzekerheid ontstaan over de meest geëigende schaalgrootte van ziekenhuizen in verband met doelmatigheid, efficiency, kwaliteit, bereikbaarheid, patiëntgerichtheid en de juiste menselijke maat.
- Er is nauwelijks een maatschappelijke discussie over de toekomst van de spreiding van ziekenhuizen.
- Het is nodig dat er meer duidelijkheid komt over het toekomstige ziekenhuisaanbod.
- Daartoe dient een fundamentele aanpak ontwikkeld en geïmplementeerd te worden die recht doet aan de veranderde omstandigheden en de perspectieven van de betrokken zorgpartijen.
- Een regionale aanpak met (meerjaren)afspraken tussen regionale zorgpartijen past beter in het huidige beleidsklimaat dan een planmatig macrobeleid dat door velen als verouderd beschouwd wordt.
- In overleg tussen zorgpartijen dienen criteria voor een evenwichtig regionaal ziekenhuisaanbod te worden opgesteld.
- Als eerste aanzet werd een kader ontworpen dat instrumenteel kan zijn bij de beoordeling van het gewenste ziekenhuisaanbod.
- Het kader bevat gebieden waarop consensus nodig is tussen de verschillende betrokken zorgpartijen, alvorens een regionaal zorgpakket kan worden overeengekomen.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

1. INLEIDING

Problematiek ziekenhuisconcentratie

Het doel van dit onderzoek is nader inzicht te verkrijgen in de ontstane situatie van de ziekenhuizen met betrekking tot de spreiding en concentratie, en de achtergronden van de huidige fusietendensen in de ziekenhuiswereld, ten einde een kader te kunnen ontwikkelen op grond waarvan beslissingen over de structuur en spreiding van het ziekenhuisaanbod kunnen worden beoordeeld. De vraagstelling luidt daarom:

1. Wat zijn in het algemeen de gebieden waarvoor criteria ontwikkeld moeten worden voor (regionale) spreiding van het ziekenhuisaanbod, qua organisatie, functies en voorzieningen?
2. Welke perspectieven zijn relevant voor een beoordeling van de concentratie van het ziekenhuisaanbod, in het bijzonder met betrekking tot de positie van het zelfstandige, kleinere algemene ziekenhuis?

Het doel was niet om de criteria en perspectieven te ontwerpen, maar om de gebieden te bepalen waarop zij werkzaam dienen te zijn. Het resultaat kan gebruikt worden om tot consensus te komen tussen de zorgpartners over de spreiding van het ziekenhuisaanbod.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werd een uitgebreide, maar beknopt weergegeven, literatuurstudie verricht over wat er binnen en buiten Nederland bekend is over de achtergronden van de huidige concentratie van het ziekenhuisaanbod in het algemeen en over de positie van de zelfstandige, kleinere algemene ziekenhuizen in het bijzonder.

Aan de orde komt een analyse van de spreiding van ziekenhuizen en van het gevoerde beleid, alsmede van de belangrijkste oorzaken van de tendens tot schaalvergroting, fusie en concentratie. Vervolgens wordt een ondersteunend kader ontwikkeld voor de beoordeling van de criteria voor spreiding en concentratie van algemene ziekenhuizen.

2. ANALYSE

Concentratie ziekenhuizen

Er is een duidelijke concentratie van ziekenhuizen in Nederland tot stand gekomen in de laatste dertig jaar. De concentratie is sterker op het niveau van de organisaties dan op het niveau van de locaties. We constateren dat er een halvering van het aantal algemene ziekenhuizen heeft plaatsgevonden, terwijl het aantal locaties met ongeveer een kwart is afgenomen. Voor een deel gaat het om een algemene trend die ook in andere landen voorkomt. Deze concentratietendens heeft te maken met veranderingen in de arbeidsverdeling in de gezondheidszorg, onder meer door de ontwikkeling van subspecialismen en aandachtsgebieden bij professionals, en met de medisch-technologische vooruitgang.

Daarnaast is er een flinke schaalvergroting van ziekenhuizen opgetreden, mede door de concentratietendens. Had in 1922 een ziekenhuis gemiddeld 80 bedden, dat aantal is geleidelijk opgelopen tot 461 bedden in 1999. Naast een groot aantal kleine en middelgrote ziekenhuizen zijn er nu ook ziekenhuizen met meer dan 1000 bedden ontstaan. Deze schaalvergroting heeft belangrijke consequenties voor de organisatie en het bestuur van ziekenhuizen.

Ten slotte is er sprake van een zekere functiedifferentiatie waarbij ziekenhuizen steeds meer medisch-technische behandelhuizen worden met een steeds kortere verpleegduur, terwijl de verzorgingsfunctie vaker wordt overgenomen door verpleeg- en verzorgingshuizen of door de thuiszorg.

De concentratietendens leidt ertoe dat in toenemende mate kleine ziekenhuizen verdwijnen, terwijl de overblijvende ziekenhuizen in omvang toenemen. Dit gebeurt de laatste 30 jaar vooral door fusies, aanvankelijk nog met veel nieuwbouw, terwijl later meerlocatie-ziekenhuizen ontstonden. De kleine ziekenhuizen werden gesloten of werden een onderdeel van een groter ziekenhuis. Er zijn momenteel nog slechts enkele ziekenhuizen met minder dan 200 bedden. Samengevat komt de ontwikkeling neer op minder ziekenhuizen met meer bedden per ziekenhuis dan vroeger, waar meer patiënten korter worden behandeld.

Algemene tendens

In het algemeen zijn in de sector van professionele diensten ontwikkelingen te zien naar concentratie en schaalvergroting, zoals in het onderwijs, de accountancy, de advocatuur, enigszins bij het notariaat en bij de politie. Vaak heeft dat geleid tot een tweedeling in de omvang van de organisatorische eenheden, met enerzijds een aantal grote instellingen en anderzijds een aantal hele kleine. In de advocatuur en de accountancy is de schaalvergroting beïnvloed door de enorme groei en internationalisering van de cliënten. In het onderwijs en gezondheidszorg speelt meer de wens tot het aanbieden van een bredere range van opleidingen c.q. specialisaties een rol. De kleine instellingen in het onderwijs en deels bij de advocatuur zijn 'niche-organisaties', dat wil zeggen zij richten zich op kleine, maar speciale deelmarkten. In de Nederlandse gezondheidszorg is de ruimte voor niche-organisaties, zoals gespecialiseerde privé-klinieken, tot nu toe klein gebleven. Wel bestaan er categoriale instellingen en een aantal ziekenhuizen in de gezondheidszorg.

Fasen overheidsbeleid

Het overheidsbeleid ten aanzien van de bouw en concentratie van ziekenhuizen heeft een aantal fasen doorlopen. Tot de jaren zeventig werden kleine ziekenhuizen van beleidswege vooral gesloten op grond van kwaliteitsoverwegingen. Er bestonden nog zeer kleine ziekenhuizen (minder dan 50 bedden) die niet in staat waren de veranderde arbeidsverdeling onder specialisten en de nieuwe technologische mogelijkheden te volgen. In de jaren zeventig werd het beddenreductiebeleid ingevoerd met als achtergrond kostenbeheersing. Omdat sluiting van kleine ziekenhuizen en vermindering van bedden van bestaande instellingen weerstand opriep, werd de beddenreductie vaak gekoppeld aan nieuwbouw, waarbij het totaal aantal toegestane bedden minder was dan de som van het aantal bedden in de oorspronkelijke ziekenhuizen.

In de jaren tachtig kwam een nieuwe golf van strategische fusies tot stand door anticipatie op de plannen voor meer marktwerking in de gezondheidszorg (commissie Dekker en wat daarop volgde). Maar een tweede en wellicht krachtiger stimulans ging uit van de functiegerichte ziekenhuisbudgettering of FB-systematiek. Deze systematiek maakte fusies aantrekkelijk doordat het budget van een fusieziekenhuis groter werd dan de som van de afzonderlijke budgetten van de ziekenhuizen van voor de fusie. Dit staat bekend als de 'fusiebonus', een bonus op fusies, en daarmee ook op schaalvergroting van ziekenhuizen.

Schijnbaar autonoom proces

De alom tegenwoordige trend tot schaalvergroting en concentratie lijkt op zichzelf een autonoom proces, maar is in werkelijkheid het resultaat van complexe uiteenlopende beleidsinvloeden van verschillende actoren in de gezondheidszorg, waarvan positie, rol en strategisch gedrag ook nog eens in de loop der tijd varieerden. Zo is van een duidelijke overheidsplanning van geografische spreiding en concentratie van algemene ziekenhuizen soms alleen op zeer globaal niveau sprake geweest. In de praktijk werd de spreiding veelal door het particuliere initiatief in het begin van de 20e eeuw vrij willekeurig tot stand gebracht en vervolgens door de overheid enigszins geordend, maar niet altijd met succes. De invloed van de overheid is vaak beperkter geweest dan de bedoeling was. Traditionele criteria voor spreiding of concentratie waren vooral een beleidsmatige beheersing van ziekenhuisnieuwbouw (respectievelijk uitbreiding en renovatie). Meer concrete criteria waren onder meer het beddenpromillage, de omvang van het adherentiegebied, de specialistenbezetting, terwijl ook de verpleegprijs, het aantal opnames per

inwoner en de omvang van het aanbod van belang zijn geweest. Maar ook minder concrete begrippen als te garanderen continuïteit, de kwetsbaarheid van de voorziening en de kwaliteit van de dienstverlening zijn naar voren gebracht.

De geografische concentratie na midden jaren 70 vond eveneens niet zozeer plaats op basis van een evenwichtige spreiding (al was die wel voorzien in de 'ideale' regio) maar veel meer op basis van allerhande directe en indirecte overwegingen: financiële overwegingen, lokale verhoudingen, bedden- en ziekenhuisaantallen per regio, schuivende criteria voor minimale ziekenhuisgrootte en adherentieomvang, diverse kwaliteitscriteria (garantie continuïteit, oplopende specialistenbezetting) en dergelijke. Daarnaast waren er pure (nationale of lokale) machtspolitieke factoren, veelal op de korte-termijn gericht en soms verschillend per kabinet of kabinetsperiode, die tot beslissingen over sluiting, fusie of overplaatsing van ziekenhuizen leidden (Baakman, 1990; Können 1984). In de laatste, meest recente fase werd echter weer meer aan de organisaties overgelaten en werd de greep die de overheid nog had, nog verder vermindert. Beleid en effect lijken ten aanzien van een evenwichtige planning soms ver uit elkaar te hebben gelegen, al heeft het overheidsbeleid vooral effect gehad met de stimulering van concentratie, door onder meer de beddenreducties en diverse financieringsmaatregelen.

Aan de trend van schaalvergroting en centralisatie, lijkt vooralsnog geen einde te zijn gekomen. Ondanks het aanvankelijke regeringsbeleid van het Paarse kabinet in de jaren 90 om niet langer schaalvergroting en concentratie te bevorderen, is het aantal ziekenhuizen, eigenlijk ziekenhuisorganisaties, gedaald. Daarom is het momenteel onduidelijk hoeveel ziekenhuizen er in de toekomst zullen overblijven, noch welke omvang ze zullen hebben en hoe ze gespreid zullen zijn over het land.

Oorzaken fusies

De vraag rijst wat nu eigenlijk de oorzaak is voor de niet aflatende tendens tot concentratie en fusie in de ziekenhuiswereld. De wetenschappelijke literatuur levert een aantal factoren op. Onder de tot fusie drijvende krachten wordt met name gerekend (1) de 'economy of scale', het behalen van economische 'schaalvoordelen' bij schaalvergroting van de organisatie. Daarnaast speelt een rol (2) de 'economy of scope', het behalen van voordeel door een grotere diversiteit in het dienstenaanbod, de 'producten'. Dit laatste hangt vaak samen met schaalvergroting. Indirect spelen ook (3) de voortschrijdende professionalisering en de toegenomen kwaliteitseisen van de medische specialisten een rol, zoals bij de richtlijnen voor een steeds grotere normpraktijk. (4) De maatschappelijke trend van werkduurverkorting geldt voor het gehele ziekenhuis en kan soms beter opgevangen worden door schaalvergroting. (5) De kwaliteitseisen van de overheid kunnen eveneens indirect tot concentratie en fusies leiden, vooral bij het verkrijgen van topzorg-units. (6) Fusie is vaak als reddingsoperatie voorgesteld om tot grotere eenheden te komen bij diverse ongunstige externe omstandigheden. (7) Het streven naar marktdominantie, macht en status als fusiemotief is vooral een theoretische aangelegenheid, maar praktisch niet geheel uit te sluiten. Van groot belang is tevens (8) het algemene overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg, vooral wat betreft de financiële beheersing, en meer praktisch, het al decennia bestaande beleid tot beddenreductie. (9) Daarnaast hebben meer concrete financiële maatregelen zoals de fusiebonus en de FB-systematiek voor de ziekenhuisfinanciering een schaalvergroting in de hand gewerkt.

Afremming fusies

Daartegenover staan nog weinig onderkende krachten die remmend werken op fusies. De belangrijkste is (1) de wens van de bevolking en het lokale bestuur tot behoud van ziekenhuisvoorzieningen op zo kort mogelijke afstand van de woonkern. Daarnaast wordt (2) een goede lokale inbedding en samenwerking met een groter ziekenhuis gezien als mogelijkheid tot behoud van kleinere ziekenhuizen en locaties. (3) Het overheidsbeleid kan ook remmend werken, want naast de bestaande indirecte fusiebevorderende maatregelen, is sinds het Paarse kabinet een soort moratorium ingesteld op ziekenhuisfusies. Dit moratorium werkt echter slechts ten dele omdat fusies sindsdien alleen wat minder vaak zijn voorgekomen dan ervoor, maar nog steeds

doorgang vinden. De concentratie van ziekenhuisafdelingen wordt wel van overheidswege ondersteund, met name bij topzorgbehandelingen. Daarbij heeft de overheid in het kader van deregulering de toestemming voor fusies grotendeels uit handen gegeven. Een belangrijke, maar nog onverkende mogelijkheid is (4) dat er een eind komt aan de fusiemogelijkheden, omdat bepaalde grenzen worden bereikt, zoals die van gewenste maximumafstanden tot ziekenhuizen, met name in verband met acute en chronische zorg. (5) Fusies zijn al enkele decennia aan de gang, maar kunnen door externe oorzaken als middel bij het beleid uit de gratie raken, zoals (ten dele) met de overheidsplanning uit de jaren 70 is gebeurd. De vraag wat de maximale, dan wel de optimale omvang van een ziekenhuis kan zijn bij gegeven economische en kwaliteitsaspecten is nimmer beantwoord. (6) In het buitenland wordt de anti-kartel wetgeving ingezet om schaalvergroting te voorkomen, wanneer die niet langer in het belang van de gezondheidszorg is. Maar de rol van de toezichthouder NMa lijkt vooralsnog beperkt bij ziekenhuisfusies. Het is echter mogelijk dat de landelijke en EU-regels voor mededinging in de toekomst een grotere rol gaan spelen, ook in de zorgsector.

Twijfel aan fusievoordelen

De drijvende krachten tot fusie en concentratie hebben het van de remmende krachten al decennia lang ruimschoots gewonnen, al worden er recentelijk steeds meer vragen gesteld over diverse aspecten van fusies, concentratie en spreiding van ziekenhuizen (Ferguson en Goddard, 1997; Hagen, 1994, 1995). Aan het wetenschappelijk bewijs van de voordeligheid van ziekenhuisfusies wordt de laatste jaren openlijk getwijfeld (Sowden en Sheldon 1998; Ferguson en Goddard, 1997). Goed gecontroleerde studies zijn zeldzaam en geven geen eensluidende conclusies. Soms gaat het bovendien om indirecte analyses op macro-niveau, die nog weinig zeggen over het effect van fusies op instellingenniveau. Veelal wordt geen rekening gehouden met onverwachte extra fusiekosten. Die ontstaan onder meer wanneer de integratie van het personeel stukt door verschillende organisatieculturen of confessies, hetgeen gepaard kan gaan met duur crisismanagement en extra tijdelijk personeel om bijvoorbeeld uiteenlopende computer- en administratiesystemen op elkaar aan te sluiten. Ook worden besparingen door fusies soms weer snel aan nieuwe projecten uitgegeven. Er bestaat daarmee ook twijfel aan de financiële schaalvoordelen en de weinige studies die verricht zijn, lijken vooralsnog niet altijd positief en eensluidende resultaten op te leveren. Ook, en met name de lange-termijn effecten blijven onduidelijk, vooral omdat deze nauwelijks bestudeerd zijn. Dat wordt na een fusie vaak niet meer relevant gevonden.

De doorgaans veronderstelde toegenomen kwaliteit is wegens problemen om kwaliteit te operationaliseren, moeilijk vast te stellen. Hierover bestaat door een gebrek aan vergelijkend onderzoek ook weinig zekerheid, met uitzondering van de kwaliteit van hoog-gespecialiseerde zorg, die voor zichzelf spreekt. Tegenover voordelen van schaalvergroting staan ook nadelen, die te weinig genoemd worden, zoals bureaucrativering, verkokering, en uiteindelijk ondoelmatigheid door te grote of te snel groeiende organisaties of te veel reorganisaties. Ook hierover bestaat weinig zekerheid wegens het vrijwel geheel ontbreken van specifieke onderzoeksresultaten. Grotere ziekenhuizen zijn wellicht beter in horizontale fusies, kleinere zouden mogelijk beter zijn in verticale, door een betere inbedding in de lokale zorg. Het idee dat megaziekenhuizen alleen voordelen bieden is echter nog nauwelijks ter discussie gesteld op basis van wetenschappelijk bewijs. Veel fusies lijken onder druk van de omstandigheden en soms van vigerend beleid tot stand te zijn gekomen.

Lacunes in onderzoek

De schaalvergroting heeft vooral plaats gevonden door fusies, maar fusies brengen hun eigen problemen met zich mee. Daar is in de organisatieleer veel over geschreven. Empirisch onderzoek in het bedrijfsleven heeft laten zien dat fusies vaak geen of onvoldoende meerwaarde opleveren voor de deelnemende bedrijven. Managers proberen vaak spijt achteraf vanwege gemiste kansen te minimaliseren door elkaar na te volgen.

In de gezondheidszorg heeft tot nu toe amper empirisch onderzoek plaatsgevonden naar de opbrengsten en kosten van fusies. Er bestaat wel onderzoek naar bepaalde aspecten en indirecte effecten van fusies en geografische spreiding van algemene ziekenhuizen, maar er is weinig specifiek en gericht onderzoek beschikbaar. Zo is er geen onderzoek gedaan naar de waarde van de verschillende organisatiemodellen waarin fusies gestalte krijgen. Gefuseerde ziekenhuizen kunnen bestuurlijk-organisatorische keuzen maken, zoals het meer of minder ver integreren en het verder gaan op één locatie of op meerdere locaties.

Tevens is er te weinig bekend van het strategisch gedrag van de actoren, de 'stake holders' in de gezondheidszorg (met uitzondering van bijvoorbeeld Baakman, 1990). Hun positie en rol is in de loop der tijd ook veranderd, al of niet door nieuw overheidsbeleid. Ook is er nauwelijks empirisch onderzoek gedaan naar het verloop van de patiëntenstromen bij fusies met ongelijkwaardige locaties. Fusieziekenhuizen met hoofd- en nevenvestigingen vertonen namelijk een zekere instabiliteit. Het risico bestaat dat patiëntenstromen zich geleidelijk verleggen naar de hoofdvestiging. Daardoor kunnen bepaalde diensten niet meer economisch worden aangeboden in de nevenvestiging en bestaat de neiging deze te concentreren en over te brengen naar de hoofdvestiging.

Vaak lijkt er bij ziekenhuisfusies automatisch van schaalvoordelen te worden uitgegaan, maar goed gecontroleerd onderzoek daarnaar blijkt internationaal nauwelijks voorhanden; in Nederland ontbreekt onderzoek grotendeels naar de veronderstelde voordelen van ziekenhuisfusies. Wanneer er in Nederland onderzoek werd verricht, betrof dit slechts deelaspecten van fusies, slechts een beperkt aantal fusies of cases of alleen fusies die zich lang geleden hebben voorgedaan onder andere omstandigheden.

Onderzoek naar de optimale grootte van ziekenhuizen kent in Nederland weinig traditie, (uitzondering bijvoorbeeld Blank c.s., 1998). Gezien de geleidelijke toename van de gemiddelde omvang van ziekenhuizen zou dergelijk onderzoek regelmatig nodig zijn en daarom herhaald moeten worden. Kwaliteits- en efficiëntieproblemen kunnen blijkbaar optreden zowel beneden als boven een bepaalde omvang. Het weinige onderzoek dat er is, laat zien dat de optimale grootte eigenlijk helemaal niet zo groot is.

Onderbouwd beleid?

Er bestaan daarmee aanzienlijke lacunes in de beschikbare kennis voor zover gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Dat is opmerkelijk aangezien het aantal algemene ziekenhuizen sinds de jaren 70 gehalveerd is, merendeels door fusies, terwijl momenteel een nieuwe halvering in de nabije toekomst voor mogelijk wordt gehouden. Dit staat in schril contrast tot de grote hoeveelheid beleid op het gebied van schaalvergroting en beddenreductie van de laatste decennia. De tendens tot ziekenhuisconcentratie lijkt niet te kunnen voldoen aan eisen van *evidence based*-beleid. Waarom zo weinig objectieve kennis is verzameld, terwijl het om zulke grote maatschappelijke belangen gaat, is vooralsnog amper verklaarbaar.

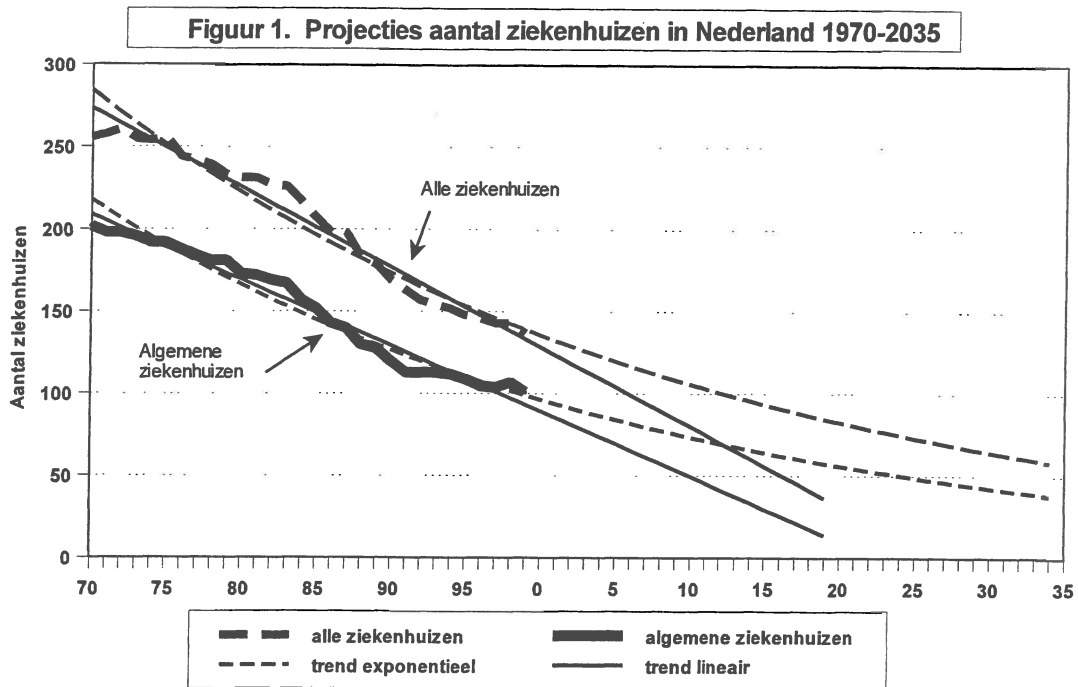
3. TOEKOMST

Steeds minder ziekenhuizen?

De toekomst van de ziekenhuizen is slecht voorspelbaar door de uiteenlopende belangen van de verschillende betrokken actoren, terwijl beleid en omstandigheden snel kunnen veranderen. Dat neemt niet weg dat het gevoerde beleid en de financiële en zorginhoudelijke omstandigheden een tamelijk dwingende richting kunnen aangeven. Een ziekenhuis wordt niet in korte tijd gebouwd en alleen al de planning van nieuwbouw of renovatie beslaat vele jaren. Het bestand aan ziekenhuizen zal daarom slechts traag veranderen. Dat geldt in mindere mate voor de wijze waarop de ziekenhuiszorg is georganiseerd, omdat daarin sneller veranderingen kunnen worden doorgevoerd.

We beperken onze trendanalyse tot enkele hoofdzaken van spreiding, concentratie en fusies van algemene ziekenhuizen. Midden jaren 70 trad een definitieve trendbreuk op naar afname

van het aantal ziekenhuizen, merendeels door fusies. Na ruim drie decennia van ziekenhuisfusies moeten we constateren dat het aantal algemene ziekenhuizen scherp gedaald is tot de helft van dat aantal, begin jaren zeventig. Maar een nieuwe trendbreuk naar stabilisatie van het huidige aantal lijkt nog niet zichtbaar (zie figuur 1). Weliswaar is het aantal ziekenhuizen in de jaren 90 onder invloed van overheidsbeleid minder snel afgenomen, maar nog steeds daalt het aantal ziekenhuizen, feitelijk het aantal ziekenhuisorganisaties.



Bron: CBS, NZI

Wanneer we, bewust speculatief, de langjarige trend lineair doortrekken dan wordt duidelijk dat bij een ongewijzigd maatschappelijk krachtenveld de ontwikkeling naar een geringer aantal ziekenhuizen nauwelijks tegen te houden lijkt. De lineaire projectie geeft aan dat al over circa 12 jaar het in discussies genoemde aantal van 40 algemene ziekenhuizen kan worden bereikt (in 1999 nog 101 algemene ziekenhuizen). Dan zullen minstens 60 bestaande ziekenhuizen bij een fusie worden betrokken. Weliswaar is de laatste tien jaar de daling minder sterk, maar met een minder sterke daling volgens een exponentiële kromme volgt in dezelfde tijd nog altijd een daling tot 70 algemene ziekenhuizen. Bij deze simpele projecties is verder geen rekening met omstandigheden gehouden die zich pas in de toekomst zullen voordoen, zoals de invoering van de voorgestelde financiering door diagnose-behandel combinaties (DCB's). Ook kan de mogelijke erkenning (dan wel ontkrachting) van het gegeven dat kleinere ziekenhuizen doelmatiger zouden zijn, tot een andere uitkomst leiden.

Toekomstig ziekenhuisbeleid

Of het ooit zover komt dat er 40 ziekenhuizen overblijven is vooralsnog onduidelijk en mede afhankelijk van nieuw en toekomstig beleid en de maatschappelijke respons daarop. Maar, zoals uit de figuur blijkt, is het opvallend dat het gevoerde beleid verschillende malen de laatste decennia sterk is bijgesteld (eerst overheidsplanning, daarna marktmechanismen en vervolgens meer pragmatisme), maar dat dit op de dalende trend slechts een geringe invloed lijkt te heb-

ben gehad; hooguit op de sterkte van de daling. Hieruit zou men kunnen opmaken dat ondanks het overheidsbeleid er maatschappelijke krachten zijn, waaraan ziekenhuisconcentraties onderhevig zijn, die sterker zijn dan het gevoerde beleid. Ruim een kwart van de locaties is inmiddels gesloten sedert het begin van de fusies. De mogelijkheid van aantasting van de bestaande spreiding met als gevolg een vergroting van de afstand tussen patiëntenwoning en ziekenhuis is daarom niet uit te sluiten.

Bij de huidige beleidsvoornemens van onder meer de Nota *Positionering algemene ziekenhuizen* (VWS, 2000a/b/c/d/e) zijn enkele nieuwe elementen van belang, al zal de jaarlijkse budgetoverschrijding, en de bijbehorende korting, waarschijnlijk blijven bestaan, omdat deze op meer algemeen financieel beleid is gebaseerd. Maar de FB-systematiek, die een oneigenlijk effect had en tot fusies kon leiden, en daarmee de fusiebonus zal op termijn worden afgeschaft, mede in verband met de nieuwe financieringsplannen (VWS, 2000e, 4.2). Om de locaties te behouden zijn daarbij meerlocatie-incentives voorgesteld, stimulansen die niet tot 'meerlocatie-bonussen' mogen uitgroeien. Dan is het immers mogelijk dat het fusieproces toch weer wordt gestimuleerd, namelijk als de mono-locaties de financiële incentives niet krijgen. Onbedoeld zouden de kleinere ziekenhuizen en kleinere locaties opnieuw onder druk komen te staan, omdat dit inherent is aan het fusieproces, want zonder afslanking van de oorspronkelijke organisatie(s) of opheffing van locaties, is er meestal nauwelijks een economisch voordeel te behalen.

De overheid heeft zich daarmee gevoelig getoond voor het wegnemen van oneigenlijke en indirecte incentives die tot fusie kunnen leiden. Maar de overheid zal in de toekomst nauwelijks meer invloed uitoefenen op fusies en deze niet meer kunnen verbieden. Hierdoor kunnen andere invloeden de ziekenhuisbouw gaan bepalen (CBZ, 2000), invloeden met een sterke eigen dynamiek. Een van die invloeden zal uitgaan van de zorgverzekeraars die in de nabije toekomst ook meer verantwoordelijkheden krijgen op budgettair gebied. Het is nog onduidelijk in welke richting hun invloed zal gaan. Daarmee is het twijfelachtig of de huidige trend tot een grotere ziekenhuisconcentratie zal worden omgebogen.

Grenzen aan ziekenhuisfusies?

Dat het niet-bedoelde effect van de functiegerichte budgettering lange tijd niet ter discussie werd gesteld, heeft wellicht te maken met een soms impliciete en soms expliciete argumentatie dat grotere ziekenhuizen ook betere ziekenhuizen zijn. Schaalgrootte en kwaliteit worden in de discussie gemakkelijk aan elkaar gekoppeld, maar een middelgroot ziekenhuis in de jaren 70 behoort nu bij de kleine ziekenhuizen en de 'optimale grootte' is meegegroeid met het steeds grotere gemiddelde. De ontwikkeling van de arbeidsverdeling onder artsen (subspecialisatie, aandachtsgebieden) kan ervoor zorgen dat het draagvlak van kleinere ziekenhuizen om een brede range aan specialismen in huis te hebben wellicht daalt. Daar staat tegenover dat de nieuwe ontwikkeling van de medisch-technologische middelen nu eerder in de richting gaat van gebruik in kleinschaliger voorzieningen. Een aantal apparaten (MRI bijvoorbeeld) en sommige hoog-specialistische behandelingen konden door de hoge kosten en het benodigde gespecialiseerde personeel alleen door grote ziekenhuizen worden betaald. Maar inmiddels is dergelijke apparatuur binnen het bereik van kleinere ziekenhuizen gekomen waardoor een stimulans tot schaalvergroting kan verdwijnen.

De vraag rijst daarbij of er theoretische dan wel praktische grenzen zijn aan ziekenhuisfusies en de uiteindelijke omvang van ziekenhuizen. Hierover kan alleen worden opgemerkt dat er eigenlijk nooit een echte discussie heeft bestaan over het vereiste aantal ziekenhuizen, locaties en organisaties, noch over criteria van afstanden, reistijden en bereikbaarheid. Als er al een discussie is geweest dan is die vooral over de minimale omvang van (meestal kleine) ziekenhuizen gevoerd, een omvang die indirect ook het totale aantal instellingen beïnvloedt. De minister zou recentelijk over een mogelijk aantal van 40 ziekenhuisorganisaties hebben gesproken (Binnendijk, 2000). Het is voornamelijk onduidelijk waarop dit aantal is gebaseerd.

Maatschappelijke discussie ontbreekt

We hebben gezien dat de factoren die fusie en concentratie bevorderen in kracht en aantal het van de remmende krachten veruit winnen. Maar mogelijk komt dit omdat de wetenschappelijke en maatschappelijke discussie, voor zover die bestaat, over de grenzen van fusies en aantallen ziekenhuizen, nog slechts van recente datum is. Het is een opmerkelijk gegeven dat de productiefste ziekenhuizen volgens de economische criteria van Stevens en Van Tulder (1995) de ziekenhuizen met 200 tot 300 bedden zijn, die vroeger tot de categorie grote ziekenhuizen behoorden en nu tot de allerkleinste gerekend worden. Dat lijkt nog nauwelijks doorgedrongen te zijn in de discussie over gewenste spreiding, omvang en concentratie. Ook dat sommige ziekenhuizen menen geen geschikte fusiepartner meer te kunnen vinden in hun regio is nog nauwelijks in de discussie betrokken. Hoe het ook zij, de grenzen aan de ziekenhuisfusies zijn nog nauwelijks verkend, laat staan onderzocht.

De veranderende organisatie van de ziekenhuiszorg roept daarbij de vraag op wat nog onder een ziekenhuis moet worden verstaan en wat de politiek en het publiek eigenlijk van ziekenhuiszorg verwacht. Het is niet denkbeeldig dat een ziekenhuis zonder continue en acute zorg en intensive care, zoals in de bedoeling ligt met de uitbreiding van dagziekenhuizen, buitenpoli's en transversale zorg, een grens overschrijdt, waarbij het door het publiek, of zelfs de eigen medewerkers niet langer meer als een ziekenhuis wordt herkend. De rol van het huidige kleinere ziekenhuis wordt hierbij onduidelijk, want er lijkt alleen een functie als satelliet van een op afstand gelegen organisatie over te blijven. Die organisatie kan besluiten functies, die als minimaal nodig beschouwd worden voor ziekenhuiszorg, over te hevelen naar elders, waardoor alleen een soort 'rompziekenhuis' overblijft.

Ook de vele locaties die een ziekenhuis kan beslaan, samen met de mogelijkheid dat over enkele decennia slechts één ziekenhuis(organisatie) per regio kan bestaan, suggereert dat het concept ziekenhuis, zoals het lange tijd bestond, aan het desintegreren is, hetgeen al uit de benamingen van ziekenhuizen als 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf', 'medische centra' en 'zorggroepen' blijkt. Niettemin zal het publiek deze centra waarschijnlijk gewoon als ziekenhuizen blijven zien.

De vele radicale hervormingen door fusies en schaalvergroting van ziekenhuizen lijken flinke consequenties op bedrijfsmatig, financieel-economisch en beleidsmatig gebied te hebben, terwijl ook de kwaliteit van zorg een primair belang is. Vooralsnog worden deze consequenties vooral als economisch en organisatorisch voordelig gewaardeerd. Het is de vraag of zo'n waardering gebaseerd is op voldoende kennis van de gevolgen van fusies, concentratie en schaalvergroting.

4. CRITERIA VOOR SPREIDING

Voorlopig lijkt er geen einde te komen aan de schaalvergroting en de ziekenhuisfusies. Daarom is een plaatsbepaling van het basisziekenhuis op zijn plaats. De ziekenhuizen met 200 tot 400 bedden lijken gedoemd binnen afzienbare tijd op te gaan in grotere gehelen. Het is de vraag welke criteria zouden moeten worden ontwikkeld voor het ziekenhuisaanbod.

Zelfstandige kleinere ziekenhuizen?

De keus tussen fusie en opheffing laat weinig ruimte voor alternatieven voor de kleinere ziekenhuizen. Toch worden er mogelijkheden beschreven voor deze ziekenhuizen om meer of minder zelfstandig te overleven (IGZ, 1995; Hagen, 1994, 1995).

1. Geen oneigenlijke stimulansen

Een voorwaarde voor het stabiel functioneren van kleinere ziekenhuizen is dat ongelijke kansen door budgettaire stimulansen dienen te worden weggenomen voor de kleinere ziekenhuizen die goed functioneren: de FB-systematiek/de fusiebonus en andere oneigenlijke financiële stimulansen. Eerder lijken kleine ziekenhuizen in aanmerking te komen voor extra kwaliteitsincentives

omdat zij elementaire voorzieningen als intensive care, spoedeisende hulp en de verloskundeketen (verloskunde, gynaecologie en kinderafdeling) op korte afstand van de woonkernen van patiënten waarborgen.

2. Versterking zorgketens

Een sterk punt van kleine ziekenhuizen is hun inbedding in de lokale 'verticale' zorgketen, de samenwerking met lokale zorginstellingen, huisartsen, verpleeghuizen en dergelijke. Er is in toenemende mate sprake van ketenvorming in de gezondheidszorg. Deze ketens richten zich vooral op de zorg rond ouderen en de zorg rond specifieke, veelal chronische aandoeningen. De achtergrond is dat ziekenhuizen zich in de loop van de tijd hebben ontwikkeld tot centra voor diagnose en interventie, terwijl de revalidatie en verzorging vaker elders plaats vindt. Dat kan alleen verder worden ontwikkeld in goed op elkaar afgestemde ketens. Versterking van deze netwerkfunctie ligt dan ook voor de hand. Daarnaast wordt wel voorgesteld dat er meer samenwerking komt met andere, doorgaans grotere ziekenhuizen, die zorg kunnen bieden die de basiszorg overstijgt. Voor voorzieningen als de spoedeisende hulp bijvoorbeeld zouden per regio met andere ziekenhuizen formele afspraken gemaakt kunnen worden. Ook de overheid bepleit samenwerking met enerzijds de lokale instellingen en anderzijds met grotere ziekenhuizen.

3. De verticale fusie

In het verlengde van de versterking van de verticale zorgketen ligt de mogelijkheid om tot één verticale zorgketen-organisatie te komen door fusie van een (kleiner) ziekenhuis met bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen of thuiszorgorganisaties, in zo geheten 'zorggroepen'. De te vormen onderneming of holding kan dan door de omvang alleen al meer gewicht in de schaal van de regionale zorgonderhandelingen leggen. Bovendien gaan de mededingingsbepalingen gelden, die gelijke kansen bij aanbesteding voorschrijven. Met name in regio's waar geen logische partner voor een kleiner ziekenhuis te vinden is, zou een dergelijke oplossing uitkomst kunnen bieden. Dit laat onverlet dat samenwerking (c.q. verwijsmogelijkheid) met een groter ziekenhuis ook dan belangrijk blijft.

4. Vaststelling basispakket

Er zou een minimum- of basispakket van ziekenhuiszorg moeten worden vastgesteld, een pakket dat door kleinere, maar ook door grotere ziekenhuizen als basisvoorziening kan worden gezien. Vervolgens kan bekeken worden hoe de verschillende basispakketten corresponderen met de regionale adherentiegebieden.

Dit kan een oplossing bieden voor het probleem waarbij door chronische budgettekorten het functiepakket 'sluipend' wordt verkleind. Dan wordt het ziekenhuis minder compleet in de ogen van de medewerkers, terwijl ook de specialisten vaak vinden dat hun werk te veel wordt ingeperkt. Het volledig opgeven van de spoedeisende hulpfunctie ligt gevoelig, evenals het opgeven van de intensive care. Het idee teruggebracht te worden tot een dagziekenhuis of een buitenpoli spreekt niet ieder ziekenhuis aan. Er lijkt een grens te zijn waarbij een ziekenhuis geen ziekenhuis meer is, zo is de gedachte.

5. Grotere maatschappen

Om het probleem van de solitair werkende specialisten in kleinere ziekenhuizen te verlichten, wordt wel voorgesteld om tot grotere, of bredere maatschappen van specialisten te komen, die meerdere ziekenhuizen kunnen omvatten. Daardoor kunnen meer intercollegiale contactmogelijkheden ontstaan.

6. Beleidsontwikkeling

Voor het beleidsniveau wordt wel gesuggereerd dat er meerjarenbeleidsplannen en -visies ontwikkeld worden zodat het kleinere ziekenhuis zich ook regionaal staande kan houden. Beleidsontwikkeling is nu eenmaal gemakkelijker voor grotere ziekenhuizen die vaak grotere stafafdelingen hebben en gemakkelijker middelen voor de nodige beleidsmedewerkers kunnen vrijmaken.

7. Meer onderlinge samenwerking

Kleinere ziekenhuizen zouden samenwerking met andere kleinere ziekenhuizen kunnen zoeken, en samen een alliantie kunnen vormen om hun belangen beter te behartigen. Inmiddels is een dergelijke vereniging ontstaan: de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Samen kunnen zij de voordelen die kleinere ziekenhuizen ook hebben, beter uitdragen. Naast gemeenschappelijke belangen, kan daarbij ook aan een federatief verband van kleinere ziekenhuizen gedacht worden. Gemeenschappelijke activiteiten zouden kunnen worden ontwikkeld op gebieden van aanschaf van middelen en apparatuur en op het gebied van opleidingen, na- en bijscholing, en wellicht voor de genoemde beleidsontwikkeling.

Meer fundamentele aanpak nodig

De genoemde mogelijkheden zijn deels echter korte-termijn oplossingen gericht op overleven bij een ogenschijnlijk onafwendbare trend tot concentratie. Dergelijke suggesties houden nog te weinig rekening met de grondige wijziging die de structuur van de ziekenhuiszorg doormaakt. Daarom is er eigenlijk een meer fundamentele aanpak van het probleem van de spreiding van het ziekenhuisaanbod nodig. Het is enigszins paradoxaal dat juist basale diensten die nabijheid vereisen, zoals spoedeisende hulp en verloskunde (Klop, 2000), niet meer uitgevoerd worden in de kleinere ziekenhuizen door de hoge kosten of de kwaliteitseisen die professionals stellen aan de beschikbaarheid van verschillende deskundigheden. Bij analyse van de gevolgen van concentratie van ziekenhuizen zou niet alleen moeten worden gekeken naar de bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen (ofwel: analyse uitsluitend binnen de subsector), maar ook naar de plaats van een ziekenhuis in het geheel van het zorgaanbod in een regio.

Criteria regionaal aanbod

Met de afname van het macro-beleid in de gezondheidszorg zou een voortgaande regionalisering een nieuw perspectief bieden. Daarvoor dient voldoende kennis te worden verzameld met name op bedrijfseconomisch gebied over de gevolgen van fusies en concentratie in vergelijking met samenwerking en samenhang van zorg, zodat de betrokken partijen *evidence-based* beleid kunnen opstellen. Daarnaast zijn er criteria voor spreiding van het regionaal aanbod nodig die door de verschillende zorgpartijen dienen te worden opgesteld en waarvoor het hier ontwikkelde beoordelingskader kan worden geïmplementeerd: uitgaande van de belanghebbenden, hun prioriteiten en perspectieven dienen er regionale afspraken te komen over welke basisziekenhuiszorg door basisziekenhuizen kan worden geleverd, en welke basiszorg ook door grotere ziekenhuizen wordt verzorgd, naast hun meer specialistische mogelijkheden. Het kan zijn dat een lokaal klein ziekenhuis in een bepaalde regio functioneler is dan een groter ziekenhuis op afstand, en het grotere ziekenhuis beter de basiszorg in andere gebieden kan verzorgen. De SAZ (2000a/b) heeft voor een meer fundamentele aanpak initiatieven ondernomen, maar de noodzaak ervan blijkt ook uit de motie Buijs (Tweede Kamer 2000a). Tevens heeft het ministerie van VWS in overleg met de belangrijkste partijen uit de sector gezondheidszorg de *Nota Positionering algemene ziekenhuizen* (2000d/e) het licht doen zien, waarin een aantal algemene uitgangspunten voor de korte termijn zijn omschreven. Maar de visie voor de langere termijn is nog niet uitgewerkt. Bovendien zullen de meer specifieke normen en criteria voor grootte, spreiding en geografische bereikbaarheid van ziekenhuizen aan de regionale zorgpartijen worden overgelaten.

Implementatie beoordelingskader

Om de discussie over de criteria van ziekenhuiszorg te ondersteunen, werd in deze studie een kader voor de spreiding en concentratie van ziekenhuizen uitgewerkt, ontleend aan de beschikbare literatuur en informatie (zie Schema).

Het kader gaat onder meer uit van een achttal *gebieden* waarvoor criteria van ziekenhuiszorg zouden moeten worden opgesteld, criteria die globaal neerkomen op het volgende: voldoende toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg, voldoende samenhang van de zorginstellingen, vol-

doende functieaanbod per ziekenhuis (c.q. locatie), voldoende zorgkwaliteit, voldoende personeel, voldoende specialisten, voldoende doelmatigheid en voldoende financiering. Als belangrijkste *actoren* of 'stake holders' worden hierbij beschouwd: de patiënten/consumenten, de lokale zorginstellingen, de professionals (medici, paramedici, ondersteuning), de ziekenhuizen (c.q. het management), de zorgverzekeraars en de gemeenschap (c.q. overheid). Bij gebrek aan gericht relevant onderzoek en bestaande, concrete beleidsafspraken werd dit kader vooralsnog uitgewerkt met behulp van de beschikbare perspectieven en prioriteiten van de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Enige, voorlopige contouren van de inhoudelijke problematiek zijn daarmee ontstaan, maar deze waren, gezien de beperkte opzet van dit onderzoek, niet het doel ervan. Aanvullende, nadere kennis en besluitvorming door de regionale zorgpartners is nodig bij de invulling van het ontworpen beoordelingskader.

Schema: Beoordelingskader: prioriteiten vanuit perspectieven actoren en beoordelingscriteria ziekenhuiszorg

<i>Criteria ziekenhuiszorg</i>	<i>Perspectieven actoren</i>					
	<i>patiënt consument</i>	<i>lokale zorginstel- lingen</i>	<i>professionals</i>	<i>ziekenhuizen</i>	<i>zorg- verzekeraars</i>	<i>gemeen- schap overheid</i>
<i>voldoende toegankelijk</i>						
<i>voldoende samenhang</i>						
<i>voldoende functieaanbod</i>						
<i>voldoende zorgkwaliteit</i>						
<i>voldoende personeel</i>						
<i>voldoende specialisten</i>						
<i>voldoende doelmatig</i>						
<i>voldoende financiering</i>						

Dit kader is dan ook bedoeld voor een nadere analyse door de betrokken partijen van de bestaande en de gewenste situatie. Aan de hand hiervan kan de ontworpen theoretische aanpak vertaald worden in concrete beleidsinitiatieven, terwijl lacunes in de kennis door nader onderzoek kunnen worden opgevuld. Vervolgens kan implementatie plaatsvinden via de onderhandelingen tussen de regionale zorgpartners, waarin op gefundeerde wijze de voorwaarden kunnen worden afgesproken voor een evenwichtig regionaal spreidingsbeleid van het ziekenhuisaanbod.

1 INLEIDING

1.1 Probleemstelling

Het ziekenhuisaanbod in Nederland is sterk aan het veranderen (SCP, 1998). Er vindt concentratie plaats naar een steeds kleiner aantal, grotere ziekenhuizen (Alkemade en Hagen, 1995; Hagen, 1994, 1995; Ankoné, 1995). De oorzaken daarvan liggen onder meer in bedrijfs-economische overwegingen, specifieke incentives tot schaalvergroting die inherent zijn aan de financieringssysteem van ziekenhuizen en kwaliteitsoverwegingen, zowel aan de kant van de ziekenhuizen als van de (wetenschappelijke verenigingen van) medisch specialisten (Lynk, 1995; Lynk en Neumann, 1999; Van Montfort, Bal en Van Rijnsoever, 1979).

Maar ook het overheidsbeleid gericht op kostenbeperking en capaciteitsreductie heeft meege-speeld, met name wanneer fusie en beddenreductie direct of indirect voorwaarden waren voor nieuwbouw of modernisering. Men kan zich afvragen wat de oorzaken van deze concentratie is geweest en of de onderbouwing ervan wel adequaat was.

De concentratie van ziekenhuizen heeft gevolgen op velerlei terreinen en sommige van die gevolgen zijn positief en andere negatief, mede afhankelijk van het perspectief van waaruit ernaar wordt gekeken (Van Delft, 2000; Ruijs, 2000; Van Heijningen, 1996). Gevolgen liggen onder meer op het gebied van bereikbaarheid, evenwichtigheid van het regionaal voorzieningenaanbod, kwaliteit, personeelsvoorziening (Groenewegen, 2000).

De concentratie roept daarom vragen op over wat eigenlijk een verantwoorde spreiding in het aanbod van ziekenhuizen is, welke regionale toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen dient te worden nagestreefd en wat daarvoor geëigende organisatiestructuren zijn.

1.2 Aanleiding

De motivering voor het ontwikkelen van een kader voor de beoordeling van de toekomstige structuur van het ziekenhuisaanbod is gelegen in de actuele discussies over de wenselijkheid van verdere concentratie van het ziekenhuisaanbod. Door deze concentratie verdwijnen functies en voorzieningen uit een regio en verdwijnen de kleinere algemene ziekenhuizen als zelfstandige eenheden. Ze worden opgenomen in ketens als min of meer gelijkwaardige 'nevenvestigingen' of ze worden satelliet van een groter ziekenhuis.

Er zijn dus verschillende organisatiemodellen denkbaar voor de positie van kleinere algemene ziekenhuizen in een situatie waarbij het ziekenhuisaanbod steeds verder geconcentreerd wordt. De Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) vinden het nodig dat er meer inzicht komt in deze ontwikkelingen en de gevolgen ervan.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is een kader te ontwikkelen op grond waarvan beslissingen over de structuur en spreiding van het ziekenhuisaanbod kunnen worden beoordeeld. Hiervoor dienen criteria te worden ontwikkeld die samen een conceptueel kader vormen voor de positionering van algemene ziekenhuizen in de nabije toekomst en voor beslissingen over de spreiding van het ziekenhuisaanbod: de organisatiestructuur, de functies en de voorzieningen. Hierbij wordt een brede inventarisatie van de beschikbare kennis nagestreefd over de relevante aspecten en de verbanden daartussen, op basis van de vraagstelling.

Een mogelijk resultaat van deze aanpak is dat eerst wordt geprobeerd consensus te verkrijgen. Dan kan er namelijk een meer rationele en onpartijdige discussie plaatsvinden tussen de betrokken partijen, die uiteenlopende belangen hebben bij de ontwikkeling van het toekomstig ziekenhuisaanbod.

1.4 Vraagstelling

In de korte periode van ruim twee maanden die beschikbaar was, werd geen nieuw empirisch onderzoek verricht, maar een analyse van diverse, beschikbare bronnen. Het onderzoek heeft de volgende vraagstelling:

1. Wat zijn in het algemeen de gebieden waarvoor criteria ontwikkeld moeten worden voor de (regionale) spreiding van het ziekenhuisaanbod, qua organisatie, functies en voorzieningen?
2. Welke perspectieven zijn relevant voor een beoordeling van de concentratie van het ziekenhuisaanbod, in het bijzonder met betrekking tot de positie van het zelfstandige, kleinere algemene ziekenhuis?

Deze vraagstelling wordt nader uitgewerkt, mede op grond van de volgende vragen:

3. Wat is er binnen en buiten Nederland bekend over de achtergronden van de huidige concentratie van het ziekenhuisaanbod in het algemeen en voor de positie van de zelfstandige, kleinere algemene ziekenhuizen in het bijzonder; en
4. Welke lacunes bestaan er in de kennis over concentratie van ziekenhuizen en de positie van de algemene ziekenhuizen daarin, die nader onderzoek vergen?

1.5 Methode

Het onderzoek bestaat voornamelijk uit een analyse op grond van een uitgebreide literatuurstudie, die her beknopt wordt weergegeven. Hierbij zijn relevante onderzoeken, documenten en verslagen op hun bruikbaarheid voor de vraagstelling onderzocht. Over fusie, schaalvergroting en afstanden tot ziekenhuizen bleek veel literatuur en onderzoek te bestaan (enkele honderden, zie ook de literatuuropgave), maar vaak sloot de inhoud ervan niet, of alleen indirect, aan bij de huidige vraagstelling. Specifiek bleek steeds een zeer beperkt aantal verwijzingen relevant en in Nederland was zelfs amper enig relevant onderzoek beschikbaar en op sommige gebieden bestonden zelfs aanzienlijke lacunes (die nader worden aangegeven). Daarnaast is bij enkele kleinere ziekenhuizen gevraagd naar heersende opvattingen over de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Aanvullend is statistisch materiaal over aantallen ziekenhuizen, locaties, omvang, beddental, verpleegduur en dergelijke bijeengebracht uit verschillende bronnen; materiaal dat tot op heden niet in samenhang beschikbaar was. Dit materiaal vormt mede de onderbouwing van de weergegeven trends.

1.6 Kernbegrippen

Een nadere omschrijving van enkele begrippen is nodig omdat sommige veel gebruikte begrippen voor verschillende uitleg vatbaar zijn gebleken.

Ziekenhuis

Hiermee wordt de organisatie bedoeld die een of meerdere ziekenhuislocaties, c.q. gebouwen met ziekenhuiszorg in stand houdt. Het klassieke ziekenhuis bestaat uit een (hoofd)gebouw op één locatie, maar daarnaast zijn door fusies ook multilocatieziekenhuizen ontstaan. Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt, kan verwarring bestaan omdat begrippen als afstand en spreiding betrek-

king kunnen hebben op verschillende, overgebleven locaties. Dat blijkt onder meer ook uit het feit dat veel ziekenhuizen hun locaties vaak nog met de oorspronkelijke namen aanduiden.

Locatie

Het begrip ziekenhuislocatie heeft een aparte betekenis gekregen door de fusies. Wanneer verschillende ziekenhuizen samengingen en er geen nieuwbouw plaatsvond, ontstond er een ziekenhuisorganisatie met vestigingen op verschillende plaatsen, die sindsdien met locaties worden aangeduid.

Locaties kunnen een uiteenlopende omvang hebben, van een alomvattend ziekenhuis met alle bestaande voorzieningen tot een dagziekenhuis met beperkte voorzieningen, dan wel een locatie waar alleen poliklinische spreekuren worden gehouden. De laatste vorm wordt wel met de term 'buitenpoli' aangeduid. Daartussen bestaat een ruime schakering van ziekenhuizen die meer of minder voorzieningen en mogelijkheden aanbieden.

Functies

Hiermee worden in het algemeen de verschillende dienstverlenende functies bedoeld die een ziekenhuis herbergt: de verschillende specialismen en specialistische afdelingen, maar ook meer algemene voorzieningen als intensive care, spoedeisende hulp, OK's, poliklinieken en alle andere ondersteunende faciliteiten. Grotere ziekenhuizen kunnen meestal ook over meer functies beschikken.

Fusie

In de ziekenhuiswereld is sprake van fusie wanneer twee of meer voorheen zelfstandige ziekenhuizen, met ieder hun eigen locatie, fuseren tot een nieuwe organisatie, met een of meer bijbehorende ziekenhuislocaties, dan wel met een nieuw te bouwen gezamenlijke behuizing, waarbij doorgaans een of meer oorspronkelijke locaties worden gesloten. Dat laatste is niet altijd het geval en dan is de nieuwe ziekenhuisorganisatie verspreid over meerdere locaties. In de nieuwe organisatie smelten de oorspronkelijke organisaties samen. In het begin betekent dit niet meteen dat afdelingen op verschillende locaties worden samengevoegd. Dat gebeurt soms in een latere fase (soms ook niet). De fusie zou daarom ook als een proces kunnen worden gezien, een proces dat met de juridische samenvoeging weliswaar formeel wordt beklonken, maar waarbij de feitelijke integratie nog jaren kan duren.

Concentratie en spreiding

Concentratie en spreiding kunnen in de meeste gevallen als tegenpolen worden gezien. Voor 'concentratie' worden drie betekenissen onderscheiden:

1. Concentratie van de organisatie, waarbij meerdere ziekenhuisorganisaties tot een worden omgevormd (eigenlijk een fusie dus). Het terugbrengen van het totale aantal ziekenhuizen, regionaal of in heel Nederland, wordt ook wel met concentratie benoemd.
2. Concentratie van locaties, waarbij het aantal locaties wordt teruggebracht. Als resultaat kunnen dan wel meerdere locaties overblijven, als het totale aantal maar kleiner is dan het oorspronkelijke. Van een dergelijke concentratie van locaties wordt gesproken bij zowel het totale aantal locaties per regio, of in Nederland, als bij het aantal locaties per ziekenhuis.
3. Concentratie van functies, waarbij een bepaalde functie, zoals spoedeisende hulp, oorspronkelijk door alle ziekenhuislocaties (of alle ziekenhuizen) werd verzorgd, maar na de concentratie op minder locaties wordt aangeboden. Dit kan ook het geval zijn bij meerlocatieziekenhuizen, die functies van de nevenvestigingen naar de hoofdvestiging overhevelen.

Deze drie concentratievormen komen doorgaans voor tijdens het fusieproces, maar komen meestal niet gelijktijdig tot stand.

Afstand

Hiermee wordt in deze studie vooral de geografische afstand tussen de plaats waar de patiënt vandaan komt (woning, plaats van ongeval, bijv.) tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis of ziekenhuislocatie bedoeld. Soms wordt die afstand alleen in tijdseenheden uitgedrukt, bijvoorbeeld bij aanrijtijden (tijd nodig voor rit naar het ziekenhuis, met welk vervoermiddel dan ook). Feitelijk gaat het dan om de afstand vanuit het perspectief van de patiënt. Hiervoor wordt praktisch ook wel de gemiddelde afstand van alle woningen en het ziekenhuis gehanteerd.

De geografische afstand of de afstand in tijd tot het ziekenhuis is vooral in het geding bij concentratie van locaties en van functies. Het is minder van belang bij fusie van de organisatie, omdat deze vooral bestuurlijk-administratieve en weinig zorguitvoerende functies omvat. In de huidige omstandigheden gaat het bij concentratie van ziekenhuisaanbod eigenlijk om de verandering van een geografisch fijnmazig net met relatief veel voorzieningen en locaties, naar een meer wijdmazig net met minder, of soms ook anderssoortige locaties (buitenpoli's, e.d.).

1.7 Analyse spreiding

Bij de analyse zijn enkele theoretische overwegingen van belang. Er is namelijk een aantal manieren waarop verandering van spreiding en concentratie tot stand kan komen. Daarbij spelen vormen van direct of indirect beleid een belangrijke rol, dan wel een algemene schaalvergroting en fusies als gevolg van modernisering en technologische vooruitgang.

Regionale analyse

In principe is een functioneel-hiërarchische benadering het meest geschikt voor de regionale analyse van de spreiding van ziekenhuizen, c.q. het ziekenhuisaanbod. Volgens de klassieke vestigingstheorie ontstaat er een hiërarchisch systeem van voorzieningen waarbij de voorzieningen met het hoogste functieniveau, het grootste verzorgingsgebied hebben en gevestigd zijn in centrale verzorgingscentra. Voorzieningen met een lager functieniveau zijn gevestigd in de meer perifere delen van het verzorgingsgebied.

Echter, de spreiding van ziekenhuizen is niet door een consumentenmarkt tot stand gekomen en wordt in sterke mate beïnvloed door institutionele regels en historische omstandigheden. Zo vormen de regio's van de Wet Ziekenvoorzieningen slechts ten dele functioneel-hiërarchische eenheden. Daarnaast is het in een dichtbevolkt land met relatief kleine afstanden soms moeilijk om centrum en periferie te onderscheiden.

Verschillende invloeden

De fusies van ziekenhuizen zal de resultante van een aantal invloeden zijn, zoals die ook in andere sectoren van het bedrijfsleven voorkomen. Het verschil met bedrijven is echter dat ziekenhuizen hun diensten voornamelijk ter plaatse moeten aanbieden, terwijl productiebedrijven niet lokaal (of zelfs in het land) gevestigd behoeven te zijn, om hun producten te kunnen verkopen. De geografische en met name regionale en lokale gebondenheid van ziekenhuizen is daarmee een noodzaak, vooral voor spoedeisende hulp, maar ook vanwege de nodige directe contacten tussen gebruikers en behandelaren. Daarnaast spelen natuurlijk mee de economische nadelen van grotere afstanden, waardoor, net als bij bedrijven, grenzen worden gesteld.

Fusie, sluiting of relocatie kunnen veranderingen te weeg brengen in de spreiding en concentratie van de zorgverlening en van het adherentiegebied, waardoor de patiëntenstromen zich wijzigen (Post, Kleinmeulman, Mul, Breed en Gubbels, 1997; Rens, 1988; Mayer, Kohlenberg, Sieferman en Rosenblatt, 1987; McLafferty, 1988; Veenhof, Jaspers en Elema, 1998). Op regionaal niveau behoeft echter het totale zorgaanbod en de totale zorgvraag daardoor niet te veranderen. Dit gebeurt pas als de regiogrenzen door fusies worden overschreden (zie ook SIG, 1986). De meeste fusies vinden echter binnen de regio's plaats.

Praktische effecten

De manier waarop het spreidingspatroon praktisch verandert, kan worden weergegeven in een tabel van fusiemogelijkheden en de effecten op de locaties en organisaties (tabel 1.1). Voor de eenvoud wordt uitgegaan van twee ziekenhuizen, die al dan niet fuseren. Bij meer dan twee ziekenhuizen wordt de situatie nog complexer.

Tabel 1.1 Fusiemogelijkheden en effecten voor locaties, organisaties en afstand

	locatie-effect	organisatie-effect	afstandseffect (patiënt-ziekenhuis)
Als twee ziekenhuizen fuseren			
1. beide naar 1 nieuwe locatie (2 locaties gesloten)	concentratie	concentratie	groter of gelijk
2. beide naar 1 bestaande locatie (1 locatie gesloten)	concentratie	concentratie	groter
3. beide blijven op 2 locaties (geen gesloten)	geen concentratie	concentratie	gelijk
Als twee ziekenhuizen niet fuseren			
1. beide blijven op hun locatie zelfstandig bestaan	geen concentratie	geen concentratie	gelijk
2. een of beide worden gesloten	concentratie	geen concentratie	groter
3. een of beide verhuizen naar nieuwbouw	geen concentratie	geen concentratie	gelijk of groter
4. nieuwbouw ziekenhuis	spreiding	spreiding	kleiner

Fusie leidt in de meeste gevallen tot concentratie, behalve wanneer de locaties blijven bestaan. Niet-fuseren leidt meestal tot een status quo, behalve als de ziekenhuizen vervolgens moeten sluiten zonder vervanging, hetgeen concentratie tot gevolg heeft (namelijk van de overblijvende ziekenhuizen). Eigenlijk kan alleen nieuwbouw tot een grotere spreiding van ziekenhuislocaties leiden, althans wanneer deze niet als vervangende nieuwbouw tot stand komt: alleen bij 'echte' nieuwbouw dus. De meeste nieuwbouw bestaat echter uit vervangende nieuwbouw. De afstand patiënt-ziekenhuis wordt bij concentratie meestal groter, behalve als de nieuwbouw dichterbij een woonkern wordt gepleegd, of precies tussen de beide oude locaties in. Ook bij sluiting van ziekenhuizen zonder vervanging wordt de afstand groter. Alleen bij 'echte' nieuwbouw kan de afstand kleiner worden.

1.8 Overzicht rapport

Het rapport bevat vier onderdelen die voor de ontwikkeling van een beoordelingskader van belang zijn: de noodzakelijke voorkennis van de schaalvergroting van ziekenhuizen, de analyse van het gefaseerde beleid dat hiermee gepaard ging, alsmede de belangrijkste oorzaak van de concentratie, de fusies tussen ziekenhuizen, en ten slotte de opstelling van het eigenlijke beoordelingskader op grond van de verzamelde kennis.

In hoofdstuk 2 wordt de benodigde voorkennis van de ontwikkeling van de spreiding, schaalvergroting en concentratie van de ziekenhuizen in Nederland beschreven: de inhoudelijke ontwikkeling, de aantallen en de trends.

In hoofdstuk 3 wordt een beeld geschetst van de verschillende fasen van het beleid ten aanzien van spreiding en concentratie van ziekenhuizen, met een nadruk op het recente beleid.

In hoofdstuk 4 worden de oorzaken van de fusie- en concentratietendens beschreven voor zover daarover onderzoeksliteratuur beschikbaar is, alsmede de voor- en nadelen van fusies en de veronderstelde voor- en nadelen van kleine en grote ziekenhuizen.

In hoofdstuk 5 zullen de gebieden worden aangegeven waarop de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod dienen te worden uitgewerkt.

2 ONTWIKKELING ZIEKENHUIZEN

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de noodzakelijke voorkennis van de spreiding en concentratie van ziekenhuizen: de ontwikkeling van ziekenhuizen in Nederland, waarbij de schaalvergroting van de organisaties verschillende fasen doorliep. Aan de orde komt een beknopte beschrijving van de numerieke en de inhoudelijke ontwikkeling van de ziekenhuiszorg voor zover deze van belang is voor het ontstaan van de huidige situatie.

2.2 Fasen schaalvergroting

Historisch gezien kan de chronologische ontwikkeling van ziekenhuizen in Nederland worden gezien als een van spreiding, gevolgd door schaalvergroting en later door concentratie. Maar op het niveau van groei, ontwikkeling en modernisering van de organisaties is vooral de schaalvergroting van belang. Van Dam (1995) onderscheidt drie belangrijke vormen van schaalvergroting bij voorzieningen zoals ziekenhuizen, namelijk *elementaire*, *functionele* en *bestuurlijke* schaalvergroting. Bij de elementaire vorm groeien organisaties zonder van structuur te veranderen. Bij functionele schaalvergroting gaan verschillende verwante typen organisaties samen en versmelten tot een nieuwe, grotere organisatie. Bij een bestuurlijke schaalvergroting neemt het aantal organisaties toe dat onder één bestuur valt. Bij ziekenhuizen komen alle drie de genoemde vormen voor, ten dele ook in de genoemde volgorde.

2.3 Elementaire schaalvergroting

Ontstaan en groei

Het ziekenhuis zoals wij dat nu kennen, heeft in de loop der tijd een veel beschreven ontwikkeling doorgemaakt (Querido, 1974; Können, 1984; Blank c.s. 1998, 43 e.v.; Bukkems, 1996, 23 e.v.). Het begrip ziekenhuis als zodanig had vroeger ook een andere betekenis. De ziekenhuizen die in de 19e en 20e eeuw ontstonden, kwamen meestal voort uit stedelijke gasthuizen en confessionele tehuizen (veel r.k. stichtingen en prot. diaconiehuizen) die meestal een vorm van armenzorg inhielden en bestemd waren voor daklozen, behoeftigen en bejaarden (Biesheuvel en Steijnenbosch, 1987, 87 e.v.). Er werd voedsel verstrekt en elementaire zorg, maar nog nauwelijks medische zorg. Zieken werden veelal thuis verpleegd en de dokter kwam zo nodig op bezoek. Aan het einde van de 19e eeuw kwamen artsen steeds vaker in de gasthuizen doordat zij enerzijds het monopolie verwierven op geneeskundige zorg en anderzijds doordat hun mogelijkheden door nieuwe vindingen als antisepsis, narcose en röntgenstralen aanzienlijk groter werden en genezing vaker mogelijk was. In toenemende mate werd de armenzorg door ziekenzorg verdrongen en artsen kregen een steeds belangrijker rol. In de loop van de 20e eeuw werd de toegankelijkheid voor medische behandeling onder invloed van onder meer de ziekenfondsen en het overheidsbeleid voor grote delen van de bevolking verruimd. Het ziekenhuis werd steeds meer de werkplek van medische specialisten, die daarvoor meestal alleen een praktijk aan huis hadden. Aanvankelijk werden zij incidenteel bij patiënten in het ziekenhuis geroepen, later waren zij part-time aanwezig en ten slotte werden zij full-time ingeschakeld (Jaspers, 1985, 21).

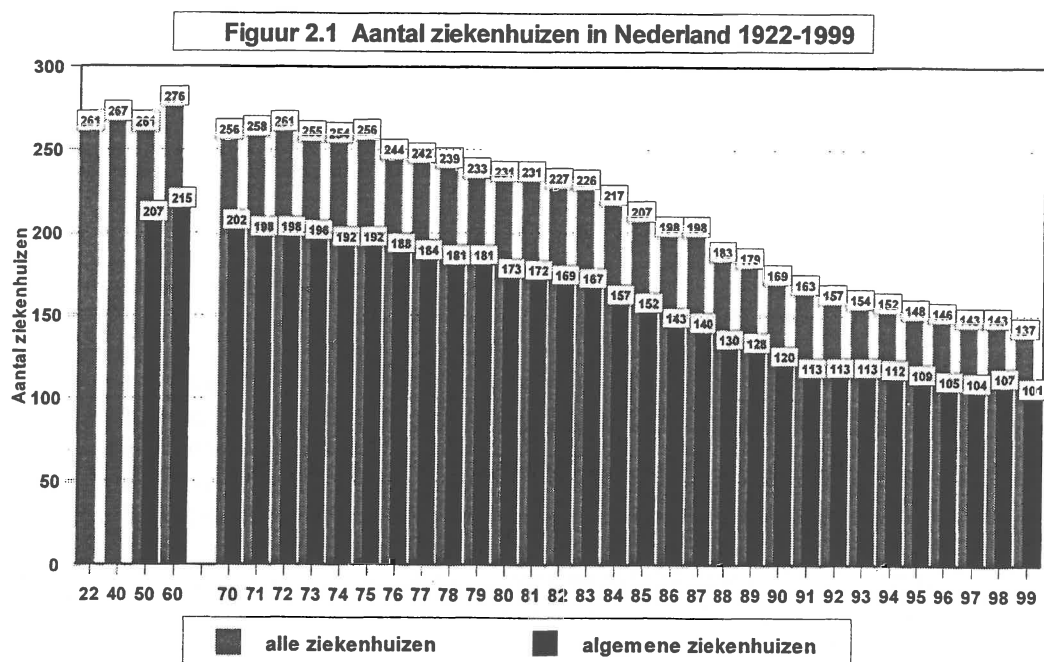
De ontwikkeling van gasthuis tot ziekenhuis hield daarmee een professionalisering in van armenzorg via ziekenzorg en ziekenverpleging tot een volwaardig medisch behandelcentrum.

Een deel van de verpleeg- en verzorgingsfuncties van met name chronische zieken, werd later weer afgesplitst en daarvoor ontstonden aparte tehuizen (verzorgings- en verpleeghuizen).

Aantal ziekenhuizen

De historische ontwikkeling van het ziekenhuis heeft de spreiding mede bepaald. De ziekenhuizen waren aanvankelijk namelijk meestal kleinschalig en lagen ruim verspreid over het land. Gedurende de 20e eeuw bleef het aantal ziekenhuizen lange tijd vrij constant. Vanaf de eerste officiële telling in 1922 (CBS 1980, 1995; Staatstoezicht voor de Volksgezondheid) tot midden jaren zeventig bewoog dit aantal zich tussen de 250 en 270 instellingen, inclusief de algemene, academische en categoriale ziekenhuizen (exclusief de psychiatrische instellingen en verpleeghuizen e.d.; CBS, 1995; zie figuur 2.1). Er kwamen jaarlijks instellingen bij en er werden instellingen opgeheven, maar het totaal fluctueerde maar in beperkte mate. Het hoogste aantal dateert uit 1931 met 282 en eind jaren vijftig steeg het aantal opnieuw naar 276. Sinds de jaren vijftig werden apart de 'algemene ziekenhuizen' onderscheiden en hun aantal bewoog zich tussen de 200 en 220.

De feitelijke daling tot onder de 250 ziekenhuizen en 200 algemene ziekenhuizen volgde pas na het midden van de jaren zeventig. Een duidelijke versnelling van deze afname is zichtbaar tussen 1982 en 1991, de periode met de meeste fusies. Na 1991 nam het aantal nog wel af, maar minder snel. Per 1999 zijn er in totaal 137 ziekenhuizen over, waarvan 101 algemene ziekenhuizen, een halvering van het oorspronkelijke aantal dat gedurende meer dan een halve eeuw in Nederland bestond (Bartels, NZi, 1999).



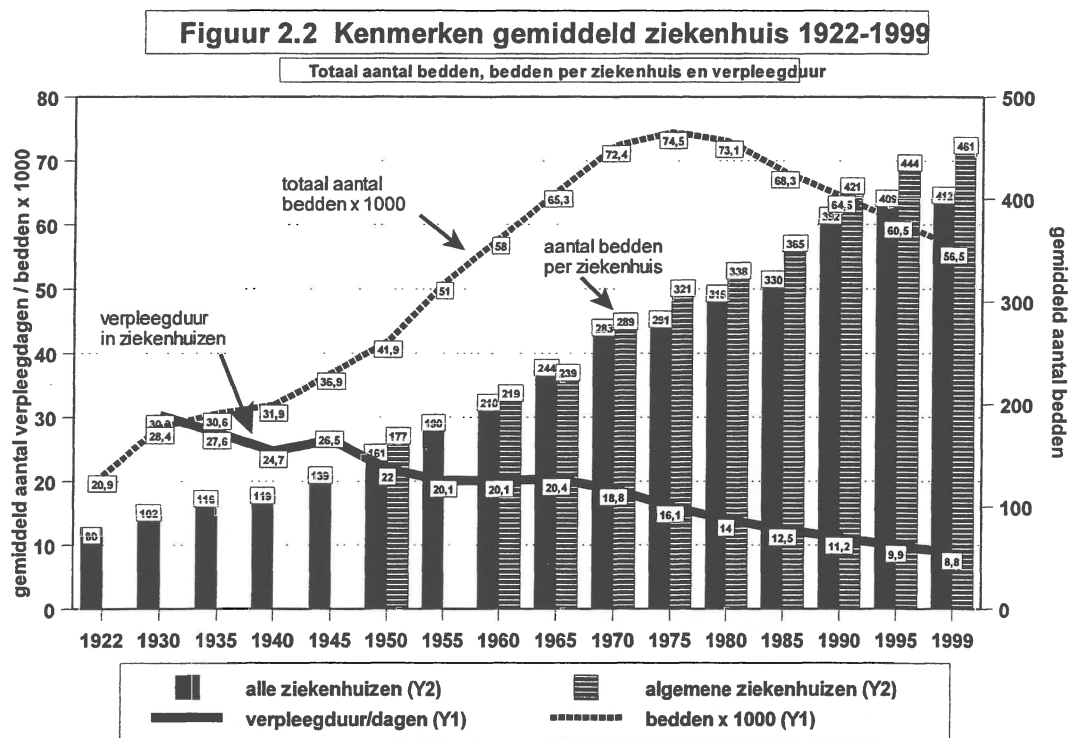
Bronnen: CBS, NZi, Inspectie

Omvang ziekenhuizen

Het aantal ziekenhuizen is echter maar een deel van het verhaal. Zoals opgemerkt veranderde het 'ziekenhuis' als instelling. Veel ziekenhuizen waren klein begonnen als een particulier initiatief of als een beperkte gemeentelijke instelling. De omvang bedroeg in 1922 gemiddeld 'slechts' 80 bedden (zie figuur 2.2), al bestond er toen al een flinke variatie. Het gemiddelde

aantal bedden per ziekenhuis nam geleidelijk toe tot 161 in 1950, 283 in 1970 en 392 in 1990, een enorme schaalvergroting per instelling derhalve. Aan deze trend lijkt vooralsnog geen einde te komen en anno 1999 telt het gemiddelde ziekenhuis 412 bedden en het gemiddelde *algemene* ziekenhuis 461 bedden. De stijgende trend voor algemene ziekenhuizen is zelfs nog wat sterker in de laatste jaren dan bij het totale aantal ziekenhuizen (incl. de academische en categoriale).

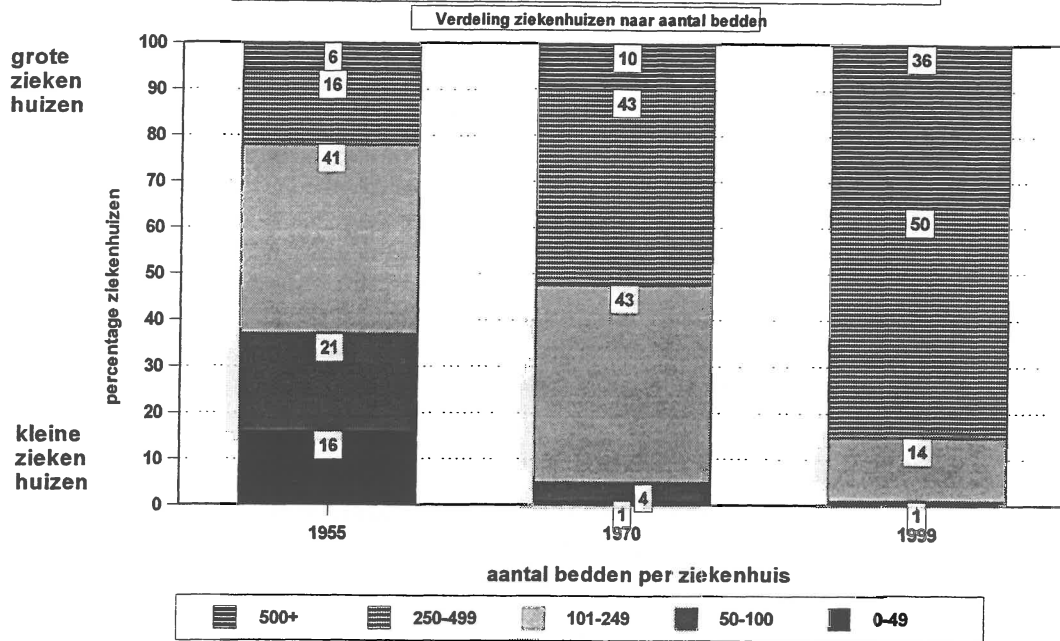
Maar niet alleen de omvang van ziekenhuizen veranderde, ook allerlei interne routines en behandelwijzen veranderden onder invloed van de toegenomen medisch-technische mogelijkheden. Lagen mensen vroeger weken in een ziekenhuis (in 1925 gemiddeld een maand), de verpleegduur verminderde in de volgende decennia tot zo'n 20 dagen in de vijftiger en zestiger jaren, om daarna sterk af te nemen tot het huidige gemiddelde van amper 9 dagen. Een van de redenen voor veranderingen van de interne organisatie was ook het sinds de jaren zeventig ingezette beleid van beddenreductie uit overwegingen van kostenbeheersing. Na 1975 werd het totale aantal ziekenhuisbedden effectief verminderd met een kwart (zie eveneens figuur 3.2). Dit, ondanks een groeiende bevolking, waardoor per inwoner nu veel minder bedden beschikbaar zijn dan vroeger, die als gevolg van deze ontwikkeling, ook korter gebruikt worden.



Bronnen: CBS, Nzi, Inspectie

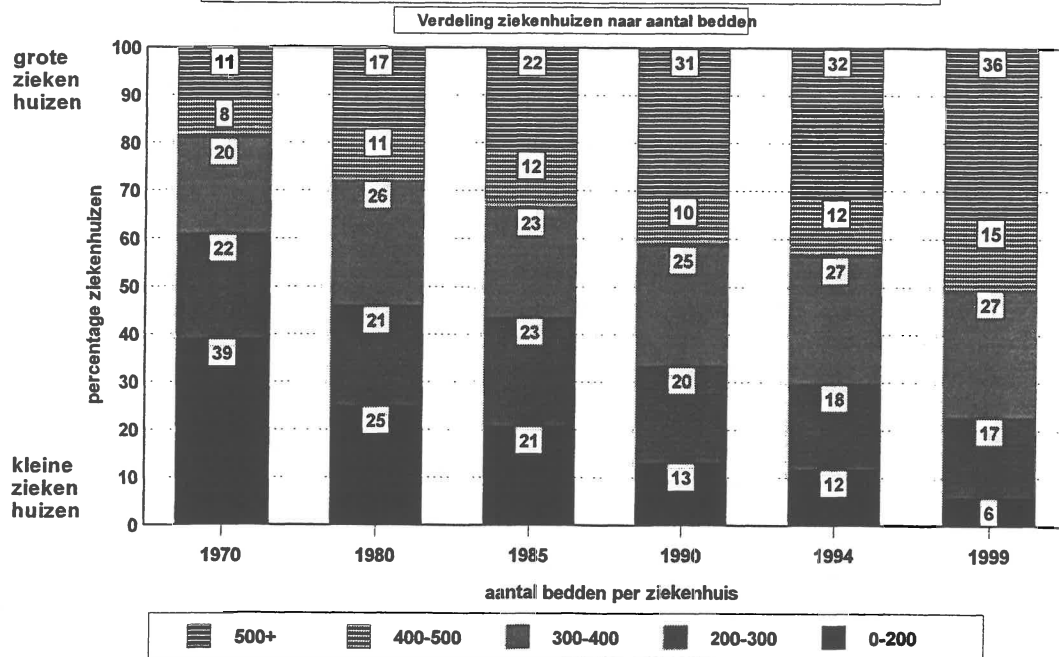
De verandering van de omvang van ziekenhuizen wordt nog eens weergegeven in de vergelijking van de grootte-classes uit de verschillende periodes waarvoor cijfers beschikbaar zijn (figuren 3.3 en 3.4). Ook vroeger kwamen immers grote en kleine ziekenhuizen voor. Wat 'groot' en 'klein' genoemd wordt veranderde echter eveneens door de voortdurende schaalvergroting. De 'officiële' grootte-classes liepen in 1955 nog van 0-49 bedden, 50-100 bedden, 101-249 bedden, 250-499 en meer dan 500 bedden. Inderdaad kwamen kleine 'ziekenhuizen' met minder dan 25 bedden nog lange tijd voor. Dat zulke ziekenhuizen zeer beperkt in hun mogelijkheden waren spreekt vanzelf, waar tegenover stond dat ze dichtbij de lokale bevolking gesitueerd waren en zeer toegankelijk waren.

Figuur 2.3 Grootte algemene ziekenhuizen 1955-1999



Bronnen: CBS, Nzi, Inspectie

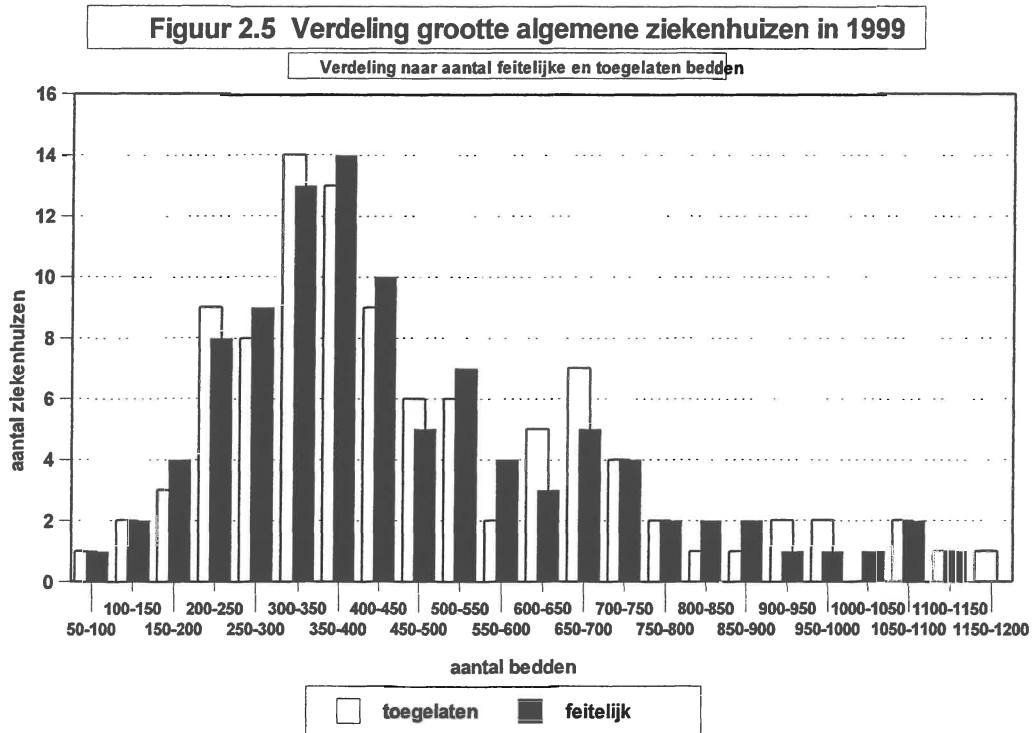
Figuur 2.4 Grootte algemene ziekenhuizen 1970-1999



Bronnen: CBS, Nzi, Inspectie

Verdeling naar omvang

De ziekenhuizen zijn daarmee steeds groter geworden en nemen in aantal af. Maar bezien we de verdeling van de ziekenhuizen qua aantal en omvang dan kunnen we constateren dat er een scheve verdeling is ontstaan (zie figuur 2.5). De meeste ziekenhuizen hebben nu een omvang van tussen de 200 en 400 bedden terwijl daarnaast een lange 'staart' wordt gevormd door een groeiend aantal met een veel grotere omvang, tot 1200 bedden toe. Qua aantal is er nog een middengroep zichtbaar met 500-800 bedden.



Bronnen: CBS, Nzi

2.4 Functionele schaalvergroting

Aanvankelijk kon de nodige groei nog plaatsvinden door elementaire schaalvergroting. Ziekenhuizen werden hooguit groter, er kwamen afdelingen en voorzieningen bij, maar ze veranderden niet wezenlijk van structuur. Steeds vaker bleek echter dat er ook functionele groei nodig was, met samenvoeging van organisaties. Mede door gunstige conjuncturele omstandigheden leidde dit tot de eerste ziekenhuisfusies in de jaren zestig.

Fusiegolven

Bukkems (1996) onderscheidt drie fusiegolven bij ziekenhuizen (zie ook tabel 2.1): de eerste tussen 1967 en 1976 was anticiperend van aard als gevolg van de eisen voor een minimumomvang en een algemene tendens tot schaalvergroting; de tweede door opgelegde motieven als gevolg van overheidsbeleid van bedden- en capaciteitsreductie, zoals voorgenomen sinds de Structuurnota Hendriks (1974); de derde vanaf 1983 op grond van strategische overwegingen

ten gevolge van overheidsbeleid naar meer marktwerking en deregulering en van behoefte aan nieuwbouw. Meer indirecte middelen werden vervolgens ingezet, zoals de Functionele Budgettering die grotere ziekenhuizen bevoordeelde (Bukkems, 1996, 11).

Vormden ziekenhuizen met minder dan 250 bedden in 1955 nog 80% van alle ziekenhuizen, momenteel is er nog een handvol te vinden. De schaalvergroting kwam niet alleen door opheffing tot stand, maar vooral door fusies tussen ziekenhuizen, met name in de periode na 1975. Een belangrijke drijfveer was het sinds die tijd bestaande beleid van beddenreductie. De meest 'efficiënte' uitvoering daarvan was opheffing van hele ziekenhuizen, zij het niet altijd de meest economische, vanwege de kapitaalsvernietiging die ermee gepaard ging. Maar veel ziekenhuizen met oude gebouwen zagen wel een mogelijkheid om door middel van fusie tot nieuwbouw te komen, hetgeen ook financieel aangemoedigd werd. Als 'tegenprestatie' werd het totaal aantal bedden kleiner dan het totaal dat voor de oorspronkelijke ziekenhuizen was toegestaan. Omdat op de golf van economische voorspoed van de jaren zestig veel 'ongecontroleerde' nieuwbouw van ziekenhuizen had plaatsgevonden, werd nieuwbouw daarna maar met mondjesmaat toegestaan met behulp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen die in 1968 werd aangenomen en in 1971 van kracht werd (Sigma, 1997). De fusies zonder nieuwbouw leidden evenwel tot schaalvergroting, maar niet tot overplaatsing naar één nieuwe locatie met nieuwe gebouwen, zoals voorheen vaak was gebeurd. Vooral na het begin van de jaren negentig werd zulke nieuwbouw niet langer wenselijk geacht door de overheid en zo ontstonden er vooral ziekenhuizen met meerdere locaties (WVC, 1992, 1995).

Tabel 2.1 Overzicht fusies tussen ziekenhuizen 1960-1995

Periode	Aantal fusies	Aantal partners	Aantal bedden nieuwe fusieorganisatie
1960-1964	1	2	387
1965-1969	4	8	305
1970-1974	16	35	425
1975-1979	10	23	465
1980-1984	13	31	525
1985-1989	21	46	560
1990-1994	14	30	640

Bron: Bukkems, 1996

Overgang naar functionele schaalvergroting

De ontwikkeling van elementaire naar functionele schaalvergroting bij ziekenhuizen, en met name de rol van kleine ziekenhuizen daarin, komt naar voren bij de geschiedenis van twee kleine ziekenhuizen, het gemeenteziekenhuis van Sliedrecht en het Dinkelziekenhuis te Losser in Twente (Hammerstein, Kastelein, Koch en Witte, 1979; Kastelein en Hammerstein, 1981). Zij vertegenwoordigen de twee meest voorkomende oplossingen, die voor kleine ziekenhuizen zijn gekozen, namelijk opheffing of overname.

Oplossing overname: Casus Sliedrecht

Het ziekenhuis in Sliedrecht ontstond in 1903, toen er een herenhuis werd aangekocht door particulier initiatief. Er was opnamecapaciteit van circa tien patiënten. In 1930 werd het geheel vernieuwd door de eigenaar, inmiddels het Groene Kruis, met een nieuwe behuizing, nu met een omvang van 20 bedden en met een polikliniek en een consultatiebureau. In 1957 werd het door de gemeente overgenomen en had toen 36 bedden. Er vond uitbreiding plaats met een 'houten vleugel' naar 51 bedden en er werden een vaste internist en chirurg aangesteld. In 1968 werd het een 'modern ziekenhuis' met 120 bedden.

In de jaren zeventig kwam echter de ommekeer. In 1978 werd een onderzoek ingesteld voor de Dordtse regio, waarbij onder meer sluiting van kleine ziekenhuizen ter sprake kwam. Er waren in die regio blijkbaar te veel ziekenhuizen ontstaan en de gedachte won veld dat het ziekenhuis-

aanbod geconcentreerd kon worden op minder locaties. Ondanks alle plannen en rapporten duurde de zelfstandigheid nog voort tot 1986 (Bruinsma, 2000). Het had 122 bedden toen het met het gemeenteziekenhuis in Dordrecht fuseerde. Maar om financiële redenen werden de spoedeisende hulp en de afdelingen gynaecologie en verloskunde, samen met de kinderafdeling, gesloten. Voor bevallingen e.d. moesten patiënten sindsdien naar Dordrecht. Tussen 1995 en 1997 is het beddenhuis ontmanteld en waren meerdaagse opnamen niet meer mogelijk. Uiteindelijk is het ziekenhuis als 'onderzoek- en behandelcentrum' begin 1999 opnieuw gefuseerd en opgegaan in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht: een vier-locatieziekenhuis met ruim duizend bedden en een van de grootste in Nederland. Het ziekenhuis in Sliedrecht is nu teruggebracht tot een dagziekenhuis met veertien bedden en een polikliniek met alle specialismen. Er zijn alleen nog kleine operaties en dagopnames mogelijk, want 's-nachts is het gesloten.

Als zelfstandig ziekenhuis functioneerde het destijds overigens goed (Kastelein en Hammerstein, 1981, VIII-IX). Genoemde argumenten voor de beëindiging van de zelfstandigheid waren vooral de *veronderstelde* beperkingen van de kwaliteit en van de specialistische ontwikkeling, en de kosten voor regionale nieuwbouw. Daar tegenover stonden de goede bereikbaarheid van het ziekenhuis en de vertrouwde ermee voor de bevolking. Afwegingen van omvang en regionale aard hebben blijkbaar de doorslag gegeven. In Sliedrecht ging de afbouw kennelijk met veel emoties gepaard en zouden ook de huisartsen zich verzet hebben. Maar over de huidige situatie zouden patiënten en doktoren nu wel tevreden zijn.

De casus Sliedrecht geeft daarmee op lokaal niveau de achtergronden van de organisatorische concentratie van ziekenhuizen in en rondom Dordrecht aan, en gelijktijdig ook de concentratie van afdelingen, alsmede de gevolgen voor de resterende locatie. Een dergelijk proces heeft zich bij veel meer ziekenhuizen in den lande afgespeeld, meestal bij de kleine, al varieerden de lokale omstandigheden vaak.

Maar er bestaat nog een andere oplossing.

Oplossing opheffing: Casus Losser

In Losser (nabij Enschede) begonnen de zusters van de congregatie Julie Postel in 1916 activiteiten die tot de Bernardusstichting leidden. Deze stichting zette een ziekenhuis, een verzorgingshuis en een verpleegtehuis op. Het oorspronkelijke gebouw uit 1916 herbergde alle drie de functies en werd in 1953 met twee vleugels uitgebreid. In 1968 werd een geheel nieuw gebouw betrokken, het Dinkelse ziekenhuis, gevolgd in 1973 door een nieuw verzorgingshuis. Het oude gebouw werd, ondanks de beperkingen, als verpleeghuis gebruikt. De gemeenschappelijke keuken, technische dienst en huishoudelijke dienst voorkwamen kostenverhogende overlappenden en doublures in de organisatie. Het ziekenhuis had 88 bedden en 6 wiegen, twee operatiekamers, twee verloskamers, een polikliniek met 9 specialismen waar ten minste tweemaal per week een spreekuur verzorgd werd.

Het adherentiegebied zou eind jaren zeventig drie kerkdorpen met ruim 13000 inwoners omvatten, waarvoor de Inspectie hooguit 50 bedden voldoende achtte, volgens toen geldende normen. Dit werd het ziekenhuis dan ook fataal, hoewel de verpleegprijs niet bijzonder hoog genoemd werd. Het aanbod zou te ruim voor de lokale bevolking zijn geweest (Hammerstein c.s., 1979, 116-117). Mede door de druk op het aantal bedden zou er nauwelijks sprake zijn van samenwerking met grotere Enschedese ziekenhuizen (wel tussen de specialisten onderling), maar omgekeerd zou er ook weinig rekening worden gehouden met kleinere ziekenhuizen in de regio. Onder de toekomstmogelijkheden werden onder meer genoemd: opheffing of functioneren als buitenpolikliniek. Handhaving zou wel extra maatregelen vereisen.

In de jaren tachtig werd besloten dit ziekenhuis op te heffen. Het werd als een verlies voor de inwoners beschouwd, maar ook voor de huisartsen die hun mogelijkheden voor laboratoriumtests, röntgenfoto's en ECG's verloren. Het aantal autoritten van naar Enschedese ziekenhuizen verwezen patiënten werd op 114.996 per jaar berekend (nu ca. 12 km of 1.379.952 auto km/jaar), al zou ruim een kwart van de bevolking zich tevoren al op de Enschedese ziekenhuizen hebben georiënteerd.

Hoewel veel kleine ziekenhuizen wel zijn opgegaan in grotere verbanden, is een aantal gewoonweg gesloten wegens gebrek aan alternatieve oplossingen (zie ook Können 1978, 1984 en lijst in bijlage van na 1985 gesloten ziekenhuizen; n.b. sommige werden elders voortgezet, andere definitief gesloten). De argumenten voor sluiting varieerden en hingen vaak van de omstandigheden af, waarbij reeds bestaande grotere ziekenhuizen geduchte concurrenten waren in de besluitvorming.

Ziekenhuisconcentratie

De fusies van de afgelopen decennia hebben vooral tot een concentratie van ziekenhuizen geleid. Van de 202 zelfstandige algemene ziekenhuizen in 1970 zijn er nu 101 over, eigenlijk 101 ziekenhuisorganisaties (zie tabel 2.2). Veel ziekenhuizen zijn van een zelfstandig ziekenhuis in een afhankelijke 'locatie' van een groter 'ziekenhuis' veranderd. Het aantal locaties is daarom nu groter dan het aantal ziekenhuisorganisaties. Gedetailleerde cijfers zijn niet (officieel) bekend en vereisen aparte studie (de mutaties per jaar zijn aanzienlijk en soms nauwelijks meer te achterhalen). Maar als we aannemen dat in 1970 er geen of slechts enkele meerlocatie ziekenhuizen bestonden, dan kunnen we een vergelijking maken.

Tabel 2.2 Ziekenhuizen en schatting aantal locaties 1999

Algemene ziekenhuizen met*	Aantal ziekenhuizen 1999	Aantal ziekenhuislocaties 1999*
1 locatie	63	63
2 locaties	32	64
3 locaties	5	15
4 locaties	1	4
Totaal	101	146

* Schatting, onder meer op basis van meest recente bron, Bartels/NZi 1999, voor zover vermeld en bekend; ziekenhuislocaties zijn niet officieel geregistreerd; geen buitenpoli's inbegrepen in bovenstaande tellingen; de huidige situatie is waarschijnlijk al weer veranderd.

Bron: Bartels/NZi per 1-1-1999.

Indien we aannemen dat alle bestaande ziekenhuislocaties (niet bedoeld: buitenpoli's) voormalige zelfstandige ziekenhuizen waren, dan zijn van de 202 algemene ziekenhuizen in 1970 er in 1999 nog 101 ziekenhuisorganisaties over, met naar schatting 146 ziekenhuislocaties; mogelijk minder, want de officiële registratie telt locaties, noch buitenpoli's. De ontwikkelingen gaan echter snel en de huidige cijfers zijn mogelijk al weer achterhaald. Zo vermeldt de NZi-registratie van 1999 onder meer ziekenhuizen in Veenendaal (nu: 'spreekuurcentrum') en Heemskerk (nu: 'buitenpoli'), die inmiddels blijkbaar een andere functie hebben. De afname van 202 naar 146 ziekenhuislocaties, of minder, zou op zijn minst een concentratie naar 72% procent van het oorspronkelijke aantal ziekenhuislocaties betekenen. Van ruim een kwart van de algemene ziekenhuizen (56 van de 202) zou daarmee daadwerkelijk de locatie gesloten zijn of niet meer als een ziekenhuislocatie te beschouwen zijn (gewijzigd in buitenpoli of andere bestemming). Een deel daarvan is met inventaris en al naar een nieuw fusiegebouw elders verhuisd. Het aantal ziekenhuizen dat gesloten is en niet elders is voortgezet, zal daarom wat kleiner zijn dan deze 56; niet veel kleiner, want de bijbehorende nieuwbouw wordt al sinds lange tijd nauwelijks meer toegestaan. Daar staat tegenover dat een onbekend deel van de overblijvende 146 locaties mogelijk al is afgebouwd tot buitenpoli. Bovendien zijn sinds de peildatum 1999 van het NZi kennelijk nieuwe fusies voorgenomen of in uitvoering, want aan de 'fusiekoorts' is blijkbaar nog geen eind gekomen (Oyen, Roex en Telgenkamp, 2000). Opmerkelijk is dat er wel gesproken wordt van meerlocatieziekenhuizen, maar dat het eigenlijk voornamelijk gaat om tweelocatie- of bi-locatieziekenhuizen. Het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland dat meer dan twee locaties heeft is gering (circa 5). In feite is er sprake van een fusiegolf die voornamelijk 'dubbel'-ziekenhuizen heeft geproduceerd, twee locaties met één organisatie en bestuur.

2.5 Bestuurlijke schaalvergroting

De functionele schaalvergroting kwam vooral tot uiting in een samenvoeging van eenheden in een nieuw en groter gebouw. Toen nieuwbouw echter nauwelijks meer werd toegelaten, in de loop van de jaren tachtig, bleek dat functionele schaalvergroting niet langer meer mogelijk was. Er ontstonden vervolgens vooral ziekenhuisorganisaties met vestigingen op verschillende locaties. Dit schiep een nieuw probleem, namelijk hoe een dergelijke organisatie vanuit één locatie te besturen. Hiervoor was een bestuurlijke hervorming nodig. Het luidde de fase van bestuurlijke schaalvergroting in.

Bestuursmodellen

Ziekenhuizen zijn zoals opgemerkt ontstaan uit particuliere initiatieven (veelal confessioneel van aard) gesteund door lokale overheden. Voor een ziekenhuis dat slechts uit één gebouw bestond, lag de vorm van het bestuur en organisatie tamelijk voor de hand. Hoewel er verenigingen bestonden, vielen ziekenhuizen meestal onder stichtingen. Deze hadden een bestuur en (al of niet gescheiden) een uitvoerende directie, vaak met een scheiding tussen medische zorg en organisatie.

Bij schaalvergroting van de instelling en meerdere locaties is echter ook een complexere organisatie nodig en een daaraan aangepaste beheersvorm (Hoek, 1998; De Vries en Breedveld, 2000). Die hangt veelal af van de gevolgde weg en het soort instelling. Er worden globaal twee hoofdmodellen onderscheiden volgens Koudijs (1996), elk met diverse varianten, het Raad van Bestuur-model en het Concern-model. Bij fusies wordt vaak voor een Raad van Bestuur-model gekozen, een centralistisch model met verregaande integratie van functies onder een sterke centrale top. Daarentegen zijn ook concernmodellen met een meer decentraal karakter ('federalistisch') waarbij de verschillende eenheden een grotere beslissingsbevoegdheid hebben. Overheidsbeleid (bedden-reductie) en efficiency-overwegingen zouden veelal tot het Raad van Bestuur-model en daarmee tot groter centralisme leiden, een top-down benadering, grote staf-bureaus, veel schriftelijke communicatie en langere besluitvormingslijnen met nadruk op beheersbaarheid, efficiency en controle. Wanneer zorginhoudelijke motieven worden aangewend zou eerder voor een decentraler concern-model worden gekozen. Dit zou leiden tot minder bureaucratie, grotere slagvaardigheid en kortere communicatielijnen, maar ook vaker tot minder efficiency. Het concern-model is echter moeilijker stabiel te houden en zal de neiging hebben om te centraliseren of uit elkaar te vallen, aldus Koudijs. Het zou onder de huidige omstandigheden weinig toekomst hebben, vooral bij ziekenhuizen.

Organisatietypen

De schaalvergroting heeft ook invloed gehad op het type organisatie in ziekenhuizen. Zo onderscheiden Van Lindert, Delnoij, Groenewegen en Hofland (1999) de klassieke dienstenstructuur, de klinisch-ambulante structuur, de structuur van werkeenheden rondom een specialisme en de cluster-structuur. De klassieke dienstenstructuur komt overwegend voor bij de kleine en middelgrote ziekenhuizen, terwijl de grote met meer dan 600 bedden mede vanwege de schaalvergroting vooral de cluster-structuur hebben toegepast (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3 Omvang ziekenhuizen en organisatiestructuur

Aantal bedden	<350		350-450		450-600		>600		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dienstenstructuur	16	47%	8	50%	5	29%	2	15%	31	39%
Klinisch-ambulant	9	26%	2	13%	5	29%	0	0%	16	20%
Werkeenheden	1	3%	4	27%	2	12%	3	23%	10	13%
Clusters	8	24%	2	13%	5	29%	8	62%	23	29%
Totaal	34	100%	16	100%	17	100%	13	100%	80	100%

Bron: Van Lindert, c.s. 1999; %% toegevoegd; N = aantallen ziekenhuizen, totaal 80 in het onderzoek.

Interne concentratie

Ten slotte hebben fusies ook vaak een intern effect. Zo is het aantal kinder- en gynaecologieafdelingen afgenomen met het aantal ziekenhuizen, een concentratie in de zin van minder afdelingen derhalve. Dat lijkt voor de hand te liggen, maar bedacht moet worden, dat er nu meer locaties zijn (naar schatting 146 in 1999) dan ziekenhuizen (101 in 1999) en er dus vaker locaties voorkomen zonder dergelijke afdelingen (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4 Aantal kinder- en verloskunde / gynaecologie-afdelingen 1982-1998

	Kinderafdelingen			Verloskunde- en gynaecologieafdelingen			Totaal aantal alg. ziekenhuizen
	wel	geen	onbekend	wel	geen	onbekend	
1982	152	10	4	162	0	4	166
1990	106	4	13	110	0	13	123
1998	103	2	0	104	1	0	105

Bron: cijfers Prismant, anno 2000, op verzoek van SAZ, 2000; NZi/Bartels, 1982/90/98.

Huidige locatietypen

De organisatorische en bestuurlijke veranderingen hebben ten slotte tot nieuwe vormen van ziekenhuizen en ziekenhuisgebouwen geleid. Hierbij is niet alleen het aantal locaties van belang, maar ook de onderlinge verhouding tussen locaties, zowel voor gebruikers, personeel, als het bestuur ervan. We kunnen momenteel drie basale typen onderscheiden: de monolocatie, de multilocatie en mengvormen waarbij ook de buitenpolikliniek een rol speelt (zie schema 2.1).

1. De *monolocatie* is het 'klassieke' ziekenhuis, gevestigd op één locatie, veelal in één gebouw of enkele met elkaar verbonden gebouwen. Binnen dit gebouw bevinden zich op loopafstand alle benodigde afdelingen, diensten en voorzieningen, zodat alle medewerkers daarvan zo nodig gebruik kunnen maken. Deze ziekenhuizen vormen nog steeds de meerderheid en kunnen naar grootte worden ingedeeld in klein, middelgroot, groot en zeer groot, soms megaziekenhuis genoemd. Een deel van deze ziekenhuizen komt voort uit fusies, meestal met verhuizing en nieuwbouw op één nieuw locatie. De grenzen voor het aantal bedden per klasse zijn echter arbitrair. In de huidige Nederlandse verhoudingen worden circa 200-400 bedden wel als klein aangegeven (n.b. begin jaren vijftig was dat b.v. de categorie 0-25 bedden!), 400-700 als middelgroot, 700-1000 als groot en daar boven als zeer groot. In het buitenland komen ziekenhuizen tot 2000 bedden voor. Die bedden zijn soms niet allemaal meer in één gebouw of op loopafstand onder te brengen. Daarnaast komen ook veel ziekenhuizen voor die weer kleiner zijn dan in Nederland, met name in afgelegen, dunbevolkte gebieden of in landen met veel kleine private klinieken (zie ook Kemenade en Bisschop, 1996).
2. De *multilocatie* kan in Nederland dus twee tot vier locaties omvatten. De meeste van dergelijke ziekenhuizen komen voort uit fusies. In het buitenland komen wel ketens voor (vooral in de V.S.) van meestal commerciële ziekenhuizen. De afstanden tussen de locaties zijn vaak historisch bepaald en afhankelijk van de plaatsen waar de vroegere ziekenhuizen stonden. Binnen steden kan die afstand beperkt blijven, maar tussen gemeenten kan de afstand oplopen. Zo heeft het Atrium ziekenhuis in Heerlen drie locaties, die 7 tot 14 km uit elkaar liggen. Het Leeuwarder ziekenhuis is onder meer ontstaan uit een fusie met het ziekenhuis in Harlingen (afstand: 32 km).
Belangrijker is dat een bilocatieziekenhuis pas 'winst' boekt als de organisatie minder groot is dan die van de beide fusiepartners. Dit brengt meestal met zich mee dat er een hoofdvestiging ontstaat en een nevenvestiging. Hierdoor ontstaat tevens al snel een ongelijke verhouding, al is het maar in de perceptie van de medewerkers. Maar meestal zijn er ook tevoren bestaande verschillen in omvang of oudheid van de gebouwen. Gelijkaardige locaties

komen daarom minder vaak voor en ongelijke zijn dan snel de regel met alle interne consequenties voor de integratie in één organisatie.

3. De *semi-multilocatie* bestaat uit een ziekenhuis op meerdere locaties, hoewel er maar één echt ziekenhuis is, naast één of meer kleine locaties. Dit zijn soms vroegere ziekenhuizen, die alleen nog als buitenpoli fungeren, als short-stay locatie of dagziekenhuis. Als tegemoetkoming aan de bevolking wordt op korte afstand van de woonkern de poli in stand gehouden. Tevens wordt daarmee het adherentiegebied vastgehouden. In 1995 bestond er al een dertigtal buitenpoliklinieken in Nederland, volgens een onofficiële telling van Hagen (1995, Alkemade en Hagen 1995).
4. Een andere vorm is de *semi-monolocatie*: twee ziekenhuizen die op één locatie gevestigd worden. Praktisch gaat het om enkele voormalige kinderziekenhuizen die bij academische 'intrekken', maar toch - ten minste in naam - zelfstandig blijven. Deze variant komt weinig voor bij algemene ziekenhuizen.

Schema 2.1: Locatiemodellen ziekenhuizen

Type		Verhouding locaties
<i>Monolocatie</i>	1. basisziekenhuis (ca. 200-400)	1 locatie
	2. middelgroot ziekenhuis (ca. 400-600)	1 locatie
	3. groot/megaziekenhuis (>600)	1 locatie
<i>Multilocatie</i>	4. ziekenhuis locatie (s)	gelijkwaardige locaties
	5. ziekenhuis hoofdlocatie - nevenlocatie(s)	ongelijkwaardige locaties
<i>Semi-multilocatie</i>	6. ziekenhuis locatie - buitenpoli(s)	ongelijkwaardige 'locaties'
<i>Semi-monolocatie</i>	7. ziekenhuis (annexatie/opslokken)	meerdere->alles naar hoofdlocatie

Trend organisaties

De variëteit aan ziekenhuisorganisaties is mogelijk nog niet volledig, aangezien er experimenten gaande zijn waarbij verwante organisaties (verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties) samen met een ziekenhuis onder een noemer worden gebracht als een zo geheten 'zorggroep'. In het algemeen kan nog wel gesteld worden dat het 1-locatieziekenhuis nog lang niet verleden tijd is en verhoudingsgewijs nog het meest voorkomt, gevolgd door het bi-locatie ziekenhuis. Daarnaast openen steeds meer ziekenhuizen buitenpoliklinieken en treden er vaker mengvormen op.

3 HET BELEID

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de wijze besproken waarop het beleid getracht heeft de spreiding en de concentratie van ziekenhuiszorg in verschillende perioden te beïnvloeden. De vraag rijst namelijk in hoeverre de geconstateerde ontwikkeling van ziekenhuizen ook een beleidsmatig gewenste ontwikkeling is geweest en welke invloed het beleid nu eigenlijk heeft gehad. Men kan zich mogelijk zelfs afvragen of er wel een beleid aangaande spreiding, schaalvergroting en concentratie van ziekenhuizen is geweest; en indien er sprake was van beleid, wat de beleidstheorie kan zijn geweest bij de vele fusies die tot stand zijn gekomen.

3.2 Fasen van beleidsontwikkeling

Het is hier vooral de vraag hoe het beleid zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld en welke effecten het heeft gehad op de spreiding en concentratie van ziekenhuizen. Hierbij spelen externe factoren mee zoals het overheidsbeleid dat afhankelijk van de omstandigheden in de verschillende perioden geheel andere accenten heeft gelegd, van stringente planning tot marktwerking en bijna complete deregulering. Maar ook andere partijen in de gezondheidszorg hebben aan het beleid bijgedragen. De totstandkoming van beleid ten aanzien van ziekenhuizen is een complexe aangelegenheid, waarvan de achtereenvolgende fasen hier beknopt zullen worden geanalyseerd.

3.3 Fase spreiding ziekenhuizen

In de periode van circa 1870/1880 tot 1920 kwamen veel ziekenhuizen door particuliere initiatieven tot stand (Können, 1984, 15 e.v.); in 1926 was dat zo'n 60 procent van alle ziekenhuizen, merendeels met katholieke signatuur (Können, 1984, 15 e.v.). Niet alleen in de steden, ook op het platteland ontstonden zo veel ziekenhuizen. Men hanteerde soepele criteria, zoals een minimum van 16 tot 20 bedden en een minimum adherentiegebied van 5000 tot 2500 patiënten.

3.4 Fase consolidatie en schaalvergroting

Door de economische omstandigheden kwam al in de jaren twintig en dertig van de 20ste eeuw de discussie op gang over voor- en nadelen van kleine ziekenhuizen. Het afstandscriterium was in het voordeel van de kleinste, perifere ziekenhuizen, maar niettemin werd een omvang van meer dan 100 bedden nodig geacht om aan de 'eisen van de tijd' te voldoen, terwijl autovervoer per ambulance afstanden minder tot een probleem maakten. Planning van ziekenhuizen bestond nauwelijks, alleen werd de Inspecteur van de Volksgezondheid ingeschakeld, die vaak negatief adviseerde bij subsidieaanvragen voor nieuwe ziekenhuizen. Men wilde namelijk paal en perk stellen aan de 'ongebreidelde initiatieven' en de ziekenverpleging centraliseren, zodat de verpleegprijs omlaag kon. Er ontstond een 'geloof' in het grote ziekenhuis, de belangrijkste drijfveer achter de voortgaande schaalvergroting. De overheid ordende van bovenaf de initiatieven die van onderop kwamen, aldus Können. Daarmee is de geografische spreiding van de meeste ziekenhuizen vooral door historische ontwikkelingen bepaald

waarbij de overheid slechts een beperkte rol had. Sinds de eerste officiële telling uit 1922 varieerde het aantal ziekenhuizen nauwelijks en lag het tussen de 250 en de 270.

3.5 Fase naoorlogs dirigisme en expansie

De rol van de overheid veranderde drastisch na de oorlog. Omdat aanvankelijk aan van alles gebrek was en besloot men op verschillende ambtelijke niveaus en ook op ministerieel niveau over ziekenhuizen te gaan beslissen, hetgeen lange tijd zo bleef (Baakman 1990, 81 e.v.). Criteria voor spreiding kwamen onder meer voort uit het 'rapport Slettenaar' uit 1952 en betroffen het aantal bedden per duizend inwoners: 4 voor het platteland, 4,5 voor halfstedelijke gebieden en 5 voor stedelijke gebieden. Maar de criteria van de ingestelde Ziekenhuiscommissie stonden niet op schrift en werden alleen mondeling meegedeeld aan degenen die bouwplannen hadden. Tegen 1970 was het beddenpromillage in werkelijkheid gegroeid tot gemiddeld 4,8. De uitkomsten van dit voor het veld 'dirigistische beleid' leken, qua evenwichtige spreiding, vervolgens 'nergens op', volgens Baakman (1990, 83). Zo kwam het voor dat het aantal gerealiseerde bedden in een ziekenhuis hoger was dan gepland of dat negatieve adviezen toch tot ziekenhuisbouw leidde.

De plaats van de ziekenhuisgebouwen stond na de oorlog veelal vast, maar door de groei per ziekenhuis werden ze vaak uitgebreid of gemoderniseerd, soms met vervangende nieuwbouw. Pas in de jaren zestig zou de economische opleving en de nieuwe sociale wetgeving leiden tot een flinke groei, vaak met veel grotere gebouwen (Mens, 1999). Dit decennium werd nog eens gekenmerkt door liberalisatie en expansie en de plannen voor nieuwbouw leidden ten slotte tot de hoogste aantallen bedden en ziekenhuizen in Nederland in deze periode, waarbij de kosten van de gezondheidszorg navenant opliepen.

3.6 Fase overheidsplanning

Begin jaren zeventig trad de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) in werking met een vergunningstelsel en een stelsel van provinciale plannen, die nog moesten worden ontwikkeld. Een belangrijke aanleiding was de bedoeling meer greep op het 'volume' te krijgen. Van invulling van de wet en regulering kwam voorlopig echter weinig en bouwers anticipeerden op de verdere invoering van de wet, eind jaren zeventig, in een gewijzigde vorm. Staatssecretaris Hendriks trof nog meer ziekenhuisbedden aan dan zijn voorgangers en diende plannen in met minimumeisen voor ziekenhuizen (aantal bedden, specialismen), mogelijkheden tot afremming van nieuwbouw en sluiting van bestaande ziekenhuizen. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), dat de taken van Ziekenhuiscommissie had overgenomen, ging akkoord met een vier promille-norm voor ziekenhuisbedden en de eis voor ziekenhuisnieuwbouw van een minimum van 250 tot 300 bedden, met in stedelijke gebieden minimaal ongeveer 450 bedden. Hierbij hoorde een minimaal pakket aan specialismen, terwijl kleinere ziekenhuizen alleen nog mochten voortbestaan, wanneer er geen ander ziekenhuis 'redelijk bereikbaar' was; als ze niet meteen gesloten konden worden, moesten ze in een groter geheel gaan functioneren. De overheid bevorderde daarmee de schaalvergroting, met gelijktijdig een beddenreductie (althans voor het totaal aan bedden in Nederland), die vooral een algehele kostenstijging als achtergrond had. Met de Structuurnota Hendriks uit 1974 werd de groei afgeremd en herstructurering aangekondigd. Tevens werd een regionalisatie voorgesteld, een samenhangend stelsel voorzieningen in geografisch beperkte gebieden. Deze regio's waren echter niet voorzien in de Grondwet en de bedoelde bestuurslaag tussen provincies en gemeenten zou er nooit komen, maar niettemin werden zo de 24 (later 25) WZV-regio's gevormd door ad hoc een NZi-indeling in te voeren (Baakman, 1990). In 1979 trad de gewijzigde WZV in werking, met onder meer de mogelijkheid ziekenhuizen te sluiten (art. 18) en met een planningsprocedure en een goedkeurings-

procedure die het horen van gemeente en instelling inhield, en waarbij de provincie en de CvZ betrokken werden. In de Richtlijnen bij artikel 3 werd een criterium genoemd van 150 bedden als minimum voor een algemeen ziekenhuis. Alleen wanneer opheffing een reistijd per auto van meer dan 30 minuten veroorzaakte mocht hiervan worden afgeweken (Können, 1984, 39-40). Dan moest er voldaan worden aan voorwaarden zoals gegarandeerde continuïteit van zorg, een bepaald minimum functiepakket en samenwerking met andere ziekenhuizen.

Er is een Commissie Werkmodel basisziekenhuis ingesteld, die criteria voor een ziekenhuis ontwierp aan de hand van onder meer een minimum beddental en een minimaal adherentiegebied (NZR, 1978, 1979). Voor het 'standaardziekenhuis' werd minimaal een dubbele specialistenbezetting van vijf moederspecialismen voorgeschreven (Können 1984, 41-42). Het laatste was een middel dat al lang voor de WZV gesuggereerd was om te kleine ziekenhuizen te weren. Dit, ondanks dat de meeste kleine ziekenhuizen (tot 225 bedden) aan de dubbele bezetting voldeden (Können 1984, 42).

Begin jaren 80 bleek nog slechts een gering aantal bedden gereduceerd te zijn en werd het plan tot sluiting van 25 ziekenhuizen en afdelingen bij nog eens 77 ziekenhuizen (NZR, 1982) algemeen 'met ontzetting' ontvangen. De plannen zouden mede met de provincies worden uitgewerkt (bijvoorbeeld PRV-Friesland, 1978). Regio's met 'overbedding' moesten versneld in de WZV-procedure. Om volume en kosten in de hand te houden werd in 1983 de eerste vorm van budgettering ingevoerd voor ziekenhuizen. De planning door de provincies liep echter niet soepel. Van de 76 plannen waren er in 1985 maar drie geheel doorlopen. Het beleid midden jaren tachtig hield vooral het inzetten van allerlei overheidsmaatregelen in om tot kostenbesparing en beddenreductie te komen en kwam vaak 'weinig elegant' tot stand, aldus Baakman (1990, 195).

3.7 Fase marktregulering

In de loop van de jaren tachtig werden plannen gesmeed om de gezondheidssector op andere wijze te reguleren, aangezien de overheidsplanning niet de gewenste resultaten had opgeleverd. De Commissie Dekker (1987) adviseerde onder andere meer marktwerking in te voeren. Deels als gevolg van de eerdere maatregelen, zoals de ingevoerde budgettering (en de latere FB-systeematiek; Maarse, Van der Horst en Molin, 1992a/b) en deels anticiperend op de nieuwe marktwerking vonden veel ziekenhuisfusies plaats, mede om marktstrategische redenen (Den Hartog en Jansen, 1998). Het aantal ziekenhuizen daalde in rap tempo, hetgeen gepaard ging met centralisering en concentratie. Vaak ging dit samen met nieuwbouw op een nieuwe plaats, waarin de oorspronkelijke partners nu gezamenlijk gehuisvest werden (Molenaar, 1999). Soms bleven de gebouwen bestaan als ziekenhuis en ontstonden er multilocatieziekenhuizen. Ook het aantal bedden daalde, omdat fusies vaak werden toegestaan indien het totaal aantal bedden geringer was dan de som van het aantal bedden van de oorspronkelijke fusiepartners. Het gevolg was dat in toenemende mate ook het aantal locaties verminderde, zij het minder snel dan het aantal ziekenhuizen. De fusies werden nog eens bevorderd doordat vormen van topzorg binnengehaald konden worden bij een bepaalde schaalgrootte, die een grotere efficiëntie vooronderstelde, hetgeen meestal ook een grotere omvang betekende en meerdere fusiepartners.

3.8 Fase afremming en deregulering

Begin jaren negentig volgde weer een koerswijziging, mede door reacties op de Nota *Fusie en bouw* (WVC, 1992; NRV, 1993; CVZ, 1993). Met het beleid van het Paarse kabinet werden niet langer fusies met nieuwbouw gestimuleerd (WVC, 1995). Fusies mochten nog plaatsvinden, maar er werd nog amper vergunning verleend voor nieuwbouw. Op deze wijze werd het ontstaan van meer meerlocatieziekenhuizen sterk bevorderd (Croonen en Nouwen, 2000). Er

werd door de minister gewezen op de nadelen van te grote ziekenhuizen zoals bureaucratisering (zie ook Stevens, 1987) en verkokering. Maar gelijktijdig werden kleine ziekenhuizen nu op 200 tot 250 bedden bepaald en als kwetsbaar en problematisch voor de continuïteit gezien. Met het Inspectieadvies *Kleine ziekenhuizen* (IGZ, 1995) werd dit nog eens benadrukt. Ziekenhuizen onder de 200 bedden moesten eigenlijk verdwijnen of sterk gaan samenwerken. Hierop zijn enkele reacties gevolgd, onder meer van een aantal kleinere ziekenhuizen (tot circa 400 bedden) die zich in 1995 gingen beraden. Sindsdien zijn zij actief om hun positie onder de aandacht te brengen van beleid en politiek (Hagen, 1994, 1995). Uit een econometrische SCP-studie (Blank c.s., 1998) zou gebleken zijn dat kleinere ziekenhuizen doelmatiger zouden werken, hetgeen tot een publieke discussie leidde. Zo zouden de resultaten - die verkeerd in de pers terecht zouden zijn gekomen - voor discussie vatbaar zijn, volgens Bartelsman en Westerhout (1999). Daarnaast liet de Stuurgroep Modernisering Verloskunde (Klop, 2000) van zich spreken door te stellen dat de organisatie van de verloskunde, als een goed voorbeeld van ketenzorg, bedreigd wordt door knelpunten als de bereikbaarheid en beschikbaarheid van voorzieningen in de tweede lijn. Door de concentratie van ziekenhuizen zouden de te overbruggen afstanden te groot geworden zijn voor met name thuisbevallingen.

3.9 Recent beleid

De overheid heeft vervolgens te kennen gegeven de verantwoordelijkheid voor sluiting, fusie en samenwerking door het dereguleringsbeleid meer aan de veldpartijen te willen overlaten. Er ontstaat hier echter een dilemma tussen beleid maken en terugtreden, zoals ook door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ, 2000), voorheen het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, werd geconstateerd. Het CBZ spreekt van een opeenstapeling van beleidsdoelen, terwijl de overheid gelijktijdig minder middelen krijgt om deze te verwezenlijken. Wel werd aangekondigd dat fusies niet langer meer gestimuleerd zouden worden, maar dat beleid heeft de fusies niet doen stoppen, zij het dat het aantal minder groot is in de jaren negentig, dan in het decennium daarvoor. De maatregelen die fusies bevorderen zijn anno 2000 nog intact en hebben nog steeds een uitwerking in de richting van fusie, concentratie en schaalvergroting. Daarbij zou de minister het aannemelijk hebben gevonden dat er een radicale concentratie van de huidige 101 naar 40 algemene ziekenhuizen zal plaatsvinden (Binnendijk, 2000; eigenlijk 40 ziekenhuisorganisaties), al is dit voorsnog ter discussie en nog geen overheidsbeleid.

Motie Buijs

De suggestie van een dergelijke radicale concentratie was onder meer aanleiding voor de motie Buijs (6 april 2000) waarin gesteld werd dat, gezien de vele fusies die plaatsvinden, een goede bereikbaarheid voor de patiënt het uitgangspunt voor goede ziekenhuisvoorzieningen behoort te zijn. Het CBZ werd door VWS verzocht om een uitvoeringstoets naar de gewenste spreiding van ziekenhuisvoorzieningen uit te voeren om tot richtlijnen te komen voor voorgenomen ziekenhuisfusies (CBZ, 2000).

In de daarop volgende nota *Positionering algemene ziekenhuizen* (VWS, 2000d/e) wordt erkend dat bestaande regelgeving, zoals de FB-systematiek, oneigenlijke effecten tot gevolg had en ten onrechte als bonus voor ziekenhuisfusies uitwerkte (VWS 2000d/e, 4.2). Beide zullen worden afgeschaft. Echter gelijktijdig wordt voor meerlocatie-ziekenhuizen - die bijna alle uit fusies voortkomen - een financiële 'incentive' voorgenomen, om hun voortbestaan beter te kunnen garanderen. Zij zouden bijzondere kosten hebben door interlocatietransport en meer overhead (VWS 2000d/e, 5.1), hetgeen overigen sop schaalnadelen wijst. Men kan zich echter afvragen of een dergelijke incentive niet opnieuw tot een oneigenlijk effect kan leiden en fusies kan stimuleren als monocaties niets krijgen, maar gesteld werd dat deze geldmiddelen 'niet het karakter van een "bonus" ' mogen hebben (VWS 2000d/e).

In deze nota, die nadrukkelijk slechts voor de korte termijn is bedoeld (de huidige kabinetsperiode) en niet als lange termijn-visie bedoeld is, wordt een goede geografische spreiding van

belang geacht, met name voor topklinische, bovenregionale en acute, 24-uurs zorg (VWS 2000e, 3.1, 3.2).

Centrale en decentrale ziekenhuizen

De omstandigheden leiden daarbij tot twee typen ziekenhuizen, volgens deze nota (2000e, 3.3): de centrale en decentrale. Decentrale ziekenhuizen verzorgen circa 90 procent van de 'gewone klachten', of wel de reguliere zorg, die nog onderscheiden wordt in eenvoudige basiszorg en meer complexe zorg. De centrale ziekenhuizen verzorgen de kostbare, intensieve en hoog-technische topzorg.

Decentrale ziekenhuizen zijn gefuseerd of hebben een 'nauw samenwerkingsverband' met de centrale ziekenhuizen (VWS 2000e, 3.1, 3.2, 3.3). De spreiding wordt opgevat als een goede spreiding en bereikbaarheid van alledaagse zorg, via een extramuraal gerichte tendens van kliniek naar polikliniek, dagbehandeling, extensieve verpleging en eerstelijnszorg. Over aantallen ziekenhuizen zegt de nota weinig, behalve dat de topklinische zorg verzorgd zal worden door de 8 academische en circa 20 algemene ziekenhuizen (VWS 2000e, 3.1). Ook over de regionale geografische spreiding van ziekenhuizen is er geen informatie te vinden, alleen over de regionale spreiding van zorg en benutting van ziekenhuisvoorzieningen (VWS 2000e, 3.4).

Omdat de schaalvergroting als een onvermijdelijk verschijnsel lijkt te worden beschouwd (VWS 2000e, 1.1) en de multilocatieziekenhuizen worden bevorderd door ziekenhuisnieuwbouw tegen te gaan, terwijl de overheidsgreep steeds meer verdwijnt op de nog immer voorkomende fusies, wekt de nota de indruk nog geen antwoord te hebben op de lange termijn trend van ziekenhuisfusies en de concentratie van ziekenhuizen en locaties.

Uitvoeringstoets CBZ

Het CBZ (2000, conclusie 1) constateert in de gevraagde uitvoeringstoets dat de spreiding de laatste tien jaar niet 'corresponderend' of niet 'sterk' is verminderd met de fusietendens. Er zouden zelfs drie ziekenhuisorganisaties en meerdere locaties in de vorm van buitenpoliklinieken zijn bijgekomen. De gesloten of afgebouwde ziekenhuizen, c.q. locaties van Kampen en IJmuiden, Sliedrecht en Veenendaal worden daarbij opmerkelijk genoeg door de minister als een goed voorbeeld genoemd van de snelle veranderingen die van invloed zijn op de opzet van het ziekenhuis (VWS, 2000d; zie ook Idenburg 1996). Dit alles suggereert dat er geen verarming in de geografische spreiding van algemene ziekenhuizen is opgetreden door de ziekenhuisfusies. Maar dit is niet het geval wanneer we in plaats van de laatste tien jaar, de laatste decennia overzien, waarin ruim een kwart van de locaties van de algemene ziekenhuizen (zie tabel 2.1) en een kwart van het aantal bedden van alle ziekenhuizen is verdwenen. Bovendien kunnen meerlocatie-ziekenhuizen door een proces van 'leegzuigen' (functies verplaatsen naar de hoofdvestiging) of door omzetting tot dagziekenhuis of buitenpoli uiteindelijk tot verkapt locatieverlies op langere termijn leiden.

Daarnaast lijkt er sprake te zijn van niet-opgemerkte regionale concentratieverschillen, waarbij de grootste concentratie sinds 1974 plaatsvond in de provincies Zeeland (van 1,00 als uitgangspositie tot 0,33 nu; zie tabel 3.1) en Noord-Holland (tot 0,39 nu) en de geringste in Groningen en Drenthe (beide tot 0,80).

Tabel 3.1 Concentratie ziekenhuizen per provincie 1974-1999

	Aantal ziekenhuizen				Concentratiefactor		
	1974	1980	1990	1999	1974-80	1974-90	1974-99
Groningen	5	5	5	4	1,00	1,00	0,80
Friesland	8	8	6	5	1,00	0,75	0,63
Drenthe	5	5	4	4	1,00	0,80	0,80
Overijssel	15	14	8	6	0,93	0,53	0,40
Gelderland	26	22	11	11	0,85	0,42	0,42
Utrecht	14	13	12	8	0,93	0,86	0,57
Noord-Holland	38	32	22	15	0,84	0,58	0,39
Zuid-Holland	38	36	28	21	0,95	0,78	0,55
Zeeland	9	8	3	3	0,89	0,33	0,33
Noord-Brabant	24	24	20	17	1,00	0,83	0,71
Limburg	12	12	7	5	1,00	0,58	0,42
Flevoland	-	-	2	2	-	-	-
Totaal Nederland	194	179	128	101	0,94	0,68	0,55

1974 = 1,00.

Concentratiefactor = aantal ziekenhuizen in 1980, 1990 of 1999 gedeeld door het oorspronkelijke aantal in 1974, voor iedere provincie.

Bron: NZi-opgaven erkende inrichtingen intramuraal, algemene ziekenhuizen.

Greep verloren op fusies?

Het CBZ (2000, conclusie 2) merkt op dat het overheidsinstrumentarium onvoldoende is toegesneden op het tegengaan van eventuele autonome en ongestructureerde beperking van het aantal ziekenhuislocaties en dus ook niet op het instandhouden van de spreiding van ziekenhuiszorg. Deze conclusie duidt op het niet kunnen tegengaan met behulp van de huidige wet- en regelgeving van eventuele verdere concentratie, want deconcentratie in de zin van een sterke groei van het aantal ziekenhuisorganisaties of volwaardige ziekenhuislocaties lijkt nauwelijks realistisch. De CBZ-conclusie is te meer van belang daar het de keuze voor concentratie hoofdzakelijk beïnvloedt acht door: 1. de samenstelling van het primaire verzorgingsgebied, 2. de aanwezigheid in de nabijheid/regio van andere ziekenhuizen, 3. veronderstelde schaalvoordelen (zie een volgend hoofdstuk), 4. de schaarste aan medische specialisten en verpleegkundig personeel en 5. bedrijfseconomische overwegingen. De overheidsregulering ontbreekt in deze opsomming dus. Niettemin zou de omvang van ziekenhuisorganisaties tot een aanvaardbare variatie in de spreiding van de ziekenhuiszorg leiden (CBZ, 2000, 2.5). Het CBZ lijkt zich uit te spreken voor fusies van kleine ziekenhuizen (250 bedden of minder) met de opmerking dat samenwerking en afstemming met andere ziekenhuizen beter te realiseren is 'via de hefboom van een fusie' (CBZ, 2000, 3.1). Maar gelijktijdig wordt gesteld dat de kleinere ziekenhuizen (met name in landelijke gebieden) zich op voldoende geïntegreerd niveau hebben kunnen handhaven en een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het in stand houden van een goede, gespreide (integrale) ziekenhuiszorg. Inhoudelijke samenwerking tussen instellingen wordt ten slotte uitgebreid aanbevolen en tevens dat er een extra bestuursinspanning zal moeten worden geleverd voor het bereiken van de betreffende overheidsdoeleinden.

Het blijft daarmee echter de vraag of een dergelijke inspanning, bij het veronderstelde gebrek aan voldoende overheidsinstrumenten en lange termijn-visie, wel van invloed zal kunnen zijn op de voortgaande fusies en de afnemende geografische spreiding van ziekenhuizen.

4 OORZAKEN FUSIE- EN CONCENTRATIETENDENS

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste oorzaken besproken die genoemd zijn in de beschikbare literatuur over de concentratie van ziekenhuizen ten gevolge van fusering. We zullen de drijvende krachten achter de fusiegolven nagaan, naast enkele remmende krachten. Daarna komt de vraag aan de orde of fusies de voordelen hebben die eraan worden toegeschreven of wellicht ook onderbelichte nadelen. Hierbij spelen ook de veronderstelde voor- en nadelen van grote versus kleine ziekenhuizen, die ten slotte beknopt zullen worden weergegeven.

Tot voor kort was er vooral aandacht voor de positieve aspecten van fusies (o.m. Korthals en Pelzer, 2000; Versluijs en Vaessens, 1999). Pas recentelijk is een meer kritische benadering ontstaan. Daarom is er van een systematische beoordeling tot nog toe weinig gekomen en kon hier alleen een inventarisatie gemaakt worden van de onderzoeksliteratuur op het gebied van fusies van ziekenhuizen, zowel in Nederland als in het buitenland. De meest uitgebreide collectie onderzoekingen en reviews is te vinden bij Ferguson, Sheldon en Posnett (onder redactie, 1997) gebaseerd op Engels en Amerikaans onderzoek (ook onder non-profit ziekenhuizen), waar de gezondheidsstelsels overigens wel anders zijn ingericht. Zowel in Nederland als in het buitenland komen ziekenhuisfusies al decennia voor. Maar Nederlands onderzoek naar beoordeling van ziekenhuisfusies is niet of nauwelijks voorhanden, heeft slechts betrekking op onderdelen van fusies of omvat slechts een klein aantal ziekenhuizen (Buit en Nozeman, 1988a/b/c/d, geografisch; Bukkems, 1996, financieel-economisch; Haring, 1993, reisafstanden, ontslagen patiënten, verpleegduur; Können, 1984, bredere benadering, maar niet recent). Het empirische onderzoek naar dergelijke fusies lijkt in elk geval in Nederland nog in de kinderschoenen te staan.

De inventarisatie leverde een serie terugkerende aspecten op die hier worden weergegeven. Deze opsomming kan noch volledig, noch uitputtend zijn gezien de beperkte opzet van deze studie.

Als de belangrijkste drijvende krachten worden gesignaleerd:

- de economies of scale;
- de economies of scope;
- de kwaliteitseisen van beroepsverenigingen;
- de trend naar een kortere werkduur;
- de kwaliteitseisen van de overheid;
- fusie als reddingsoperatie;
- marktdominantie en status;
- algemeen overheidsbeleid.

Het is duidelijk dat dit erg uiteenlopende zaken betreft, sommige op organisatieniveau, op beroepsgroepenniveau of op het niveau van overheidsbeleid. Welke de belangrijkste zijn kan door onderlinge onvergelykbaarheid niet goed worden aangegeven.

De remmende krachten ten aanzien van fusies zijn amper te vinden en worden eerder als obstakels voor schaalvergroting gezien, dan als reële alternatieven. Onder de remmende krachten worden wel genoemd:

- publiek en lokaal bestuur;
- alternatieven voor fusie;
- algemeen overheidsbeleid;
- grenzen aan de groei;
- beleidsbeëindiging;
- anti-kartel en deregulering.

Ook hier is het voorsnog onduidelijk welke krachten sterker zijn en soms of ze wel enige invloed hebben.

Daarna zullen de voor- en nadelen van enkele veelgenoemde aspecten van fusies worden besproken. Het gaat om de veelvuldig gelegde relatie met toegenomen kwaliteit, de tegenstelling tussen centralisatie en competitie, de verticale versus horizontale fusies, de besparingen versus de kosten, de veronderstelde voordelen van megaziekenhuizen, de toegenomen afstanden in tijd en ruimte en het ontstaan van buitenpoli's en dagziekenhuizen.

4.2 Drijvende krachten

We kunnen ons hierbij vooral op Ferguson, Sheldon en Posnett (1997) oriënteren, naast veel indirecte onderzoeken, terwijl voor de Nederlandse situatie enkele aanvullende opmerkingen moeten worden gemaakt, vanwege de specifieke beleidsontwikkelingen hier te lande (Hagen 1994, 1995).

Economies of scale

Het gaat hier om een aan de econometrie ontleend begrip dat ook wel als een organisatieprincipe wordt gebruikt. Het wordt beschouwd als een van de belangrijkste drijvende krachten achter fusies en concentratie (Aletras, Jones en Sheldon 1997; Blank c.s. 1998; Wholey, Feldman Christianson en Engberg, 1996). Door schaalvergroting van de organisatie kunnen zo geheten economies of scale bereikt worden, besparingen doordat bij een groot volume aan verrichtingen of handelingen deze op meer efficiënte wijze kunnen worden georganiseerd. Het meest kenmerkende voorbeeld daarvan is de rationalisatie van het productieproces met onder meer de invoering van de lopende band, die tot een enorme productieverhoging geleid heeft in de 20e eeuw van materiële goederen. Op analoge wijze wordt dit bedrijfsmatige principe ook in de dienstverlenende sector toegepast, zij het niet geheel onproblematisch. Zo zijn diensten (bijvoorbeeld adviezen) vaak abstracte producten die niet altijd te standaardiseren en te kwantificeren zijn en daarom moeilijk aan te pakken of te reorganiseren. Alleen routinematige handelingen kunnen bij grotere aantallen en een efficiëntere aanpak tot gunstige resultaten leiden. Daarnaast wordt verondersteld dat er 'ergens' een grens is aan de toename in efficiency bij een bepaalde schaalgrootte. Wanneer de organisatie namelijk te groot wordt kan om praktische redenen (interne bereikbaarheid, toename bureaucratie, te lange aanvoer- of communicatielijnen) een eind komen aan de toename in efficiëntie (zie ook Matser, 1999; Meyer en Van Zijp, 1999; Stevens, 1987). Voor ziekenhuizen is voorsnog geen maximum grootte vastgesteld, wel verschillende malen een optimum (Aletras c.s. 1997; Stevens en Van Tulder, 1995; Sowden en Sheldon, 1998; Ferguson, 2000). Maar uitkomsten zijn sterk afhankelijk van welke zaken er in de econometrische vergelijkingen worden opgenomen (resp. kwaliteit en volume; productie en bedden; 'volume' en 'outcome'; zie voor productiecriteria ziekenhuizen ook Wiggers, 1994; Van Montfort, Bal en Van Rijnsoever, 1979). Ook over de ondergrens bestaat onzekerheid, want Simpson (1995) vond dat minder van 200 bedden nog geen

inefficiëntie betekende. Ondanks zulke problemen wordt de bedrijfsmetafoor als toepasbaar in de ziekenhuissector beschouwd, met name sedert de golf van het denken in marktwerking, concurrentie en efficiency.

Een verwant aspect is dat met name in de ziekenhuissector, maar ook meer in het algemeen, schaalvergroting met een toename van kwaliteit wordt geassocieerd. In de ziekenhuissector wordt er bij voorbeeld op gewezen dat een minimum aantal operaties nodig is om voldoende kwaliteit te kunnen leveren. Voor bepaalde operaties geldt dat zij zelden voorkomen en vaardigheid daarin groter is wanneer desbetreffende chirurg deze vaker uitvoert. Omdat in kleinere ziekenhuizen zulke operaties zeldzamer zijn door een kleiner adherentiegebied, volgt hieruit dat meer kwaliteit door grotere ziekenhuizen zou kunnen worden geboden. Hieruit kan nog niet meteen geconcludeerd worden dat kleine ziekenhuizen minder kwaliteit leveren, omdat kwaliteit meerdere kanten heeft. Onderzoek wijst namelijk uit dat hier op zijn minst twijfels bestaan. Zo zou de associatie wel, maar het causale verband niet vaststaan tussen volume en kwaliteit en zou kwaliteit ook volume kunnen genereren (Sowden, Watt en Sheldon, 1997).

Economies of scale zouden voor een organisatie als vuistregel 5 tot 7% financieel voordeel kunnen bieden bij fusie, en wel op langere termijn. Wat dergelijke, aan onderzoek elders (Connors, Feldman, Dowd en Radcliff, 1997) ontleende, percentages precies betekenen, is vooralsnog niet geheel duidelijk bij gebrek aan Nederlands onderzoek. De termijn moet inderdaad lang zijn, want aanvankelijk leidt fusie door reorganisatiekosten juist tot hogere onkosten in plaats van lagere (Bukkems, 1996; Ferguson en Goddard, 1997, 76-79). Dat is geen tegenargument, want dit is een voorspelbaar effect. Het gaat immers om een investering op langere termijn. Maar dan doemt er een bewijsprobleem op bij het vaststellen van de werkelijke voordelen van fusie, want adequaat onderzoek over zo'n langere termijn is nauwelijks voorhanden. Niet alleen in Nederland, maar ook in een land als de VS waar veel ziekenhuisfusies plaatsvonden (ook bij non-profit hospitals) ontbreekt zulk onderzoek volgens Ferguson en Goddard (1997, 78). Onder adequaat wordt dan verstaan onderzoek met voor- en nametingen op korte en langere termijn. Voor een deel is dit gebrek aan adequaat onderzoek aan methodologische problemen toe te schrijven, maar voor een deel ook aan vigerende belangen. Fusies zijn immers niet terug te draaien en onderzoek na totstandkoming van de fusie of de fusie eigenlijk wel wat opgeleverd heeft, heeft daarom weinig praktische waarde. Bovendien zijn veel managers en beleidsmakers geïmmiteerd aan de fusie, die vaak grote financiële en organisatorische gevolgen heeft, en daarbij past eventueel slecht nieuws niet erg goed. Alleen onafhankelijke instanties lijken hierbij een objectief beeld te kunnen scheppen, zij het dat zij voor de financieel-economische gevolgen de uitgebreide medewerking van gefuseerde ziekenhuizen nodig hebben, onder meer vanwege het verkrijgen van toegang tot gevoelige bedrijfsgegevens.

Daarnaast zijn de uitkomsten van het kleine aantal adequate onderzoeken bepaald niet altijd in het voordeel van gefuseerde ziekenhuizen, zijn zij slechts bij bepaalde typen ziekenhuizen gunstig of gaan gepaard met zo geheten *diseconomies* (Given, 1996; Wholey, Feldman, Christianson en Engberg, 1996) of economische nadelen. Zo wordt bij een onderzoek naar 53 ziekenhuisfusies beschreven dat bij 39 fusies inderdaad productiviteitswinst werd geboekt, maar bij 12 niet en bij 2 was er geen verschil (Ferguson en Goddard, 1997, 78). Zij concluderen dat fusies niet altijd tot een onverdeeld gunstig resultaat leiden en zelfs dat onverwachte kosten 'vaak' toenemen. Wanneer er geen ziekenhuissluiting na fusie plaatsvindt, zou er soms zelfs helemaal geen efficiency-voordeel zijn (Blecher, 1998), hetgeen een tamelijk onaangename conclusie zou kunnen zijn voor meerlocatieziekenhuizen.

Dat schaalvergroting bij ziekenhuizen tot productiviteitswinst (hoe ook gedefinieerd: volume, efficiency etc.) leidt, is nog lang niet eenduidig wetenschappelijk bewezen, maar wordt veelal als bewezen aangenomen (Van Heijningen 1996; Ruijs, 2000; Simpson 1995). Dit is opmerkelijk aangezien veel ziekenhuisfusies in Nederland al voltooid zijn.

Bij een analyse van Stevens en Van Tulder (1995, zie tabel 4.1) werd de productiviteit op twee gangbare manieren econometrisch geoperationaliseerd, één vanuit een patiëntenfilosofie en één vanuit een verrichtingenfilosofie. Beide werkwijzen leverden echter vrijwel gelijkvormige resultaten op ten aanzien van de productiviteit van ziekenhuizen, met een optimum voor de zieken-

huizen met 200 tot 300 bedden (met * aangegeven). Dit gold zowel voor de totale productiviteit als de arbeidsproductiviteit. Opmerkelijk is dat naarmate de ziekenhuizen groter waren, de productiviteit weer afnam; de totale productiviteit van de grootste zelfs tot minder dan die van de kleinste ziekenhuizen.

Tabel 4.1 Schaalgrootte en productiviteit ziekenhuizen in Nederland

Bedden	Totale productiviteit		Arbeidsproductiviteit	
	patiënten filosofie	verrichtingen filosofie	patiënten filosofie	verrichtingen filosofie
<150	114	108	89	84
150-200	116	105	114	103
200-300	123*	112*	116*	106*
300-400	108	106	102	100
400-600	99	100	103	104
>600	89	94	92	96

* = optimum productiviteit

Bron: Stevens en Van Tulder, 1995, tabel 4. Productiviteit van ziekenhuizen volgens de patiënten- en verrichtingenfilosofie, naar grootte, 1990 (index, gemiddeld = 100).

Economies of scope

Dit tweede economische begrip wordt wel uitgelegd als de diversiteit van het dienstenaanbod: naarmate er meer verschillende diensten worden aangeboden, des te vollediger de dienstverlening kan zijn. Op die manier kunnen ook meer doelgroepen, c.q. 'markten' bereikt worden (Aletras c.s., 1997). Strikt genomen gaat het om de kosten van gecombineerde productie van verschillende producten in vergelijking met de (totale) kosten voor de afzonderlijke productie van dezelfde producten (Blank c.s., 1998). Soms wordt opmerkelijk genoeg met 'scope-voordelen' bedoeld, de voordelen die te behalen zijn bij het combineren van specialistenverrichtingen op één locatie, waar deze voorheen op meerdere locaties plaatsvonden (Ferguson, 2000). De voordelen zouden dan zijn een hogere kwaliteit en lagere kosten. Dit lijkt eerder een scopebeperking in te houden, maar de vrijgekomen gelden kunnen ook aangewend worden om het dienstenpakket te verbreden, hetgeen een grotere scope inhoudt.

Het is soms mogelijk scopevoordelen te behalen met sterk uiteenlopende producten, maar veel hangt hier af van de schaalgrootte. Grotere organisaties kunnen om uiteenlopende redenen namelijk meer verschillende diensten aanbieden. Dat geldt ook voor ziekenhuizen. Complexere specialistische behandelingen kunnen vooral door ziekenhuizen met meer faciliteiten worden geboden. Dat zijn vooral de grotere. Schaalgrootte en diversiteit van het aanbod gaan doorgaans samen en maakt dat grotere ziekenhuizen vollediger in hun pakket kunnen zijn (dat geldt uiteraard niet voor gespecialiseerde, categoriale ziekenhuizen; het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis bij voorbeeld). Door de grotere omvang is er meestal ook meer geld beschikbaar voor apparatuur en subspecialismen. Het neveneffect is dat zulke ziekenhuizen ook aantrekkelijker zijn voor patiënten omdat ze meer (verschillende) behandelingen te bieden hebben dan kleinere ziekenhuizen, die slechts in standaardbehandelingen kunnen voorzien. De kwaliteit zou om die reden in grotere ziekenhuizen op een hoger niveau liggen.

Ook hierbij lijkt het of grotere ziekenhuizen zonder meer in het voordeel zijn. Maar gelijktijdig wordt erkend dat specialistische apparatuur die voorheen alleen bij de grootste ziekenhuizen aanwezig was, nu zo 'gewoon' is geworden dat ook kleinere ziekenhuizen er over kunnen beschikken (MRI-scans bijvoorbeeld), hetgeen een aanzienlijke 'kwaliteitsnivellering' met zich meebrengt. Toch bestaat blijkbaar het beeld dat grotere ziekenhuizen, die een breder aanbod hebben, alleen om die reden meer kwaliteit kunnen bieden. Een groter automeerk kan immers ook meer verschillende aantrekkelijke modellen produceren dan een kleiner merk, al lijkt deze bedrijfsmetafoor hier alleen oppervlakkig van toepassing.

Kwaliteitseisen beroepsverenigingen

In toenemende mate worden aan afdelingen van ziekenhuizen eisen gesteld in termen van (onder meer) een minimaal aantal specialisten, met de zo geheten normpraktijk (NVOG, 2000). Dergelijk eisen worden in het algemeen door de specialistenverenigingen bepaald in het kader van de professionele kwaliteitshandhaving of bevordering daarvan. Zij hebben uiteraard niet de bedoeling de omvang van ziekenhuizen te bevorderen. Voorzover er een effect bestaat op grootte of fusieneiging is het hooguit een indirect effect. De voorgeschreven minimale aantallen zijn voor sommige kleinere ziekenhuizen namelijk te groot. Werkte de specialist in de kleinste ziekenhuizen vroeger solitair, full-time of slechts part-time (met tevens een praktijk elders of aan huis), een dergelijke werkwijze wordt nu vaker als ongewenst beschouwd. Gesteld wordt nu dat de kwaliteit bevordert wordt bij meer intercollegiaal contact en meer mogelijkheden voor bij- en nascholing. Dat vereist meer specialisten per afdeling, ook al omdat zij door zulke na- en bijscholing vaker afwezig zijn. Daarom zouden vooral de grotere ziekenhuizen gemakkelijker hieraan kunnen voldoen. Voor de gynaecologen bij voorbeeld is nu de normpraktijk op minimaal 5 specialisten gesteld (NVOG, 2000). Dat kan in een kleiner ziekenhuis problematisch zijn, terwijl kleinere afdelingen in gefuseerde ziekenhuizen eerder zullen worden 'samen-gevoegd' c.q. geconcentreerd.

Dergelijke voortgaande professionalisering door hogere kwaliteitseisen te stellen die als gevolg daarvan meer personeel vereisen, is een internationaal verschijnsel. Elders wordt bij voorbeeld over 'baseline medical staffing ratios' gesproken. Het is ook ten dele onontkoombaar (Dowie en Gravelle, 1997). In andere landen komt het nog wel voor dat specialisten ten dele of geheel buiten ziekenhuizen werken, maar daar is de gezondheidszorg vaak anders ingericht. Vroeger was het ook in Nederland gemakkelijker om een eigen praktijk te hebben (met name bij enkele kleine specialismen, zoals bij dermatologie en oogheelkunde), maar dit komt niet veel meer voor. Of de genoemde voorschriften van de wetenschappelijke verenigingen ook letterlijk worden uitgevoerd door ziekenhuizen, daarover bestaat weinig concrete informatie.

Trend kortere werkduur

Het gaat hier om een maatschappelijke en internationale trend die ook in ziekenhuizen zichtbaar is geworden. Een kortere werkduur kan er toe leiden dat men meer specialisten nodig heeft per afdeling en tijdseenheid, hetgeen weer beter bij grotere ziekenhuizen past. Waren vroeger lange werktijden gewoon, tegenwoordig wordt dit steeds minder geaccepteerd. Er komen ook meer vrouwelijke specialisten en meer specialisten zullen part-time werken (Binnendijk, 2000). Vooral de wekelijkse werkduur wordt ingekort tot deze de 'gewone' werkduur enigszins benadert (al wordt 48 uur per week nog niet ongebruikelijk geacht; vroeger was dit vaak veel meer).

Daarbij komt dat diverse activiteiten als bij- en nascholing of managementtaken tegenwoordig meer tijd vragen (Van Lindert, Delnoij, Groenewegen en Hofland, 1999).

De hogere eisen die aan opleidingen worden gesteld, hebben eveneens een versterkend effect (Dowie en Gravelle, 1997). Deze opleidingen worden vooral door de grotere ziekenhuizen verzorgd, die daarvoor de nodige financiën ontvangen. Ook hier gaat het om een indirect effect, waarbij grotere ziekenhuizen als aantrekkelijker worden beschouwd.

In kleinere organisaties zouden diensten en bereikbaarheid van medewerkers en artsen tot langere werktijden leiden omdat er soms geen vervangers zijn, terwijl in grotere organisaties met meer personeel gemakkelijker uitzonderlijke diensten en onregelmatigheden zouden kunnen worden opgevangen. Of dit zo ongenueanceerd gesteld mag worden, is niet geheel duidelijk, maar kennelijk bestaat de opvatting dat deze zaken gemakkelijker in grotere ziekenhuizen geregeld kunnen worden.

Kwaliteitseisen overheid

De toenemende kwaliteitseisen in het algemeen, ook internationaal, die voor ziekenhuizen worden afgekondigd, zouden door allerlei voorschriften en vereisten concentratie in de hand werken, zoals eisen bij subspecialismen en bij spoedeisende hulp (Dowie en Gravelle, 1997, 64-65). Het concentreren hiervan zou tot hogere kwaliteit leiden. Maar vooral het concentreren

van spoedeisende hulp wordt als discutabel gezien. Tegenover de aldus gedefinieerde hogere kwaliteit staat de verslechterde bereikbaarheid doordat concentratie tot grotere reisafstanden leidt, hetgeen met name voor spoedeisende hulp problematisch is.

Een andere vorm waarbij kwaliteit een rol speelt, is het 'binnenhalen' van topzorgunits. Dit heeft bijgedragen aan fusies en concentratie van zorg omdat alleen de grotere ziekenhuizen voor dergelijke topzorgunits in aanmerking kwamen. Door fusie konden zulke units worden binnengehaald door ziekenhuizen die oorspronkelijk een te geringe omvang hadden. De relatie met kwaliteit vormt een dilemma, dat bij voorbeeld tot uiting kwam bij de concentratie van kinderneurochirurgie die tot doel had de kwaliteit te bevorderen (CVZ, 1996). Aanvankelijk leefde de gedachte bij VWS de kinderneurochirurgie die in 17 algemene en academische ziekenhuizen was toegestaan, te concentreren in 4 of 5 academische ziekenhuizen. Dit leidde tot een adviesreactie van de CVZ dat er wel mogelijkheden tot concentratie waren, maar niet zo drastisch als was voorgesteld. VWS bracht hierbij art. 18 (voor vergunningsplichtige verrichtingen) in stelling voor het geval het 'veld' de concentratie niet tot stand zou brengen. Uiteindelijk kon men zich vinden in een concentratie tot 13 ziekenhuizen, waardoor slechts vier ziekenhuizen afvielen. Dit waren ziekenhuizen waar minder dan 50 verrichtingen per jaar werden uitgevoerd, en ten dele bilocatieziekenhuizen waar de verrichtingen verhuisden naar één van de twee locaties.

Hier is ook sprake van een indirect effect, waarbij kwaliteit - bedoeld of niet - geassocieerd wordt met grotere ziekenhuizen en specialistische topzorgunits.

Fusie als 'reddingsoperatie'

In een aantal gevallen werden kleine ziekenhuizen voor de keus geplaatst om zich op te heffen dan wel te fuseren als oplossing voor een te geringe omvang of het niet voldoen aan overheids-eisen (Den Hartog en Janssen, 1993). Een te gering adherentiegebied, een teruglopende vraag door demografische veranderingen, een afwijkend (te ruim) aanbod van voorzieningen, te veel ziekenhuizen in de naaste omgeving, kortom een diversiteit van argumenten werd gebruikt om tot schaalvergroting te komen als oplossing van bestaande problemen.

Dergelijke kleine ziekenhuizen hadden dan ook weinig keus en werden veelal de kleinste partner in een dubbelziekenhuis, of fuseerden compleet op een nieuw locatie. Achtergrond bij dergelijke fusies was in de jaren zestig de (in huidige termen) te geringe en onrendabele omvang (onder de 50 bedden bijvoorbeeld) en in de jaren 70 veelal het beleid van beddenreductie (Bukkems, 1996, 38).

Marktdominantie en status

Hierover wordt in de landelijke en internationale literatuur wel gediscussieerd (Maarse en Mur-Veeman, 1990), onder meer als vorm van competitiereductie. Hoe dominanter en groter een ziekenhuisorganisatie zou zijn, hoe meer het een overheersende monopoliepositie zou innemen en hoe groter het gevaar is dat het management nog slechts statusverhoging door schaalvergroting nastreeft, dan wel andere, meer persoonlijke beleidsdoelen (Tiemstra, Viguurs en Maas, 1998). Er zou zelfs een optimaal verband kunnen bestaan tussen uitgaven voor het management en de productiviteit van het ziekenhuis (Street, Carr-Hill en Posnett, 1999), terwijl in Nederland een relatie tussen de persoonlijke motivatie van directieleden, het tempo van het fusieproces en het uiteindelijke succes werd gesuggereerd (Tiemstra, Viguurs en Maas, 1998). Soortgelijke geluiden werden in het kader van het streven naar meer marktwerking in de gezondheidszorg gehoord. Concurrentie en keuzevrijheid worden dan tegenover dominantie en monopolie geplaatst. Discussies worden daarbij gevoerd om, net als in het bedrijfsleven, anti-kartelwetgeving in te zetten om monopolies in de ziekenhuissector te voorkomen (Silvia en Leibluft, 1998). Voldoende concurrentie wordt daarbij als voorwaarde gezien voor voldoende keuzemogelijkheid voor de consument.

Ondanks het theoretische hiervan, kan worden verondersteld dat ook ziekenhuizen niet wars zijn van status en macht en dit een drijvende kracht achter concentratie en fusies kan zijn. Vooral de fusiegolf in de jaren 80 zou gekenmerkt zijn door strategisch handelen en het ver-

beteren van de eigen positie ten opzichte van andere instellingen (Bukkems, 1996, 37). Slechts een enkeling wijst er op dat te veel centralisme juist weer een gevaar voor de slagvaardigheid kan opleveren (Koudijs, 1996).

Algemeen overheidsbeleid

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat de overheid een niet geringe rol heeft gespeeld in de laatste dertig jaar bij beleid dat indirect fusies en schaalvergroting tot gevolg had. Het motief was meestal het beheersen van de collectieve kosten van de gezondheidszorg. Dit beleid kreeg sinds de jaren zestig gestalte en kwam met name in de Structuurnota van Hendriks (1974) in de vorm van beddenreductie tot uiting. De beddenreductie is vaak door het veld verwezenlijkt, maar ook onder druk van de overheid tot stand gekomen. Diverse middelen van beleid zijn door de overheid hiervoor gebruikt, middelen die veelal ook schaalvergroting, concentratie en fusies tot gevolg hadden (Bukkems, 1996, 60). Ook zijn veel fusies tot stand gekomen door de kwaliteitsnorm van de aanwezigheid van minimaal twee functie-eenheden van elk van de moederspecialismen (art. 3 WZV; Den Hartog en Janssen, 1993). Hieraan konden kleine ziekenhuizen soms moeilijk voldoen.

Daarnaast worden de financiële middelen genoemd die in het voordeel van grotere ziekenhuizen werken. In 1988 werd het systeem van de Functiegerichte Budgettering (of FB-systematiek) voor ziekenhuizen ingevoerd (Blank c.s. 1998, 69-70). Grotere ziekenhuizen kregen hierbij een relatief groter budget. Dit werd beargumenteerd door de verondersteld grotere zorgzwaarte in grotere ziekenhuizen. Deze zouden zwaardere gevallen onder de patiënten behandelen en daarom meer en duurere apparatuur en faciliteiten nodig hebben. Als gevolg hiervan werd het financieel aantrekkelijk om grotere ziekenhuizen te stichten, meestal door fusie. Twee ziekenhuizen die fuseerden kregen een groter budget dan zij samen te voren hadden. Dit wordt wel de 'fusiebonus' genoemd.

Een andere maatregel versterkt dit effect nog eens. De ziekenhuissector werd aan een maximum macrobudget gebonden en overschrijdingen worden omgeslagen ('gekort') over alle ziekenhuizen. Dit was op grond van een algemene maatregel die ook buiten de ziekenhuissector was ingevoerd. Maar, mede door de bonussen, overschrijden de ziekenhuizen jaarlijks het macrobudget. Op die wijze 'betaalden' niet-gefuseerde ziekenhuizen eigenlijk ongewild mee aan de fusies, volgens Van Delft (2000). De kleinere ziekenhuizen meenden zo op 'dubbele achterstand' gezet te worden.

Hoewel tot nu toe het argument van grotere zorgzwaarte in grotere ziekenhuizen weinig weerstand ondervond, gaf een recent onderzoek van Prismant (SAZ, 2000a) in opdracht van de SAZ aanleiding tot de conclusie dat er enige twijfel bestaat of het argument van zorgzwaarte over de hele linie nog wel bestaat en nog redelijk geacht mag worden. Immers veel, dure apparatuur en behandelingen die voorheen alleen tot de grootste ziekenhuizen beperkt waren, komen nu ook in de kleinere ziekenhuizen voor, zo werd gesteld. Een langere ligtijd in grotere ziekenhuizen zou niet alleen aan zwaardere gevallen kunnen liggen, maar bijvoorbeeld ook aan minder doorstroming en verkeerde bed-problematiek. Daarentegen zouden kleine ziekenhuizen door kortere lijnen beter verankerd te zijn in hun lokale omgeving. Onderzoek met een dergelijke specifieke vraagstelling ontbreekt, maar de twijfel aan de logica van de financiële regelingen voor grotere en kleinere ziekenhuizen werd recentelijk ook door de minister gedeeld, die de fusiebonus inmiddels ter discussie heeft gesteld (VWS, 2000c/d/e).

Naast de schaafeffecten, die overigens ook deels op financiële overwegingen zijn gebaseerd, worden de overheidsregelingen en het overheidsbeleid als belangrijkste, zij het niet de enige bron van concentratie en schaalvergroting in de ziekenhuissector genoemd. Omdat de overheid beperkte invloed heeft, is veel binnen het veld zelf tot stand gekomen. Niettemin hebben de randvoorwaarden die de overheid schiep wel een aanzienlijke invloed gehad, al was het maar vanwege anticiperend gedrag van ziekenhuizen.

4.3 Remmende krachten

De overweldigende belangstelling voor de gunstige effecten van fusies en concentraties heeft enigszins versluierd dat er ook krachten zijn die een remmende werking hebben. Deze zijn slechts met enige moeite te vinden.

Publiek en lokaal bestuur

Uit onderzoeken blijkt vaak dat patiënten doorgaans een voorkeur hebben voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis, soms zelfs wanneer de behandeling in een verder weg gelegen ziekenhuis minder riskant zou zijn (Finlayson, Birkmeyer, Tosteson en Nease, 1999). De lokale bevolking wil bereikbare zorginstellingen op zo kort mogelijke afstand, met name vanwege de spoedeisende hulp-functie van ziekenhuizen, maar ook voor de chronische en oudere patiënten, die veelvuldig naar het ziekenhuis moeten voor behandeling (dialyses bijvoorbeeld). Vandaar dat de belangrijkste ondersteuning voor het voortbestaan van (kleine) ziekenhuizen meestal de lokale bevolking, het lokale bestuur en de lokale politiek, is. Geen gemeente wil zijn ziekenhuis kwijt en protesten zijn vaak bij sluitingsplannen voorgekomen. Dat heeft echter niet altijd tot behoud van het lokale ziekenhuis geleid.

Alternatieven voor fusie

De overheid heeft sinds het begin van de jaren negentig bevorderd dat de kleinere ziekenhuizen konden blijven bestaan. Als voorwaarde werd dan gesteld dat er een goede samenwerking met lokale instellingen en tevens met een groter ziekenhuis moest komen. Dat diende niet vrijblijvend te zijn en moest een formele vorm hebben. Op deze wijze moesten de continuïteit en de kwaliteit van kleinere ziekenhuizen worden gewaarborgd. Een ander veel gebruikt alternatief was een partiële sluiting door een buitenpolikliniek, een short-stay functie of een dagziekenhuis in stand te houden. Beide alternatieven betekenden echter het einde van een zelfstandig ziekenhuis.

Overheidsbeleid

Het Paarse kabinet veranderde van beleid ten aanzien van de kleine ziekenhuizen en stelde dat onder de genoemde voorwaarden ziekenhuizen met minder dan 250 bedden konden blijven bestaan. Niet langer werd naar schaalvergroting gestreefd, maar paradoxaal genoeg zijn de fusies niet gestopt, noch de concentratietendens, al is het aantal fusies in het laatste decennium enigszins afgenomen. Daarbij zijn er stemmen opgegaan om tot een concentratie van 40 ziekenhuizen te komen, hetgeen weer een ander beleid suggereert (Binnendijk, 2000). Weliswaar is dit tot op heden geen beleidsdoel geworden, maar de verschillende (eveneens genoemde) concentratie en fusie-bevorderende maatregelen zijn nog steeds van kracht. De overheid kan met de huidige middelen nog wel enige invloed uitoefenen, zij het minder dan vroeger en kan eigenlijk alleen nog maar ingrijpen bij algehele nieuwbouw of grootscheepse renovatie. Het is dan ook de vraag of de overheid een effectief beleid ten aanzien van de omvang, concentratie en spreiding van kleine ziekenhuizen kan ontwikkelen. In elk geval is de druk tot schaalvergroting van de overheidswege enigszins afgenomen.

Grenzen aan de groei

De fusie- en concentratietendensen leiden meestal tot meer reiskilometers en langere reistijden (Haring, 1993). De enige uitzondering hierop doet zich voor als er toevallig een nieuw ziekenhuis dichterbij gebouwd wordt (Haring, 1993). Maar uiteindelijk kan er een grens bereikt worden waarbij te lange reistijden c.q. kilometers de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening gaan beïnvloeden. Dit heeft vooral met spoedeisende hulp te maken en, zoals opgemerkt, met chronische en oudere patiënten, alsmede met het personeel, dat meestal in de naaste omgeving geworven wordt (dan wel een kostenpost vertegenwoordigt door vergoede woon-werk reiskosten). Ondanks het toegenomen autobezit, waardoor patiënten (indien gezond genoeg) bereid zijn over grotere afstand naar een ziekenhuis te reizen, telt bij noodsituaties nog steeds

iedere seconde en bij herhaald ziekenhuisbezoek iedere kilometer. Zo zou er een richtlijn bestaan voor de maximum 'aanrijtijd' voor ambulances 15 minuten, maar dit betreft de tijd om bij de patiënt of ongeval ter plaatse te komen en niet de tijd om (vervolgens) naar het ziekenhuis te rijden. De afstand tussen de huisartspraktijk en het ziekenhuis en de relatie met het verwijscijfer is wel eens onderwerp van studie geweest (Kersten 1987). Ook is er wel eens een geding geweest over de afstand tot een apotheek in een landelijk gebied (Harderwijk, 1984). Maar een planningscriterium voor de gewenste afstand tot het ziekenhuis of voor de reistijd naar het ziekenhuis is eigenlijk nooit ontwikkeld. Ook ontbreekt onderzoek naar mogelijke gezondheidsrisico's bij grotere afstanden tot het ziekenhuis. Ooit werd vastgesteld dat naarmate men verder woonde van ziekenhuizen men minder vaak in het ziekenhuis terecht kwam (het 'Jarvis-effect'), hetgeen geen verband hield met de zwaarte van de ziekte (Shannon, Bashshur, Metzner, 1969; Shannon, Skinner en Bashshur, 1973; Shannon, Bashshur en Lovett, 1986). Mensen zouden langer thuis blijven voordat tot opname besloten werd. Maar veel van dergelijk onderzoek geldt landen en gebieden met voor Nederland ongewone afstanden van honderden kilometers. Daar worden vaker kleinere ziekenhuizen in stand gehouden. De situatie hier te lande kenmerkt zich echter door een grote bevolkingsdichtheid en veel kortere afstanden, maar ook door veel verstopte wegen met files en ondoorgankelijke binnensteden, waardoor de reistijd naar ziekenhuizen wellicht belangrijker is dan het aantal kilometers (zie ook Verheij, 1999; Van Dam 1995; Van Kemenade en Bisschop, 1996).

Eén grens is inmiddels wel bereikt en dat is de zorgketen bij bevallingen (Klop 2000; SAZ, 2000b). Om uiteenlopende redenen vallen er gaten in de landelijke dekking door verloskundigen. In enkele gevallen heeft dit als oorzaak de te groot geworden afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Tijdens de thuisbevalling moet opname in een ziekenhuis tot de mogelijkheden behoren wanneer er complicaties optreden. Als de afstand te groot wordt, zijn daar risico's aan verbonden. Dit effect wordt nog versterkt doordat door fusie en/of concentratie van kinderafdelingen de afstand tot een ziekenhuis met zo'n afdeling is toegenomen in bepaalde gebieden. Ook zonder kinderafdeling op de juiste afstand kan geen thuisbevalling meer plaatsvinden.

Beleidsbeëindiging

Beleid zowel van bij de overheid als bij andere organisaties is na verloop van tijd aan slijtage onderhevig (Van Heijningen, 1996; Van der Vall, 1980; Vermeulen 1986). Er wordt wel gesproken van een beleidscyclus. Daar kunnen verschillende redenen voor zijn. De doelen van het beleid kunnen inmiddels grotendeels bereikt zijn (bijvoorbeeld voldoende concentratie; voldoende beddenreductie), het beleid veroorzaakt onbedoelde effecten (bijvoorbeeld afstand voor patiënten te groot), het beleid raakt uit de gratie (bijvoorbeeld minder overheidsplanning), onderzoek toont ondoelmatigheden of andere nadelen aan (zie genoemde literatuur), de demografische (vergrijzing), economische (voorspoed) of andere belangrijke omstandigheden veranderen. Ook kan beleid simpelweg 'uit de mode raken' zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak binnen de sector, door externe ontwikkelingen (algemene deregulering bijvoorbeeld).

Bij de schaalvergroting en fusies van ziekenhuizen zijn voor al deze zaken wel voorbeelden te geven. Zo zijn de kleinste en meest inefficiënte ziekenhuizen inmiddels verdwenen, want wat nu nog 'klein' wordt genoemd (circa 200 tot 250 bedden) was vroeger een middelgroot tot groot ziekenhuis. Het oude argument dat 'kleine' ziekenhuizen inefficiënt zouden zijn, verliest enigszins aan kracht, waar het nu om veel grotere instellingen gaat met moderne organisatiestructuren. Daarbij kunnen de voordelen van kleinere ziekenhuizen meer op evenwichtige wijze worden gezien vanwege de in de tussentijd ontstane ervaringen met de grote tot zeer grote ziekenhuizen. Zulke instellingen hebben weer andere nadelen zoals bureaucrativering en verkokering, zoals de minister het zelf aanduidde (WVC, 1995; ook Stevens, 1987). Een verrassend beleid kwam in Canada tot stand toen bleek dat ziekenhuizen in de stad duurder waren dan erbuiten (elders ook bij Thorpe, 1988) en het de bedoeling was stedelijke ziekenhuisbedden naar ziekenhuizen in agrarische gebieden te 'repatriëren' (Black en Burchill, 1999; Okma, 1996). Waar elders ziekenhuizen op het 'platteland' steeds werden gesloten, lijkt dit een omgekeerde trend,

zij het dat nog getwijfeld werd aan de uitvoerbaarheid ervan (Mayer, Kohlenberg, Sieferman en Rosenblatt, 1987; Moscovice, 1989).

Maar ook de integratie van organisaties en medewerkers bij dubbelziekenhuizen lijkt minder eenvoudig dan gedacht werd. Het stringente beddenreductiebeleid kan uit de gratie raken door negatieve bijverschijnselen als wachtlijsten en toenemende ontevredenheid over de gezondheidszorg in het algemeen; maar ook door publicitair verkeerd gevallen sluitingen, zoals in Kampen (Idenburg, 1996). Daarbij komt de demografische noodzaak van meer aandacht voor de vergrijzing, die juist meer voorzieningen in de gezondheidszorg vereist, in plaats van minder, en de toegenomen welvaart, die dat ook nog betaalbaar maakt. Het aloude schrikbeeld uit de jaren zeventig dat inhield dat de kosten van de gezondheidszorg tot onbetaalbare hoogten zouden stijgen, wordt al vele jaren niet waargemaakt, omdat het lange tijd op circa 8 tot 10% van het BNP bleef hangen en gedurende de jaren 90 zelfs wat afnam. Ten slotte zou het fuseren op zichzelf als organisatieoplossing zijn langste tijd gehad kunnen hebben. Interne problemen, gebrekkige integratie en reorganisatiemoede na fusies in het onderwijs en bij de politie hebben het middel doen slijten (Van Heijningen, 1996).

Er kunnen ook onbedoelde effecten optreden, ondanks bepaald beleid. Zo daalde in een grote Amerikaanse stad het aantal ziekenhuizen van 30 tot 18 in de laatste kwart eeuw. Hierbij bleken onbedoeld vooral de onafhankelijke testlaboratoria gebaat te zijn. Hun aantal steeg van 6 tot maar liefst 28 en het laboratoriumpersoneel van 1300 tot 2900. Dit alles, ondanks de sluiting van eenderde van de ziekenhuizen, een afname met 30 procent van de bedden en beleid om tot minder laboratoriumtests te komen (Karni, 1997).

Econometristen hebben al vaker gewaarschuwd voor een einde aan de schaalvoordelen bij te grote ziekenhuizen (Stevens en Van Tulder, 1995; Blank c.s., 1998). Het louter fuseren om grotere ziekenhuizen te krijgen lijkt zinloos als onduidelijk blijft wat er wordt beoogd; en zonder het bewijs van duidelijke baten zou aan het fusiebeleid een einde kunnen komen. Helaas, zoals opgemerkt ontbreekt voor het beoordelen van ziekenhuisfusies in Nederland voldoende onderzoek.

Anti-kartel en deregulering

Hoewel de marktmetafoor niet langer dominant is in het volksgezondheidsbeleid, wordt nog wel gediscussieerd over het belang van voldoende keuzemogelijkheid van consumenten (Den Hartog en Jansen, 1998). In de VS worden ziekenhuisfusies (ook non-profit) al sinds begin jaren 80 aan anti-kartel wetgeving getoetst (Silvia en Leibenluft, 1998). Indien het gebruikte maximum van 35% van de markt (Inglis, 1995) daadwerkelijk op een adherentiegebied van Nederlandse ziekenhuizen zou worden toegepast, zou dit tot opsplitsing kunnen leiden; maar helaas vooral in de dunbevolkte gebieden met kleinere ziekenhuizen, waar het middel zijn doel voorbij zou schieten. Niet de grootste ziekenhuizen zouden het object worden, maar de kleinste. De grote ziekenhuizen staan immers in zeer dichtbevolkte gebieden.

Het algemene beleid van deregulering heeft onder meer tot minder overheidstoezicht geleid met gelijktijdige invoering van de bewaking van voldoende mededinging door de NMa. De NMa kan in principe ten aanzien van alle maatschappelijke sectoren werkzaam zijn, behalve wanneer er specifieke wetgeving bestaat. In dat geval is er namelijk niet of nauwelijks sprake van mededinging. Dat geldt voor grote delen van de gezondheidszorg, waardoor hier vooralsnog geen initiatieven van de NMa te verwachten zijn. Indien echter door deregulering wetten worden ingetrokken zonder vervanging, dan kan de situatie ontstaan dat de NMa zich geroepen voelt van zijn bevoegdheden gebruik te maken. Dat is op korte termijn nog onwaarschijnlijk bij fusies van ziekenhuizen.

Overigens is de overheid er aan gehouden geen maatregelen te nemen die de markt verstoren op grond van eigen en Europese mededingingsbepalingen. Dat is ook het geval volgens uitspraak van het Hof van Justitie van de EG (16 nov. 1977, zaak 13/77; nu EU dus) indien de overheid aan zijn eigen regeling het overheidskarakter ontnemt door de verantwoordelijkheid tot het nemen van besluiten tot interventie op economisch gebied aan de ondernemingen over te dragen. Daarbij is het mogelijk dat organisaties waarvan ziekenhuizen deel uitmaken als

ondernemingen worden gezien. Het is om die reden niet onmogelijk dat aspecten van mededinging in de toekomst een rol kunnen gaan spelen bij ziekenhuisconcentraties. In dit opzicht kan het ook zinnig zijn dat er meer duidelijkheid komt over de (maximale) grootte van ziekenhuizen, omdat de economisch gewenste doelmatigheid en zorginhoudelijke cliëntgerichtheid mogelijk niet altijd in elkaars verlengde liggen.

4.4 Voor- en nadelen fusies

Behalve dat er veel aandacht voor de gunstige aspecten van fusies en concentratie is geweest en weinig voor de minder gunstige, is er - wellicht mede daardoor - eigenlijk weinig discussie geweest over de voor- en nadelen van ziekenhuisfusies en -concentratie. Meestal werd er alleen op lokaal niveau of regionaal (c.q. provinciaal; PRV-Friesland 1978, PRV-Zuid-Holland 1994) over gedebatteerd. Maar over enkele kernzaken is weinig te vinden. We hebben daarom enkele belangrijke aspecten uitgekozen, waarvan we de voor- en nadelen nog eens apart belichten.

Toename kwaliteit

In het algemeen worden fusies en concentratie gemotiveerd doordat het tot een toename van de kwaliteit van de zorgverlening leidt. Voor de overheid is dit een beleidsdoel, voor de instellingen bijna vanzelfsprekend. Inderdaad is in termen van moderne gebouwen, voorzieningen en apparatuur er ontegenzeggelijk sprake van meer kwaliteit dan vroeger. Maar kwaliteit bestaat naast nieuwbouw en modernisering ook uit een primair proces in ziekenhuizen van medische en verpleegkundige dienstverlening. Die vindt van oudsher plaats in een grote diversiteit aan gebouwen zonder dat er sprake behoeft te zijn van minder kwaliteit van medisch en zorginhoudelijk handelen. Het begrip kwaliteit is echter moeilijk eenduidig te operationaliseren en er worden discussies gevoerd over de daarmee te combineren indicatoren en interpretaties van uitkomsten (Sluijs en Wagner, 2000). Voor zover kwaliteit en ziekenhuisvolume zijn gecombineerd, zijn de uitkomsten soms onduidelijk of onvergelykbaar door verschillende case-mix en geven ze reden voor twijfel (Sowden, Watt en Sheldon, 1997). Dat kwaliteit onvoldoende door kleine ziekenhuizen zou kunnen worden geleverd, stoelt nauwelijks op wetenschappelijk onderzoek en zou meer aandacht verdienen.

Centralisatie versus competitie

Fusies leiden in het algemeen tot centralisatie, grotere organisaties, groter marktaandeel, maar ook tot meer verkokering en bureaucratisering; daarnaast tot minder competitie, minder keuzevrijheid voor consumenten en patiënten en uiteindelijk bij te grote organisaties tot minder doelmatigheid. Ware de ziekenhuissector een vrije markt dan zouden deze associaties kunnen opgaan. Echter belangrijke delen van de gezondheidszorg onttrekken zich aan de vrije markt, voornamelijk het non-profit deel, dat beperkt wordt door regelgeving en budgettering. Van een echte markt is dan ook geen sprake op onderdelen na (deel tweede en gehele derde compartiment; Den Hartog en Janssen, 1993; Keeler, Melnick en Zwanziger, 1999). Niettemin worden organisatieprincipes over schaalgrootte en schaalvoordelen overgenomen en is er weinig aandacht voor mogelijke nadelen van schaalvergroting, voor *diseconomies* en schaalnadelen. Er blijkt daarbij een trend naar kleine organisatie-eenheden te ontstaan, met de nadruk op kleine werkeenheden op menselijke maat, om de nadelen van grote, anonieme organisaties te compenseren.

Verticale samenwerking versus horizontale fusies

Tegenover de horizontale fusies worden wel de verticale geplaatst, al is de tegenstelling enigszins geforceerd (Roex en Eusen, 1998; Gal-Or, 1999). De horizontale fusie is de bekende fusie tussen gelijksoortige organisaties, twee of meer ziekenhuizen dus. De verticale fusie is er een tussen ongelijksoortige organisaties, die een zorgketen omvatten, bijvoorbeeld een ziekenhuis, een verpleeghuis en een verzorgingsthuis die samen een nieuwe organisatie vormen. Ook de

thuiszorg en de eerstelijns zouden betrokken kunnen worden. De ervaring met verticale fusies is nog niet erg groot, maar het aantal neemt toe (Koudijs, 1999; De Vries en Breedveld, 2000; een voorbeeld is Rivas Medizorg in Gorinchem). Eigenlijk niets nieuws, want we hebben gezien dat het gesloten Dinkelziekenhuis vanaf het begin in 1916 één organisatie vormde met een verpleeg- en verzorgingshuis. In de moderne vorm wordt geen organisatie uitgesloten en zou ook de thuiszorg een onderdeel kunnen vormen van een verticale fusie. Veelal bestaat er al lange tijd een lokale samenwerking tussen de betreffende organisaties (Roex en Eussen, 1998). Met name kleine ziekenhuizen hebben vaak goede lokale samenwerking opgebouwd met zulke zorgketens. De ketenzorg, zoals die voor de verloskunde en gynaecologie-kinderafdelingen zou met een verticale fusie bevorderd worden, evenals de samenwerking met lokale instellingen en de eerstelijns. Waar horizontale fusies aanleiding geven tot het sluiten van afdelingen en tot grotere reisafstanden, lijken verticale fusies eerder samenwerking en samenhang te bevorderen.

Besparingen en kosten

Fusies zouden alleen besparingen opleveren en ziekenhuizen in het verleden lijken zich hiermee soms te snel rijk gerekend te hebben. De ervaring leert echter dat de kosten tijdelijk juist oplopen en er niet altijd korte-termijn besparingen blijken te zijn. Soms zijn evenwel besparingen opgetreden door handig gebruik te maken van beleidsmaatregelen die eigenlijk weinig met de fusiedoelen te maken hebben. Maar dat zijn weer op langere termijn mogelijk geen besparingen, althans geen structurele. Voor de besparingen op lange termijn door fusies zou meer onderzoek beschikbaar moeten komen. Zulke besparingswinst lijkt toch minder vanzelfsprekend dat veelal wordt aangenomen. Een fusie zou dat niet altijd garanderen. Daarbij lijken besparingen al snel weg te vloeien, wanneer ze voor renovatie of apparatuur worden gebruikt.

Voordelen megaziekenhuizen

Er lijkt over megaziekenhuizen alleen in positieve zin te worden gesproken. Onduidelijk blijft het effect van een aantal bijkomstigheden van zeer grote organisaties, zoals de veelal noodzakelijke uitbreiding van het management, terwijl fusies juist inkrimping zouden moeten bevorderen. In de V.S. bleek de topmanager van een ziekenhuisketen jaarlijks net zoveel te verdienen als de winst per jaar die de fusie had opgeleverd (Ingliš 1995). De interne communicatie moet noodzakelijkerwijs veelal schriftelijk plaatsvinden en wordt al snel bureaucratisch (zie ook Stevens, 1987). De hiërarchie groeit met de omvang, evenals de lengte van de communicatielijnen. Daar zou basiszorg minder bij gebaat zijn, omdat bij verregaande specialisatie de basisverrichtingen minder status hebben dan de subspecialistische. Of het zo'n vaart loopt kan uit onderzoek vooralsnog niet worden opgemaakt (noch het tegendeel overigens) en kunnen zeer grote ziekenhuizen zich in een aanzienlijke populariteit verheugen.

Afstanden

Er zijn verschillende typen afstand die groter worden bij fusies en concentraties.

1. De geografische afstand patiënt-ziekenhuis wordt meestal groter (Haring, 1993; Hagen 1994, 1995). Dit uit zich in grotere reisafstanden voor patiënten en hun familie. Wonen op loopafstand van ziekenhuizen, die vroeger in de wijken stonden, komt nu relatief minder vaak voor. Veel nieuwe ziekenhuizen zijn aan de stadsranden gebouwd, ver van het centrum, soms ook als gevolg van fusie (het AMC in Amsterdam, bijvoorbeeld). Het schept vervoersproblemen voor patiënten, ook en vooral in niet-stedelijke, dunbevolkte gebieden, waar het openbaar vervoer ook al verminderd is (door andere oorzaken overigens, zoals overheidbezuinigingen op dergelijk vervoer). De bereikbaarheid van ziekenhuizen lijkt daarmee eerder afgenomen dan toegenomen door fusies.

2. Ook de geografische afstand voor het personeel is groter geworden. Dit is wellicht niet zo'n probleem, omdat men in het algemeen bereid is over grotere afstanden naar het werk te reizen dan vroeger. Maar voor het ziekenhuis kan het een tweevoudig probleem scheppen, namelijk ten aanzien van hogere reiskostenvergoedingen, en mogelijk belangrijker, omdat het meeste ziekenhuispersoneel - verpleegkundigen en andere uitvoerenden - doorgaans op korte afstand willen wonen (deels in verband met onregelmatige, nachtelijke diensten en oproepbaarheid). Gezien het voortdurende tekort aan verpleegkundigen kan een ziekenhuis zich niet veel permitteren op dit gebied, omdat bepaalde categorieën werknemers dan nog moeilijker aan te trekken zijn. Ook het aantal auto-kilometers kan flink oplopen na een fusie, als het personeel niet meteen het ziekenhuis achterna gaat en verhuist naar de nieuwe plek. Dergelijke kostenfactoren worden meestal bij fusies niet meegerekend. De bereikbaarheid en toegankelijkheid van ziekenhuizen vermindert nog eens door de niet aflatende parkeerproblemen, vooral in de grote steden, want ziekenhuizen aan de stadsranden garanderen nog niet altijd voldoende parkeerplaatsen (Prüst, 1996; Van der Geest, 1997). Daarbij kunnen belangentegenstellingen ontstaan wanneer er zowel voor het eigen personeel als voor patiënten te weinig parkeermogelijkheden bestaan. Ook de bereikbaarheid voor openbaar vervoer en taxi's is soms ook problematisch, vooral bij een excentrische ligging van het ziekenhuis aan de rand van de stad of regio.
3. De afstand in tijd is toegenomen. Dit is weliswaar deels een afgeleide van de geografische afstand, maar hierbij komen de extra elementen van oponthoud tijdens vervoer (zoals files) naar het ziekenhuis, en tevens, mogelijk belangrijker, de wachttijden, c.q. wachtlijsten die de tijd voordat de patiënt een specialist ziet, verlengen. Dat heeft uiteraard ook te maken met de ernst van de ziekte, want lichtere gevallen worden later behandeld. Kleinere ziekenhuizen zouden kortere wachttijden kennen, al zou dit eens nader onderzocht moeten worden, evenals de veronderstelling dat grotere ziekenhuizen langere wachtlijsten kennen. Dat laatste kan immers ook aan andere oorzaken liggen dan problemen met de omvang. De weg naar de specialist en opname in een ziekenhuis kan langer zijn geworden en vereist wellicht nieuwe maatregelen (Bredius en Koopmans, 1998; Sanders, Coulter en McPherson, 1989).

Buitenpoli's en short-stay

Buitenpoli's en short-stay of dagziekenhuizen zijn vaak een typisch product van fusies en schaalvergroting. De meesten zijn als compromis ontstaan om de bereikbaarheid van eenvoudige medische hulp te kunnen continueren, waar het ziekenhuis geheel of gedeeltelijk werd gesloten. In de laatste decennia is er een flink aantal op deze wijze ontstaan, in 1994 was er al een dertig-tal buitenpoli's met een uiteenlopende omvang aan functies (Hagen, 1994, 1995; Alkemade en Hagen 1995; Spronk, 1985). Een officiële registratie van deze poli's bestaat echter niet, want ze vallen onder het beheer van het (fusie)ziekenhuis. Daarom is dit verschijnsel niet goed in kaart te brengen.

De voordelen van zulke poli's lijken echter beperkt omdat het een wat tweeslachtige oplossing is, waarbij uiteenlopende doelen worden verenigd. Zo wordt er wel gesteld dat ze meestal niet echt rendabel functioneren en hoge(re) exploitatiekosten met zich meebrengen (Blank c.s., 1998). Zulke voor- en nadelen zijn overigens al langer bekend (Hammerstein c.s., 1979, 8-11). Het reisvoordeel is vaak beperkt, omdat vaak blijkt dat patiënten toch moeten worden doorverwezen naar het ziekenhuis en zo een weinig doelmatige en weinig functionele omweg maken. De bereikbaarheid wordt er maar in beperkte mate door verbeterd, omdat er meestal geen 24-uurs openstelling is, maar alleen een tijdens kantooruren. Buiten kantooruren moet men naar het ziekenhuis, evenals bij spoedeisende gevallen. Het pendelen van specialisten en het voortdurend verhuizen van de medische patiëntenstatussen wordt ook niet als doelmatig beschouwd. Buitenpoli's zijn doorgaans ook beperkt omdat er minder apparatuur ter beschikking staat.

Als positieve kenmerken worden genoemd dat de medische hulp dichterbij is, er sneller vroegdiagnostiek kan plaatsvinden, die tevens een soort poortwachtersfunctie vervult en die het

ziekenhuis enigszins ontlast. Het wordt als een service voor de lokale bevolking beschouwd, maar vooral ook als een middel om het adherentiegebied te behouden. De doorverwijzingen gaan immers meestal naar het fusieziekenhuis. Zonder buitenpoli zou de adherentie naar andere ziekenhuizen kunnen verlopen. Ten slotte zouden buitenpoli's de eerstelijns versterken en kunnen huisartsen van sommige diensten (prikpoli, ECG etc.) gebruik maken.

4.5 Voor- en nadelen grote en kleine ziekenhuizen

Fusies leiden tot schaalvergroting en meestal tot concentratie. Maar de voor- en nadelen van fusies zijn niet gelijk aan die van kleine en grote ziekenhuizen. Voor de omvang van ziekenhuizen is een aparte beoordeling nodig, want die speelt een andere rol in het geheel van spreiding en concentratie. Voor de voor- en nadelen van kleine versus grote ziekenhuizen bestaan weinig of geen criteria, laat staan enig onderzoek. Alleen over de minimale omvang van een ziekenhuis is in het verleden wel gediscussieerd, zoals opgemerkt.

We zullen hier samenvatten wat een aantal genoemde voor- en nadelen zijn van kleine en grote ziekenhuizen, zoals vermeld door diverse deskundigen (Hagen 1994, 1995; Smit 1993, Meijer en Van Zijl 1999; VWS 1995). We geven zoveel mogelijk de terminologie van de auteurs (zie overzichten 4.1, 4.2, 4.3 en 4.4). Er is hier geen pretentie van volledigheid, noch van correctheid, want de vermelde voor- en nadelen zijn in het algemeen niet ontleend aan wetenschappelijk onderzoek, maar aan de ervaringen van desbetreffende deskundigen, ziekenhuisdirecteuren en organisatiedeskundigen actief in de ziekenhuiswereld. Enige grond heeft de hierna volgende opsomming daarmee wel. Maar wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is nog te weinig verricht.

Dat er verschillen zijn in de waardering van kleine dan wel grote ziekenhuizen wordt door de opsomming in de bijgevoegde overzichten wel duidelijk. Vanuit het perspectief van de grote, respectievelijk de kleine ziekenhuizen zullen de meningen waarschijnlijk op voorspelbare wijze verschillen. Mogelijk zijn de genoemde verschillen ook beïnvloed door het perspectief van de betrokken deskundigen. Welke verschillen als correct kunnen worden beschouwd kan vooralsnog alleen door nader onderzoek worden bepaald.

Overzicht 4.1 Genoemde nadelen kleine ziekenhuizen

<i>Rendabel</i>	De kleinste ziekenhuizen zijn minder rendabel, vooral in dunbevolkte gebieden met relatief weinig vraag naar ziekenhuiszorg.
<i>Aantal functies</i>	Er zijn beperktere vormen van behandeling en onderzoek mogelijk door minder middelen. Er zijn minder functies en (poort)specialismen meestal geen subspecialismen. Er worden minder verrichtingen gedaan (maar dit is blijkbaar afhankelijk van de rekenwijze; Stevens en Van Tulder 1995 vonden juist een hogere productiviteit). Het aantal specialisten is kleiner, ze werken vaak solitair en hebben daardoor (soms) minder intercollegiale contacten; dat zou de kwaliteit van handelen niet ten goede komen volgens critici.
<i>Dienstverlening</i>	Er zou minder maatwerk geleverd worden, vanwege minder (sub)specialismen. Er is minder vaak een 24-uurs spoedeisende hulppost open; soms alleen voor een dagdeel of helemaal geen post. Er is geen referentiekader voor solitair werkende specialisten.
<i>Management</i>	Er is minder speelruimte in de planning. Er is minder menskracht voor speciale projecten beschikbaar. Er is minder budget waardoor eerder problemen ontstaan; ook minder voor extra projecten en automatisering. Er is minder organisatiekennis aanwezig en blijven is moeilijker.
<i>Imago</i>	Er zou minder professioneel gewerkt worden, waardoor meer risico's bestaan. Er zou minder kwaliteit van zorg worden geleverd.

Overzicht 4.2 Genoemde voordelen kleinere ziekenhuizen

<i>Hiërarchie</i>	Er is minder hiërarchie. Er is een platte 'bottom up' organisatie. Er zijn gedreven medewerkers. Het management is hoger gemotiveerd.
<i>Schaalgrootte</i>	Het is kleinschalig en overzichtelijk. Het gaat er minder bureaucratisch/technocratisch aan toe. Het is minder anoniem. Het is er minder massaal en het heeft een minder dure uitstraling.
<i>Menselijke maat</i>	Het is persoonlijker en vertrouwd en het gaat er gemoedelijker aan toe. Er bestaat minder neiging zaken af te schuiven. Er bestaat een betere afstemming van de behoeften van patiënten en medewerkers.
<i>Communicatie en besluitvorming</i>	Er is sneller contact met patiënten en met (medische) collega's. Het personeel kent elkaar vaker.
<i>Dienstverlening</i>	Er is meer continuïteit voor patiënten met 'eigen' artsen(-assistenten). Er worden meer patiënten behandeld (al is ook dit afhankelijk van de rekenwijze). Er zijn kortere wachttijden. Er zijn kortere ligtijden.
<i>Lokale en regionale samenhang</i>	Er is een betere spreiding en bereikbaarheid voor patiënten, personeel en artsen. Er is meer samenwerking met andere voorzieningen, huisartsen en nabije instellingen. Er is een betere regionale samenwerking.
<i>Publieke steun</i>	Er is meestal grote publieke en bestuurlijke steun voor een ziekenhuis op korte afstand.

Overzicht 4.3 Genoemde nadelen grote ziekenhuizen

<i>Management</i>	Er is vaak duur management nodig; soms crisismanagement bij fusies. Er bestaan veel complexere organisatieproblemen. Er zijn vaker coördinatieproblemen. Er is een 'onhoudbaar' genoemd centraal beheerssysteem.
<i>Grote organisatie</i>	Er bestaat een trage besluitvorming. Er is een veel uitgebreidere bureaucratie. Er treedt verkokering op. Er is vaak een mechanistische en starre functieverdeling. Er is een gebrekkig kosten-bewustzijn.
<i>Bereikbaarheid</i>	Er zijn grote interne afstanden. Er zijn aanzienlijke afstanden tussen locaties. Er zijn lange communicatielijnen. Er bestaat een slechtere geografische bereikbaarheid Er zijn vaker parkeerproblemen
<i>Menselijke maat</i>	Er vindt erosie plaats van persoonlijke en informele banden. Er bestaat snel anonimiteit van de organisatie. Er treedt vervreemding op.
<i>Dienstverlening</i>	De organisatie is minder klantgericht en persoonlijk. De werkwijzen zijn mindere flexibel; er bestaat vaak inertie. Er zijn minder keuzemogelijkheden. Er komt informatieverlies voor door de vele wisselingen van diensten en personeel

Overzicht 4.4 Genoemde voordelen grote ziekenhuizen

<i>Status management</i>	<p>Er is een completer management en staf, vaak met ondersteuning (stafbureau, e.d.)</p> <p>Er is een integrale bestuurbaarheid.</p> <p>Er is een sterke marktpositie (countervailing power).</p> <p>Er bestaat een grote doelmatigheid.</p> <p>Het ziekenhuis heeft een hoge status ('reputation enhancement').</p>
<i>Organisatie</i>	<p>Er is meer specialisatie en routinevorming.</p> <p>Er zijn meer (sub)specialismen.</p> <p>Er is een besparing op overheadkosten.</p> <p>Er is een relatief kleine voorraadbehoefte.</p> <p>Er is een goede afstemming van de productiecapaciteit mogelijk.</p>
<i>Zorgverlening</i>	<p>Er bestaat continuïteit van zorg (24 uur, 7 dagen per week)</p> <p>Er kan een breder productpakket geleverd worden.</p>
<i>Personeel</i>	<p>Er is een flexibele inzet van personeel mogelijk.</p> <p>Er is meer ontplooiingsruimte voor het personeel (ook bij- en nascholing)</p> <p>Er kan multifunctioneel worden gewerkt.</p>

5 BEOORDELINGSKADER

5.1 Inleiding

Er bestaat een langjarige trend in de richting van concentratie van het aantal ziekenhuizen in Nederland die naar verwachting voorlopig zal doorgaan. Deze concentratie komt voornamelijk tot stand door fusies. In dit hoofdstuk wordt een voorlopig beoordelingskader geschetst voor een beoordeling van deze tendens tot fusie en concentratie.

5.2 Grondslag beoordeling

De vraag is waarop een beoordelingskader kan worden gebaseerd. In de literatuur over de spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen wordt vooral ingegaan op het geografische aspect van bereikbaarheid en toegankelijkheid, waarbij verschillende maten worden geïntroduceerd (Haynes, 1987; Phillips, 1981; Curtis, 1982; Joseph en Phillips, 1984; Harderwijk 1984; Veenhof, Jaspers en Elema, 1998; Maede, Florin en Gesler 1988; Nozeman 1975; Verhey, 1999). Die maten hebben echter het bezwaar dat hiervoor weer een beoordeling nodig is om tot conclusies te kunnen komen.

Andere literatuur gaat over prioriteitsstelling bij de aanwending van schaarse middelen in de gezondheidszorg (Bikker 1982; Maarse en Mur-Veeman, 1990; Jaspers, 1985, Van Dam 1995; Commissie Dekker, 1987; Hendriks, 1974; De Laet, 1988; IGZ, 1997). Sommige uitgangspunten daarvan zijn bruikbaar voor een beoordelingskader over ons onderwerp.

5.3 Perspectieven actoren

De Commissie Dunning (Commissie Keuzen in de zorg, 1991) onderscheidde drie perspectieven die ten grondslag liggen aan prioriteitsstelling in de gezondheidszorg, namelijk ten aanzien van het individu, de professionals en de gemeenschap. Mede op basis hiervan en op grond van alle verzamelde gegevens (vgl. Groenewegen, 1996), onderscheidden we de perspectieven van de volgende actoren:

1. Het perspectief van de *enkeling* of burger, als patiënt of consument (de mogelijkheden van het individu om zich te ontplooiën en een leven te leiden conform zijn of haar eigen preferenties).
2. Het perspectief van de *lokale zorginstellingen* (door samenwerking onderling, met ziekenhuizen en overheid een bijdrage aan de gezondheidszorg en welbevinden van de bevolking te leveren).
3. Het perspectief van de *professionals* (de mogelijkheden van professionals om zorg te verlenen die gebaseerd is op de huidige stand van de wetenschappelijke kennis en kwalitatief verantwoord is).
4. Het perspectief van het *ziekenhuis* (de mogelijkheid om een financieel gezonde, maatschappelijke onderneming te runnen).
5. Het perspectief van de *zorgverzekeraars* en ziekenfondsen (door gezondheidsrisico's te verzekeren een bijdrage te leveren aan de betaalbaarheid en daarmee de instandhouding van de gezondheidszorg).
en
6. Het perspectief van de *gemeenschap* of *overheid* (de mogelijkheden voor ieder lid van een gemeenschap om normaal te kunnen functioneren, binnen de normen van de Nederlandse samenleving, c.q. het scheppen van de randvoorwaarden van de gezondheidszorg en het toezien op de kwaliteit ervan).

De patiënt/consument

Vanuit het perspectief van het individu (de potentiële gebruiker van gezondheidszorg, als patiënt of consument) is van belang dat het zorgaanbod zodanig is dat de kans op oplossing van de gezondheidsproblemen groot is. Daarnaast is van het perspectief van de enkeling ook het verwachte gemak of ongemak van belang.

Ten slotte speelt de afkeer van risico's een rol in de beoordeling door mensen. Mensen hebben er veel voor over om niet het risico te lopen dat ze op het wellicht zeldzame moment dat ze plotseling ziekenhuiszorg nodig hebben, daar geen toegang toe hebben. Dit komt overeen met wat in de literatuur over prioriteitsstelling wordt aangeduid als 'risk aversion' en 'the rule of rescue' (Cookson en Dolan, 1999). Ziekenhuizen hebben in deze zin een vergelijkbare functie als de brandweer: hoewel men hem nooit nodig denkt en hoopt te hebben, hecht men zeer grote waarde aan de aanwezigheid van de voorziening voor het geval dat.

De lokale zorginstellingen

Het belang van de lokale zorginstellingen is een goede praktische en logistieke samenwerking met de ziekenhuizen. Zij maken samen deel uit van de zorgketen en dienen zo het algemeen belang van een kwalitatief goede en bereikbare gezondheidszorg. Zij vormen de lokale functies die ziekenhuizen moeten ontlasten van activiteiten en functies die beter door gatekeepers (huisartsen) of andersgespecialiseerde tehuizen (langdurige verpleging, verzorging) kunnen worden uitgevoerd.

De professionals

Vanuit het perspectief van de professionals (artsen-specialisten, verpleegkundigen, paramedici) die voor de uitvoering van hun werk afhankelijk zijn van het ziekenhuis is het van belang dat men zijn werk kan doen volgens de algemeen aanvaarde normen binnen de professie. Professionals zijn echter ook werkers (en werknemers in voorkomende gevallen) en hechten in die hoedanigheid belang aan de omstandigheden waaronder zij werken en hun werksatisfactie. Feitelijk zit er in het perspectief van de professionals daarmee een dubbel perspectief, namelijk dat van de professional als individu met persoonlijke voorkeuren en belangen, en dat van de professional als lid van een beroepsgroep met collectieve professionele normen en waarden. Zowel vanuit het perspectief van de professionals als dat van het individu kan bijvoorbeeld een klein ziekenhuis een aangename plek zijn om te werken. Maar gelijktijdig kan het vanuit de professie als collectief om kwaliteitsredenen als ongewenst worden gezien dat een specialist als solist in een klein ziekenhuis werkt, terwijl vanuit het individu de vele avond- en weekenddiensten minder aangenaam worden gevonden.

Het ziekenhuis/management

Het perspectief van de ziekenhuizen en het management is van belang omdat een ziekenhuis als maatschappelijke onderneming niet kan overleven als de gebruikers het idee hebben dat ze voor herstel van hun gezondheid beter ergens anders heen kunnen gaan en als de werkers in een ziekenhuis het idee hebben dat ze er hun werk niet op kwalitatief goed niveau kunnen uitvoeren.

Los daarvan heeft het management van een ziekenhuis een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg op grond van geleidelijk ontstane gedeelde verantwoordelijkheid en van wet- en regelgeving (Sluijs en Wagner, 2000a/b). Daarnaast is het ziekenhuis ook een onderneming met een verantwoordelijkheid voor zijn personeel en zijn sociale en economische rol in de regio.

De zorgverzekeraars

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars is een doelmatige gezondheidszorg van belang voor het verzekeraar houden van gezondheidsrisico's. De beheersing van de kosten is niet alleen voor de overheid belangrijk, maar ook voor de verzekeraars. Daarbij leveren de ver-

zekeraars (inclusief ziekenfondsen) een bijdrage aan het bewaken van de kwaliteit van de zorg van de door hen gecontracteerde hulpverleners (Maarse en Mur-Veeman 1990).

De gemeenschap/overheid

Vanuit het perspectief van de gemeenschap, c.q. de overheid is het van belang dat er integratie tot stand komt van de uiteenlopende belangen van diverse betrokkenen. Wij interpreteren het gemeenschapspectief als een regionaal-politiek perspectief waarin drie waarden centraal staan, de regionale samenhang van het stelsel van voorzieningen, de gelijkheid in toegang tot voorzieningen voor alle leden van de gemeenschap ('equity') en de verhouding tussen kosten en kwaliteit van de voorzieningen ('efficiency').

5.4 Beoordelingscriteria

Vanuit de verschillende perspectieven kunnen uiteenlopende gewichten worden gehecht aan de criteria voor het aanbod van de ziekenhuiszorg. Patiënten bijvoorbeeld beoordelen bereikbaarheid anders dan besturen van ziekenhuizen.

In voorgaande hoofdstukken hebben we een aantal criteria genoemd die gebruikt zijn voor de spreiding van het ziekenhuisaanbod. Het betrof enerzijds globale overwegingen van beleid, zoals de landelijke promille norm en eisen van continuïteit en kwaliteit en anderzijds meer concrete en lokale indicatoren, zoals het aantal bedden en de omvang van het adherentiegebied van het ziekenhuis.

Het zal daarbij duidelijk zijn dat ziekenhuizen complexe organisaties zijn die zich niet goed voor een eenvoudige beoordeling lenen. Mede op grond van alle verzamelde literatuur komen we tot de volgende, ons inziens, belangrijkste criteria, in willekeurige volgorde:

1. Toegankelijkheid: een voldoende toegankelijkheid en bereikbaarheid van ziekenhuizen op grond van een beperkte geografische afstand dan wel beperkte afstand in tijd.
2. Samenhang: een voldoende regionale en lokale samenhang en samenwerking met andere instellingen en andere ziekenhuizen ten einde de zorgketen te kunnen waarborgen.
3. Functieaanbod: een voldoende breed aanbod van ziekenhuisfuncties op voor ziekenhuizen op het basisniveau, op modaal niveau of op topzorgniveau.
4. Kwaliteit: het garanderen van de kwaliteit van alle verleende ziekenhuiszorg.
5. Personeel: het uitvoeren van de zorg met behulp van voldoende geschoold personeel in voldoende aantallen.
6. Specialisten: het verbinden aan het ziekenhuis van voldoende zorgfuncties en de daarbij behorende specialisten in voldoende aantallen en met het juiste vaardigheidsniveau.
7. Doelmatigheid: het bedrijfseconomisch rendabel en organisatorisch efficiënt functioneren van ziekenhuizen.
8. Financieel: voldoende financiële ruimte om de verschillende organisatorische zorgtaken als ziekenhuis te kunnen uitvoeren.

5.5 Het beoordelingskader

Vanuit de verschillende perspectieven kan met behulp van de genoemde criteria prioriteitsstelling plaatsvinden en kan het effect op de geografische concentratie van het ziekenhuisaanbod bepaald worden. Als zodanig wordt hiermee het beoordelingskader vorm gegeven (zie tabel 5.1).

Schema: Beoordelingskader: prioriteiten vanuit perspectieven actoren en beoordelingscriteria ziekenhuiszorg

Criteria ziekenhuiszorg	Perspectieven actoren					
	patiënt consument	lokale zorginstel- lingen	professionals	ziekenhuizen	zorg- verzekeraars	gemeen- schap overheid
voldoende toegankelijk						
voldoende samenhang						
voldoende functieaanbod						
voldoende zorgkwaliteit						
voldoende personeel						
voldoende specialisten						
voldoende doelmatig						
voldoende financiering						

5.6 Uitwerking kader

We zullen nu met behulp van de verzamelde kennis uit de literatuur een poging doen het kader uit te werken. Hierbij komen de volgende vragen aan de orde:

1. Welke zijn de bestaande, dan wel benodigde criteria?
2. Welke prioriteiten hebben de verschillende actoren?

We gaan achtereenvolgens na welke criteria er zijn, of er verschillende prioriteiten voor actoren bestaan.

Veronderstellingen analyse

Door de geconstateerde lacunes in beschikbare kennis zal een aantal veronderstellingen speculatief blijven. Dat is op zich geen probleem, aangezien dit geen zuiver toetsend onderdeel is, en het aanleiding kan geven tot nadere invulling door beleid of onderzoek. Het doel is hier voornamelijk om te bezien of het voorgestelde beoordelingskader voldoende mogelijkheden biedt.

5.7 Bestaande criteria

Allereerst gaan we na of en zo ja, welke criteria er bestaan, dan wel in de praktijk gebruikt worden ten aanzien van de acht gebieden: toegankelijkheid, samenhang, functiediversiteit, kwaliteit, personeel, specialisten, doelmatigheid en financiering.

Voldoende toegankelijkheid

Bereikbaarheid en toegankelijkheid hebben onder meer te maken met de afstand tot het ziekenhuis. Die afstand in kilometers of tijd is van belang voor patiënten en hun bezoekende familie, maar ook voor het personeel dat vaak uit dezelfde gemeenten in het adherentiegebied afkomstig is, evenals de leveranciers. Er bestaan aanwijzingen dat patiënten een voorkeur hebben voor ziekenhuizen op zo kort mogelijke afstand (Finlayson, Birkmeyer, Tosteson en Nease, 1999). Daarnaast zijn er problemen met de bereikbaarheid gesignaleerd (Van der Geest, 1997; De Jong en Stijnenbosch, 1985).

Hoewel er nauwelijks onderzoek beschikbaar is, wordt veelal aangenomen dat de geografische afstand tot ziekenhuizen toegenomen is door de fusies, vanwege het sluiten van ziekenhuizen,

c.q. locaties en het concentreren van voorzieningen als spoedeisende hulp, de verloskunde keten op hoofdlocaties, naast het beperken van de openingstijden van nevenlocaties. Het heeft echter niet voor alle ziekenhuisfuncties te gelden, want buitenpoliklinieken worden opengehouden juist vanwege de bereikbaarheid. Het netto-effect op de gemiddelde afstand is momenteel niet bekend.

De gemiddelde afstand tot ziekenhuizen voor patiënten is soms wel toegenomen na fusie. Zo vond Haring (1993) dat in het Gooi de oorspronkelijke gemiddeld reisafstand van 6,9 km toenam tot 9,9 km na de fusie van enkele ziekenhuizen; in Den Bosch nam de afstand toe van 3,1 km naar 10,5 km na fusie; in Noord-Limburg van 8,4 naar 10,1 km; alleen in Zwolle daalde die afstand van 7,0 ervoor tot 6,3 km erna (echter: zonder Lelystad, waar een nieuw ziekenhuis kwam, steeg de afstand wel van 5,4 naar 12,5 km). De afstanden tussen woongemeente en ziekenhuis zijn hier overigens schattingen van de werkelijke afstanden die patiënten afleggen, omdat gerekend wordt vanuit het geografische centrum van iedere gemeente en niet vanuit de patiëntenadressen.

De toename van de afstand na fusie lijkt niet groot, maar vooral in de spitsuren kan een langer oponthoud problemen geven, terwijl verloskundigen de afstand soms te groot gevonden vinden, mede door de fusies (Klop, 2000; Volkskrant, 23 juni 2000). Daarnaast kan gebruik van het openbaar vervoer kan door de vermindering van het aantal ritten in de landelijke gebieden van de laatste decennia tot langere reistijden leiden (Nozeman 1975, Buit en Nozeman, 1988a/b/c/d; Van Dam, 1995). Daarbij moet bij het kostenaspect van de reistijd worden betrokken dat de genoemde afstanden per keer tweemaal moeten worden afgelegd (heen en terug), zowel voor patiënten als personeel.

Het belangrijkste aspect van de bereikbaarheid betreft vooral de geografische afstand tot c.q. de reistijd naar het ziekenhuis. Deze liggen in elkaars verlengde, maar kunnen ook flink verschillen. Dat is vooral het geval als de afstand hemelsbreed weliswaar kort is, maar allerlei hindernissen (waterwegen, files, veel stoplichten, eenrichtingsverkeer in de binnenstad, parkeerproblemen e.d.) een korte reistijd verhinderen.

Het is onduidelijk of er algemene criteria bestaan voor een gemiddelde of maximale afstand tot een ziekenhuis of een maximale reistijd voor patiënten (vgl. casus Harderwijk, 1984). Hierbij is het van belang om welk type vervoer het gaat: eigen auto, taxi of openbaar vervoer. Voor ambulances zou er een richtlijn bestaan voor een zo geheten 'aanrijtijd', de tijd van het vertrek met een patiënt tot de aankomst in het ziekenhuis (niet te verwarren met de tijd van de ambulance om ter plaatse van een ongeval te komen; hiervoor zou een landelijke afspraak bestaan van 10 minuten).

Enkele geraadpleegde ziekenhuizen noemen geen afstanden, maar uiteenlopende maximale reistijden, van 15 minuten tot een half uur per auto en een half uur tot een uur per openbaar vervoer. Zulke tijden zouden kunnen variëren afhankelijk van de drukte op de weg (spitsuur), dicht- of dunbevolkte gebieden, aanwezigheid van 24-uurs zorg en type patiënt (spoedeisend, acuut of chronisch). Ze merken op dat het niet alleen om bereikbaarheid voor patiënten gaat, maar ook om de reistijden voor huisartsen, verloskundigen en de eigen dienstdoende artsen. Bovendien wordt bereikbaarheid soms ruimer uitgelegd met toegangstijden en wachttijden voor poliklinieken, opname en onderzoek. Dat kan mede door stroomlijning van procedures en interne routing worden verbeterd (Bredius en Koopmans, 1998). Een verwant probleem van bereikbaarheid dat wordt gesignaleerd, is het parkeerprobleem bij ziekenhuizen (Prüst, 1996).

Op het gebied van de afstand tot ziekenhuizen lijkt nog geen consensus te bestaan. Daarbij kunnen eventuele normen of richtlijnen per ziekenhuis uiteenlopen, afhankelijk van de situatie en ligging van een ziekenhuis en afhankelijk van diverse typen vervoer en zorgfuncties. Wellicht is het aan te bevelen om meer concrete normen voor reistijden overeen te komen, zodat planners van ziekenhuislocaties zich daar naar kunnen richten.

Volgende samenhang (ketenzorg)

Al lange tijd wordt er een beleid voor regionale samenwerking en zorgketens gevoerd. Het is de vraag of hiervoor in de praktijk duidelijke en eenduidige criteria bestaan en hoeveel partners als thuiszorgorganisaties, huisartsen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen er nodig zijn voor een evenwichtige regionale zorgketen: de *verticale samenhang*. Daarnaast is het de vraag hoe de samenhang tussen basis-, middelgrote en topziekenhuizen er uit zou moeten zien en welke vormen van minimale samenwerking voldoende zijn om een regionaal evenwichtig geheel te vormen: de *horizontale samenhang* (al is deze beeldspraak hier wat tegenstrijdig). Ten slotte is het de vraag welke samenwerking nodig is met, en door nieuwe tussenvormen van zorg, de zo geheten *transversale samenwerking*.

Er worden wel indicatoren voor spreiding gebruikt, zoals het beddenpromillage, maar dat promillage is verschillend voor iedere regio en bijna voor ieder ziekenhuis. Ook de afstanden tussen ziekenhuizen zeggen hier weinig of zijn soms niet relevant. Wellicht is de lengte van de wachtlijsten en de verkeerde bed-problematiek een indicatie voor doorstroming tussen samenwerkende instellingen, maar wel een tamelijk onduidelijke, want daarbij kunnen ook veel andere oorzaken meespelen.

Vooralsnog is het onduidelijk wat de criteria zijn voor een minimaal voldoende verticale, horizontale of transversale samenwerking. Toch is het aan te bevelen om zulke criteria te ontwerpen, omdat dergelijke lokale samenwerking mogelijk door horizontale en verticale fusies wordt beïnvloed.

Volgende functiediversiteit (scope)

Voor de breedte van het aanbod van zorgverlening bestaan wel enige criteria, maar onduidelijk is hier waarom ze in de loop der tijd zijn opgerekt. Zo was men vroeger al blij met een part-time specialist of een enkele vaste specialist in een ziekenhuis. In de jaren 70 werd er gestreefd naar een dubbele bezetting, terwijl nu de normpraktijk bij bijvoorbeeld de gynaecologen op vijf specialisten is gesteld (NVOG, 2000). De kleine ziekenhuizen waren volgens de WZV (van 1983, art. 3, Richtlijnen) gebonden aan 'in beginsel' een dubbele bezetting bij vijf 'moederspecialismen'. Hierover bestond wel enige discussie, waarbij sommigen een dubbele bezetting bij slechts 2 of 3 specialismen voldoende vonden, terwijl anderen meenden dat een dubbele bezetting nog niet genoeg was en sommige specialismen minimaal met drie full-time specialisten bezet moesten zijn (Können, 1984, 42; NZR 1978, 1979, 41). Later was er sprake van minimaal 6 moederspecialismen met een vereiste dubbele of drie dubbele bezetting (WVC, 1992, 43). Deels is het verschuiven van deze normen het logische gevolg van de groei van de omvang van ziekenhuizen. Maar wat hiervoor precies het criterium is geweest, is niet steeds geheel duidelijk.

Vanuit een regionaal perspectief is het eveneens niet volledig duidelijk wat nu de criteria zijn voor de zorgverlening en voor het aantal beschikbare specialismen per regio. De bestaande aantallen lopen uiteen per regio (Van der Speld, 1988, 1990; SIG, 1986) en daarvoor kunnen goede redenen bestaan. De belangrijkste reden lijkt de historisch bepaalde aanwezigheid van ziekenhuisvoorzieningen, meer dan duidelijke criteria van planning of spreiding over de regio. Zo zijn er eind jaren 70 plannen voor ziekenhuizen in de regio Friesland opgesteld door de provincie Friesland (PRV-F, 1978). Maar eind jaren 90 is er voornamelijk een concentratie in de stad Leeuwarden tot stand gebracht, inclusief een fusie met het (eerder gefuseerde) ziekenhuis in Harlingen. De overige ziekenhuizen functioneren nog zelfstandig. Oorspronkelijk zou een verdeling volgen in subregionale ziekenhuizen (10 specialistische functies), regionale (plus 8 specialistische functies), provinciale (plus 10 specialistische functies) en academisch (plus 7 specialistische functies; namelijk in Groningen) in een zo geheten overloopmodel. Door de ongelijke aanwezigheid van de typen is echter niet duidelijk of deze criteria per ziekenhuis, ook per regio (hier de provincie Friesland dus) tot een evenwichtig aanbod hebben geleid. Deze richtlijnen geven aan dat er voornamelijk vanuit typen ziekenhuizen en niet vanuit aantallen functies werd gepland, waarvan er bepaalde aantallen beschikbaar moesten zijn.

Bij enkele geraadpleegde ziekenhuizen wordt wel over een 'basispakket' aan zorg gesproken. Het is echter de vraag of hierover eensgezindheid bestaat onder ziekenhuizen. Vooral ter discussie staan een bepaald minimumpakket aan voorzieningen, het minimum aantal poortvakken of specialismen, en met name de verloskunde-gynaecologie-kindergeneeskunde combinatie, de spoedeisende hulp-functie, alsmede de continue toegankelijkheid (24 uur, 7 dagen per week) en het minimum marktaandeel in het eigen adherentiegebied. Daarbij kan men zich afvragen wat het minimaal aantal verplichte diagnostische mogelijkheden (laboratorium en apparatuur) en minimaal aantal behandelingsmogelijkheden (eveneens apparatuur en middelen) zou moeten zijn.

In feite gaat de discussie daarmee om wat nog als een ziekenhuis kan worden beschouwd. Deze is nauw verwant met de ziekenhuisfusies en de concentratietendens die tot het ontstaan van buitenpoliklinieken en dagziekenhuizen hebben geleid met minder dan volledige ziekenhuisvoorzieningen. Maar wellicht mede omdat hierover nog weinig onafhankelijke evaluaties bestaan geëvalueerd is dan worden Op deze gebieden ontbreekt het blijkbaar aan consensus, die waarschijnlijk wel gewenst wordt.

Voldoende kwaliteit van zorg

De overheid heeft vanouds over de kwaliteit van zorg een belangrijke taak gehad, onder meer via de inspectie, terwijl sinds de commissie Dekker (1987) nog eens extra aandacht aan kwaliteit van de gezondheidszorg is besteed via nieuwe wetgeving. Ondanks dat kwaliteit als begrip moeilijk meetbaar is, zijn hier wel criteria, althans veel indicatoren voor beschikbaar (zie Sluijs en Wagner, 2000 voor een overzicht). We zullen niet alle beschikbare indicatoren opnoemen, maar enkele voorbeelden geven. Zo wordt het aantal zeldzame verrichtingen in verband met kwaliteit gebracht (SAZ, 2000a), omdat het vaker verrichten daarvan tot grotere vaardigheid en hogere kwaliteit van medisch handelen zou leiden. Daarnaast wordt wel het aantal klachten als indicator gebruikt dan wel het aanwezig zijn van een klachtenbehandelingsprocedure of het juist afhandelen van klachten. Ten slotte wordt ook vaak het aantal bij- en nascholingen genoemd. Of zulke indicatoren voldoende valide zijn voor het ruime begrip medische of zorgkwaliteit laten we hierbij even in het midden. Van belang is dat zulke criteria bestaan.

Een van de geraadpleegde ziekenhuizen merkte op dat het voldoen aan de normen van kwaliteit, zoals gesteld door onder meer het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), bij kleinere ziekenhuizen tot meer overhead leidt, en zij daarvoor eigenlijk gecompenseerd zouden moeten worden. Men zegt hier niet altijd de middelen of de menskracht voor te hebben. Volgens Sluijs en Wagner (2000, 90) zouden vooral die kwaliteitsprocedures geïmplementeerd moeten worden die aantoonbaar effect hebben, om nodeloze extra kosten te vermijden. Daarnaast wordt er op gewezen dat de kwaliteit ook wordt gewaarborgd door een goede inbedding in de verticale zorgketen met andere zorgaanbieders.

Indicatoren zijn er op dit gebied genoeg, maar het is de vraag of er een verband met afstand, omvang of type ziekenhuis (en met fusies) kan worden gelegd in de bestaande kwaliteitscriteria, en zo ja, hoe kwaliteitscriteria ten aanzien van de afstand eruit zouden kunnen zien. De bestaande kwaliteitscriteria betreffen vooral het intern functioneren van ziekenhuizen en functioneren ten aanzien van patiënten. Binnen het beperkte kader van deze analyse was het niet mogelijk om hierover uitsluitsel te krijgen. Hiernaar zou apart onderzoek gedaan kunnen worden, met de vraag of bestaande indicatoren in aanmerking komen of dat er nieuwe moeten worden opgesteld.

Voldoende personeel

Omdat het zo van zelf spreekt wordt het nauwelijks genoemd, maar er is natuurlijk een minimum aantal verpleegkundigen, artsen en paramedisch personeel nodig voor een ziekenhuis. Welk minimum dat is, is voornog niet geheel duidelijk; ook niet hoe dit zou moeten worden bepaald.

Opmerkelijk is dat ook hierbij de afstanden en de spreiding nauwelijks ter discussie zijn gesteld. Eerder gaat het in personeelsaangelegenheden om werkdruk, arbeidsvoorwaarden en beloning.

Bij een tekort aan personeel kan de vraag belangrijk worden wat ziekenhuizen kunnen bieden en of er bijvoorbeeld meer en minder aantrekkelijke ziekenhuizen zijn om in te werken en welke rol dit gegeven speelt bij keuzen van verpleegkundigen en artsen om in een bepaald ziekenhuis te gaan werken; dit alles in verband met de afstand die men moet afleggen naar zo'n ziekenhuis en de omvang van de instelling. Bij een toenemende afstand wordt het mogelijk minder aantrekkelijk, vanwege de toenemende reistijd en de afnemende afstand tot het volgende ziekenhuis (of andere zorginstelling), als alternatief. Daarbij kan het van belang zijn dat zij in verband met de onregelmatige werktijden dichtbij het ziekenhuis wonen en er kinderopvang op maat beschikbaar is. Ook een mooie of gunstige woonomgeving, die toevallig vlak bij een ziekenhuis ligt, kan invloed uitoefenen. De omvang kan daarbij meespelen, als sommigen aan kleine ziekenhuizen de voorkeur geven, terwijl anderen liever in grotere werken. Het personeelsbeleid kan dan een competitieve invloed uitoefenen. Zo vond een geraadpleegd ziekenhuis het een goede zaak om het personeel voldoende interessant werk te bieden om het te kunnen aantrekken en behouden. Daarbij horen onder meer specialistische-verpleegkundige functies, zoals nodig voor de OK en de intensive care, en medische elektronica en automatisering die up-to-date zijn. Een ander ziekenhuis legde vooral nadruk op goed gehonoreerde en gecoachte medewerkers in een kleinschalige omgeving en teams op menselijke maat. Ook mogelijkheden voor nascholing en collegiale bijscholing (al of niet formeel geregeld) en het op peil houden van vaardigheden kunnen worden ingezet.

Kortom, ideeën zijn hier wel aanwezig, maar niet altijd in concreet meetbare grootheden, of grootheden die in de loop der tijd veranderen of per ziekenhuissituatie kunnen verschillen. Het belang voor een goed personeelsbeleid wordt daarbij door de tekorten wel onderkend. Maar het ziekenhuis naar het personeel toe verplaatsen als het ware, kan slechts in enkele gevallen van vervangende nieuwbouw, en die wordt niet gestimuleerd.

Voldoende specialisten

De discussie over specialisten betreft zowel het aantal per specialisme als het aantal poort-specialismen dat minimaal een ziekenhuis aanwezig zou moeten zijn. Vooral de solitaire werkende specialist ligt daarbij onder vuur, zoals vaak werkzaam in kleinere ziekenhuizen. Het beperkte aantal specialisten heeft in het verleden wel een rol gespeeld bij fusies en schaalvergroting, dan wel sluiting van kleine ziekenhuizen (IGZ, 1995; Hammerstein c.s., 1979). Het aantal per poortvak is in de loop der tijd toegenomen, deels door overheidsbeleid, deels door richtlijnen van verenigingen van medische specialisten. Was vroeger een part-time of een enkele full-time specialist voldoende, later werd dit aantal op gehooft tot twee of meer. Zulke hogere eisen zijn gemakkelijker in grotere ziekenhuizen te verwezenlijken, hetgeen mogelijk ook geldt voor sommige richtlijnen voor nascholing en collegiale bijscholing. Ook ten aanzien van de specialisten kunnen ziekenhuizen zich profileren om hen aan te trekken en te behouden. Dat kan bijvoorbeeld door de werkomstandigheden interessant te maken, door over specialistische apparatuur te beschikken en behandeling van een breed scala van ziektebeelden te bieden. Ook een dergelijke aanpak zal waarschijnlijk in de grotere ziekenhuizen gemakkelijker realiseerbaar zijn. Dat is mogelijk eveneens het geval bij de verlaging van de werkbelasting door uitbreiding van het aantal specialisten en ondersteunend personeel en de tegemoetkoming aan de wens tot deeltijdwerk. Daarnaast zou medeverantwoordelijkheid voor de instelling een rol kunnen spelen en samenwerking met maatschappen van nabij gelegen ziekenhuizen. Wel werd er door een ziekenhuis op gewezen dat er door grote maatschappen aparte en additionele managementlagen geschapen kunnen worden, met als gevolg te veel overheadkosten die ten koste van de zorg zou gaan.

Of er verband gelegd kan worden tussen minimale aantallen specialisten en de levensvatbaarheid of minimale omvang van een ziekenhuis is nog maar de vraag. Dat was in het verleden echter geen reden om niet gelijktijdig richtlijnen op te stellen voor bepaalde minimale aantallen specialisten in een ziekenhuis, die vervolgens per (poort)vak in de loop der tijd weer zijn veranderd. Eenduidigheid over deze aantallen is voornamelijk nog niet tot stand gebracht. Ook op dit gebied zou mogelijk consensus nodig kunnen zijn.

Voldoende doelmatigheid (scale)

Doelmatigheid wordt vaak afhankelijk gesteld van de omvang in verhouding tot de efficiency, de productiviteit en het rendabel functioneren van de organisatie. Op dit gebied zijn er veel indicatoren te vinden. Bij te veel criteria ontstaat echter enige onduidelijkheid over welk criterium het belangrijkste is voor een beoordeling. Aan de ene kant gaat het om een minimale omvang in relatie tot het aantal bedden, de behandelingen, de mate van doorstroming, de verpleegduur, de kosten en de omvang van het adherentiegebied. Aan de andere kant gaat het om een maximale omvang in relatie tot bureaucratievorming, anonimiteit van de werkomgeving, de lengte van de communicatielijnen, de afstandelijkheid van de verantwoordelijkheid en de extra kosten nodig voor een dergelijke schaalvergroting.

Hierbij moet bedacht worden dat het meest genoemde criterium van een minimale omvang van het adherentiegebied geen stabiel criterium is gebleken. Het is in de loop der tijd steeds groter geworden, ook voor de kleinste ziekenhuizen: van 25.000 inwoners voor de oorlog tot 60.000 in meer recente tijden. Wat hierbij precies als rendabel wordt beschouwd in verhouding tot de omvang wordt niet geheel duidelijk, want groter betekent vaak wel, maar niet altijd een beter renderende organisatie, zoals eerder werd aangegeven.

Op dit gebied zijn 'klassieke' bedrijfseconomische criteria te vinden, veelal gericht op bedrijfsmatige efficiency en intern functioneren. Een relatie met afstand en bereikbaarheid is daaruit nog niet meteen af te leiden. Alleen de indirecte redenering dat omvang (en mogelijk fusies) verband houdt met de productiviteit zou zo'n verband suggereren. Maar over de uitkomst van dit verband bestaat geen consensus: volgens sommigen zijn kleinere ziekenhuizen productiever, terwijl anderen menen dat schaalvergroting tot schaalvoordelen leidt, zoals eerder werd vermeld.

Daarmee is het mogelijk dat bestaande doelmatigheidscriteria verband houden met de gewenste afstand en bereikbaarheid van ziekenhuizen, maar eenduidigheid bestaat hier niet en zulke criteria zijn in meestal niet voor een dergelijk doel ontworpen. Dat zou een nieuwe aanpak vergen.

Voldoende financiering

De bestaande regels voor de financiering, met name de FB-systematiek en de fusiebonus, blijken tot ongelijke budgetten te leiden door het onderscheid naar de omvang van ziekenhuizen, hetgeen door de overheid inmiddels wordt erkend (VWS, 2000c/d/e). Een belangrijk aspect van de FB-systematiek is de zorgzwaarte waarvan bij de invoering aangenomen wordt dat die groter is in grotere ziekenhuizen (qua beddental). Daarnaast overschrijden de fusieziekenhuizen kennelijk vaker het macrobudget, mede door de fusiebonussen, waardoor alle ziekenhuizen gekort worden, inclusief de niet-gefuseerde (Van Delft, 2000). Ook zijn in het kader van het binnenhalen van bepaalde vormen van topzorg ziekenhuizen gefuseerd, hetgeen tot schaalvergroting en budgetvergroting leidde. Ten slotte bestond er een plan om de kleinere ziekenhuizen mee te laten betalen aan opleidingen die elders, door de grote ziekenhuizen worden verzorgd (Rouwens, 2000). De kleinere ziekenhuizen zonder opleidingen profiteren later via instromend personeel ook van deze opleidingen. Maar zij waren van mening dat de opleidingsziekenhuizen al extra ontvingen voor hun opleiding, en daarbij al via de als groter gewaardeerde zorgzwaarte al over extra budget konden beschikken. De financiering en bekostiging zouden neutraal moeten zijn ten aanzien van de schaalgrootte.

De financiering is een zaak van de overheid en de politiek samen met de diverse zorginstellingen. De huidige systematiek wordt inmiddels ter discussie gesteld, nog wel door de overheid zelf, onder meer in afwachting van een nieuwe financieringssystematiek.

Opmerkelijk is wel dat afstand en spreiding bij fusiebonus en FB-systematiek amper een rol speelden, hooguit een indirecte, namelijk waar grotere organisaties tot grotere reisafstanden leiden. Het is mogelijk dat juist op dit punt nieuwe criteria nodig zijn.

Weinig eenduidigheid

De verschillende genoemde criteria overziend, kunnen we ons niet aan de indruk onttrekken dat er eigenlijk nauwelijks sprake is van uniforme criteria voor spreiding; en nog minder wanneer het om geformaliseerde criteria gaat. Weliswaar wordt een aantal criteria bij herhaling genoemd, zoals de aanrijtijd, de omvang van het adherentiegebied, het aantal specialismen, de bezetting van specialismen, e.d. Maar wanneer er al sprake is van aantallen dan zijn deze in de loop der tijd veranderlijk gebleken en vaak 'meegegroeid' met de gemiddelde omvang van de ziekenhuizen. Het is tevens de vraag of de criteria inhoudelijk wel eenduidig zijn geformuleerd, en wanneer dat zo is (zoals bij de normpraktijken) of ze in de praktijk wel een dwingende rol spelen. De meeste criteria hebben bovendien weinig directe relatie met geografische afstanden en reistijden (behoudens de eerste categorie bereikbaarheid), en voornamelijk hooguit een indirecte, namelijk met de omvang van het ziekenhuis. Dat wil overigens nog niet zeggen dat het effect van een indirecte invloed niet groter kan zijn dan dat van een directe. Wat de minimale eisen voor een ziekenhuis zijn of zouden kunnen zijn, daarover lijken de opvattingen en de criteria nog weinig duidelijkheid te scheppen.

5.8 Prioriteiten actoren

Er zijn verschillende actoren die ieder vanuit hun eigen perspectief prioriteiten stellen aan de zorgverlening door ziekenhuizen. Als belangrijkste (groepen van) actoren hebben we genoemd de patiënten/consumenten, de lokale zorginstellingen, de professionals (artsen, verpleegkundigen, e.a.), de ziekenhuizen zelf (als organisatie), maar ook de verzekeraars en de gemeenschap, vertegenwoordigd door de overheid.

Onderzoek ontbreekt naar de specifieke vraag welke prioriteiten er bestaan op het gebied van gewenste afstanden en reistijden tot ziekenhuizen, geografische bereikbaarheid en toegankelijkheid, waardoor we vooralsnog slechts speculatief kunnen redeneren op basis van de bestaande kennis uit onderzoek en literatuur.

We beginnen met de individuele *patiënten* en *consumenten* van medische ziekenhuiszorg. We verwachten dat hun prioriteiten vooral liggen op het gebied van de toegankelijkheid en bereikbaarheid, op de samenhang tussen lokale zorgorganisatie en op de kwaliteit van zorg. Of er voldoende functieaanbod is, is van minder belang omdat ze dan bij een ander ziekenhuis terecht kunnen. Hetzelfde geldt eigenlijk ten aanzien van het personeel en de specialisten. Patiënten merken daarvan alleen wat als er tekorten bestaan of wachtlijsten, maar die gelden voor een beperkt aantal medische verrichtingen. Aan doelmatigheid en financiering zullen patiënten de minste prioriteit geven omdat dit het verste van hen af staat. Eventuele onvrede slaat daarbij meestal op specifieke situaties en minder op iets afstandelijks als de gezondheidszorg in het algemeen.

Voor de *lokale zorgorganisaties* gelden vooral de samenwerkingsverbanden. Bij verwijzing zal vooral de toegankelijkheid van het betreffende ziekenhuis kunnen meespelen, en in mindere mate het functieaanbod en de zorgkwaliteit. Omdat zij als zelfstandige organisaties of werkers (huisartsen) niet verantwoordelijk zijn voor ziekenhuispersoneelsbeleid, doelmatigheid en financiering zullen deze zaken voor hen weinig prioriteit hebben.

Op dezelfde wijze zijn de prioriteiten van de *professionals* te verwachten. Hun hoogste prioriteiten zullen liggen bij een voldoende aantal specialisten en verpleegkundigen en een voldoende functieaanbod, omdat dit hun werkgebied bepaald, inclusief mogelijkheden om intern te verwijzen. Vanzelfsprekend heeft voor hen ook de kwaliteit van de geleverde zorg prioriteit alsmede de financiering. Minder prioriteit kunnen zij toekennen aan zaken waarvan zij menen dat die door het ziekenhuis goed moeten worden geregeld, zoals een goede toegankelijkheid en een voldoende doelmatigheid van de organisatie in het algemeen.

De prioriteiten van de *ziekenhuizen* liggen bij vrijwel alle genoemde aspecten hoger dan die bij de andere actoren, omdat bijna alle aspecten deel uitmaken van het primaire ziekenhuisproces

als organisatie. De hoogste prioriteiten zullen vooral bij de belangrijkste organisatieaspecten liggen als financiering en doelmatigheid, gevolgd door voldoende kwaliteit, functie-aanbod, personeel en specialisten en voldoende toegankelijkheid. Dat laatste ook vanwege het vasthouden op langere termijn van de adherentie. De samenhang en samenwerking met andere organisaties is vanouds niet onbelangrijk, maar ook hier geldt dat zelfstandige organisaties de hoogste prioriteit aan de eigen organisatiebelangen zullen toekennen.

De *verzekeraars* hebben eigenlijk meer indirecte invloed via de financiering en via de aan wetten en voorschriften gebonden zorgplicht. Ze kunnen daarmee invloed uitoefenen, soms ook via bestuurlijke en overlegcircuits. Hun belangen liggen vooral bij de doelmatigheid van de door hen medegefinancierde instellingen, die van voldoende kwaliteit dienen te zijn, terwijl zij er aan gehouden zijn dat er voor de gecontracteerde zorg voldoende uitvoerders (professionals en personeel) beschikbaar zijn. Toegankelijkheid en samenhang zijn voor hen van minder belang, omdat dat voornamelijk onder verantwoordelijkheid van de instellingen valt.

Ten slotte de *gemeenschap*, c.q. de *overheid*. De overheid heeft de grondwettelijke taak op de kwaliteit van de gezondheidszorg toe te zien en de randvoorwaarden te scheppen maar niet of nauwelijks om zelf gezondheidszorgtaken uit te voeren. Toch zijn er op vrijwel alle gebieden grote gemeenschapsbelangen als het om ziekenhuizen gaat. De prioriteit lijkt wel vaak alleen of vooral op de financiering te liggen, maar dat heeft meer te maken met de financieringsontwikkelingen van de laatste decennia. Daarnaast heeft de zorgkwaliteit grote prioriteit, waarop onder meer de inspectie toeziet; maar ook een gelijke toegankelijkheid voor iedere Nederlander is van minstens even groot belang. Hierop volgen een doelmatige gezondheidszorg en daarmee doelmatigheid in ziekenhuizen en nadruk op samenhang en samenwerking tussen zorginstellingen, al heeft de overheid hierop vaak slechts indirecte invloed. Ook is er beperkte invloed op het personeelsbeleid van ziekenhuizen en (soms zelfs zeer beperkt) op de specialisten. Over het functieaanbod heeft de overheid eigenlijk geen standpunt, want zowel een breed als een smal of basis-aanbod van zorg worden gewaardeerd, een als noodzakelijk erkende variatie, zij het dat schaalvergroting wel lange tijd beleidsmatig is gestimuleerd.

Hoewel hiermee de prioriteiten slechts globaal kunnen worden aangegeven, geeft het bovenstaande wel enigszins een beeld van de diverse vigerende belangen. De verschillende actoren komen vanuit verschillende prioriteiten tot een verschillende nadruk op de hoofdaspecten in het voorgestelde beoordelingskader.

5.9 Besluit

Hiermee besluiten we de ontwikkeling van het beoordelingskader. Een nadere en meer specifieke invulling zal nodig zijn, maar dit behoort niet meer tot de mogelijkheden van dit beperkte rapport. Dat komt onder meer doordat er, zoals opgemerkt, veel visies en speculaties over de toekomst van ziekenhuizen bestaan (Binnendijk, 2000; Euser en Croonen, 1998; Hattinga Verschure, 1999; Poll, Van Wersch, Hoek en Janssen, 1998; PRV Zuid-Holland, 1994; Stevens en Westerveld, 1998; Tennekes, 1999; Worthington, 1998; VWS 1999a/b) terwijl maar weinig relevante onderzoeksresultaten daarvoor bestaan. Daarbij ligt het in de bedoeling van het beleid dat dergelijke zaken in de toekomst overeengekomen worden door de verschillende zorgpartijen. Te samen zullen zij het regionale beleid gaan bepalen ten aanzien van de ziekenhuisspreiding en de spreiding van het ziekenhuisaanbod.

LITERATUUR

- Aletras, V., Jones, A., Sheldon, T.A. (1997). Economies of scale and scope. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hodder Doyle Meadows, Cambridge, UK.
- Alkemade, N.O.E., Hagen, J.H. (1995). Ontwikkeling in de spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. *ZM Magazine*, 7/8, 13-16.
- Ankoné, A. (1995). Kleine ziekenhuizen kunnen niet meer solitair opereren. Aantallen bedden en functie opnieuw op de weegschaal. *Medisch Contact*, 50, 26, 849-850.
- Arnould, R.J., DeBrock, L.M., Radach, H.L. (1997). The nature of consequences of provider consolidations in the US. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hodder Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Baakman, N.A.A. (1990). *Kritiek van het openbare bestuur. Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*. Amsterdam, Thesis.
- Bartels, L.P. (1980-1999). *Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-1980-1999*. Utrecht, NZI.
- Bartelsman, E., Westerhout, E. (1999). Teveel budget per bed? *ESB*, 22-10-99, 773-775.
- Biesheuvel, A. Stijnenbosch, M.H. (1987). Concentratie en deconcentratie van intramurale gezondheidsvoorzieningen. In: Groenewegen, P.P., Mackenbach, J.P. *Geografie van de gezondheid en gezondheidszorg*. Amsterdam, RUU.
- Bikker, J.A. (1982). *Vraag-aanbodmodellen voor stelsels van geografische gespreide markten, toegepast op internationale handel en op ziekenhuisopnamen in Noord-Nederland*. Amsterdam, VU-Uitgeverij.
- Binnendijk, D. (2000). Het ziekenhuis van de toekomst. Ziekenhuis van de 21e eeuw is onderdeel zorgnetwerk. *CVZ.nl*, juni, 9-11.
- Black, C., Burchill, C. (1999). An assessment of the potential for repatriating care from urban to rural Manitoba. *Med. Care*, 37, 6, JS167-86.
- Blank, J.L.T., Eggink, E., Merckies, A.H.Q.M. (1998). *Tussen bed en budget*. Den Haag, SCP.
- Blecher, M.B. (1998). Size does matter. *Hosp. Health Netw.*, 72, 12, 28-30, 32, 34-36.
- Bredius, A., Koopmans W. (1998). Betere routing levert tijdwinst voor patiënten en medewerkers: ziekenhuis decentraliseert opnameregistratie. *Zorgvisie*, 28, 10, 34-35.
- Bruinsma, J. (2000). 'Ver van (zieken)huis. *Volkskrant*, 21 oktober.
- Buit, J., Nozeman, E.F. (1988a). Ruimtelijke gevolgen van ziekenhuis-concentraties. Deel I: De Oost-Achterhoek. Amsterdam, Planologisch Demografisch Instituut.
- Buit, J., Nozeman, E.F. (1988b). Ruimtelijke gevolgen van ziekenhuis-concentraties: Deel II: van Binnengasthuis en Wilhelmina Gasthuis naar Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. Amsterdam, Planologisch Demografisch Instituut.
- Buit, J., Nozeman, E.F. (1988c). Ruimtelijke gevolgen van ziekenhuis-concentraties. Deel III: Samenvatting en aanbevelingen van het uitgevoerde onderzoek. Amsterdam, Planologisch Demografisch Instituut.
- Buit, J., Nozeman, E.F. (1988d). Ruimtelijke gevolgen van ziekenhuisconcentratie in een landelijk gebied en in een stedelijk gebied. *TSG*, 66, 11, 12-13.
- Bukkems, L.A.A. (1996). *Fusie, financiën en façades*. Over de financiële en organisatorische gevolgen van ziekenhuisfusies. Rotterdam, iBMG/Erasmusuniversiteit.
- Carr-Hill, R., Place, M., Posnett, J. (1997). Access and the utilisation of healthcare services. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hodder Doyle Meadows, Cambridge UK.
- CBS (1980). *80 jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1979*. Den Haag, CBS.
- CBS (1995). *95 jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1994*. Voorburg, CBS.
- CBZ, College Bouw ziekenhuisvoorzieningen (2000). Uitvoeringstoets op hoofdlijnen inzake gewenste ziekenhuisspreiding. 30 augustus 2000, Utrecht, CBZ.
- Commissie Dekker, W., voorzitter (1987). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg.
- Connors, R.A., Feldman, R.D., Dowd, B.E., Radcliff, T.A. (1997). Which types of hospital mergers save customers money? *Health Aff. Millwood*, 16, 6, 62-74.

- Croonen, F.J.M., Nouwen, A.M. (2000). Meerlocatie-ziekenhuis; kans of onmogelijkheid? Het ontstaan van meerlocatie-ziekenhuizen als gevolg van fusies. *ZM Magazine*, 7/8, jul/aug, 2-6.
- Curtis, S.E. (1982). Spatial Analysis of Surgery Locations in General Practice. *Social Science and Medicine*, 16, 303-313.
- CVZ, College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1993). *Advies inzake Nota fusie en bouw*. Utrecht, CVZ.
- CVZ, College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1996). *Advies inzake concentratie kinderneurochirurgie*. Rapportnummer 422.
- Dam, F. van (1995). *Meer voor minder. Schaalverandering en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden in Nederland*. Dissertatie. Utrecht, Nederlandse Geografische Studies.
- De Laet, H. (1988). Ruimtelijke kenmerken van de gezondheidszorg en -infrastructuur in Vlaanderen. *TSG*, 11, 34.
- Delft, S. van. (2000). Scheve verhoudingen: de fusiegolf van ziekenhuizen. *Zorgvisie*, 30, 4, 26-27.
- Dolan, P., Cookson, R. (2000). A qualitative study of the extent to which health gain matters when choosing between groups of patients. *Health Policy*, 51, 1, 19-30.
- Dowie, R., Gravell, H. (1997). Changes in medical training and sub-specialisation: implications for service delivery. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hoddle Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Dranove, D., Ludwick, R. (1999). Competition and pricing by nonprofit hospitals: a reassessment of Lynk's analysis. *Journal of Health Economics*, 18, 87-98.
- Euser, L., Croonen, F.J.M. (1998). Draagvlak voor de visie op toekomstige ziekenhuiszorg. De aanpak in 's-Hertogenbosch. *ZM Magazine*, 10, okt., 16-19.
- Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hoddle Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J. (1997). Introduction. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hoddle Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Ferguson, B., Goddard, M. (1997). The case for and against mergers. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hoddle Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Ferguson, B.A. (2000). Questions and Answers: How big should a hospital be? *Journal of Health Services and Research Policy*, 5, 3, 196.
- Finlayson, S.R., Birkmeyer, J.D., Tosteson, A.N., Nease, R.F. (1999). Patiënt preferences for location of care: implications for regionalization. *Med. Care*, 37, 2, 204-209.
- Freddi, G., Bjoerkman, J.W. (1989). *Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance*. London, Sage.
- Gal-Or, E. (1999). The profitability of vertical mergers between hospitals and physician practices. *Journal of Health Economics*, 18, 5, 623-654.
- Geest, W. van der (1997). Veel ziekenhuizen moeilijk bereikbaar. Vervoersmanagement wapen tegen agressie. *Zorgvisie*, 11, 34-35.
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (1951)-(1979). *Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland over het jaar 1951 (-1979)*. Ministerie Volksgezondheid (diverse benamingen).
- Given, R.S. (1996). Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. *Journal of Health Economics*, 15, 6, 685-713.
- Gloerich, A.B.M., Hamers, R.T.J. Zee, J. van der, Groenewegen, P.P. (19xx). *Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France: basic information and references*. Utrecht, Nivel.
- Groenewegen, P.P., Zee, J. van der (1985). *Hospital admissions in the Dutch and Belgian health care systems. An analysis of regional variation*. Utrecht, Nivel.
- Groenewegen, P.P. (2000). Naar een nieuwe regionalisering van de gezondheidszorg? De modernisering van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren. *TSG*, 78, 4, 244-247.
- Hagen, J.H. (1994). Een volwassen capaciteits- en locatiebeleid. *ZM Magazine*, 3, 16.
- Hagen, J.H. (red.) (1995). *Kleinere ziekenhuizen, gezonde basis*. Utrecht, De Tijdstroom.
- Hammerstein, D. Kastelein, M. Koch, W.A. Witte, J.J. (1979). *De regionale functie van kleine ziekenhuizen (1): het Dinkelziekenhuis te Losser*. Leiden, NIPG/TNO.
- Hammerstein, D. Kastelein, M. Koch, W.A. Witte, J.J. (1979). *De regionale functie van kleine ziekenhuizen (2): het Gemeenteziekenhuis te Sliedrecht*. Leiden, NIPG/TNO.
- Harderwijk, E.D. (1984). Het afstandscriterium op het platteland. *Pharmaceutisch Weekblad*, 119, 84-86.
- Haring, M.H. (1993). *Effecten van fusies van ziekenhuizen*. Utrecht, SIG Zorginformatie.

- Hartog, M. den, Janssen, R.T.J.M. (1993). Concurrentie en rivaliteit tussen ziekenhuizen. *ESB*, 3926, 794-799.
- Hartog, M. den, Janssen, R.T.J.M. (1998). De dynamiek van de ziekenhuismarkt in kaart gebracht. *ZM Magazine*, 5, mei, 12-15.
- Hattinga Verschure, J.C.M. (1999). Ziekenhuisbouw caleidoscoop. *ZM Magazine*, 6, jun., 28-29.
- Haynes, R. (1987). *The Geography of Health Services in Britain*. London, Croom Helm.
- Hendriks, J.P.M. (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg*. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- Heijningen, B. van (1996) Fusies zonder eind: Twaalf jaar schaalvergroting in onderwijs, gezondheidszorg en bij de politie. *Intermediair*, 32, 20, 15-21.
- Hoek, H. (1998). Concerns in de gezondheidszorg (2). Bestuurlijke en juridische vormgeving. *ZM Magazine*, 4, Apr., 21-29.
- Idenburg, P. (1996). VWS wil af van Kampen-syndroom. *Zorgvisie*, 9, 2-4.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (1995). *Advies kleine ziekenhuizen*. maart. Rijswijk, IGZ.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997). *Staat van de Gezondheidszorg. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid*. Rijswijk, VWS.
- Inglis, T. (1995). Mergers create for-profit health care Godzilla. *Texas Nursing*, 69, 1, 3.
- Jaspers, J.B. (1985). *Het medische circuit: een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)*. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema.
- Jong, T. de, Stijnenbosch, M. (1985). Bereikbaarheid van ziekenhuizen krijgt te weinig aandacht bij sluiting en fusie. *Ziekenhuis*, 15, 753-756.
- Keeler, E.B., Melnick, G., Zwanziger, J. (1999). The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics*, 18, 69-86.
- Kemenade, Y.W. van, Bisschop, F. (1996). *Planning en bouw in België en Duitsland. Achtergrondstudie*. Zoetermeer, RVZ.
- Kersten, T.J.J.M.T. (1987). De afstand tussen huisartspraktijk en ziekenhuis en de hoogte van het verwijscijfer: een longitudinale studie in Lelystad. *Medisch Contact*, 42, 26, 818-822.
- Klop, W.J. voorzitter (2000). *Tussenrapportage Stuurgroep Modernisering Verloskunde*. Aan de Minister van VWS. 10 maart 2000.
- Können, E. (1978). *Beleidsalternatieven bij fusies van ziekenhuizen*. Utrecht, NZI.
- Können, E.E. (1984). *Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie*. Dissertatie. Rotterdam, Erasmus-universiteit.
- Korthals, J.C., Pelzer, K.H. (2000). Manoeuvres bij besluitvorming en fusie. Een hulpmiddel bij de aansturing van een fusieproces. *ZM Magazine*, 2, feb., 16-19.
- Koudijs, C. (1996). Centralisme levert gevaar op voor de slagvaardigheid. Schaalvergroting en fusiemodellen in de ouderenzorg. *Zorgvisie*, 9, 24-26.
- Koudijs, C. (1999). De verticale fusie wint terrein: schaalvergroting en fusiemodellen. *Zorgvisie*, 29, 7, 24-27.
- KPMG. *Concentratie en samenwerking in de zorgsector*. Bureau voor Economisch Argumentatie. (onvolledige ref.)
- Lindert, H. van, Delnoij, D., Groenewegen, P.P., Hofland, S. (1999). Op weg naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf managementparticipatie van medisch-specialisten in Nederland. *Acta Hospitalia*, 2, 39-55.
- Lynk, W.J. (1995). The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers. *Journal of Health Economics*, 14, 5, 507-530.
- Lynk, W.J., Neumann, L.R. (1999). Price and Profit. *Journal of Health Economics*, 18, 99-116.
- Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M. red. (1990). *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*. Assen, Van Gorcum.
- Maarse, j.a.m., Horst, A. van der, Molin, E.J.E. (1992a). Budgettering in algemene ziekenhuizen. Effecten op zorgverlening. *Medisch Contact*, 43, 47, 1247-1250.
- Maarse, j.a.m., Horst, A. van der, Molin, E.J.E. (1992b). Budgettering in algemene ziekenhuizen. Effecten op organisatie en management. *Medisch Contact*, 44, 47, 1281-1285.
- Maede, M.S., Florin, J.W., Gesler, W.M. (1988). *Medical Geography*. London, Guilford Press.
- Matser, W. (1999). Met procedures bouw je geen ziekenhuis. Pleidooi voor een verbeterd systeem van aanbodsturing. *ZM Magazine*, 6, jun., 31-34.
- Mayer, J.D., Kohlenberg, E.R., Sieferman, G.E., Rosenblatt, R.A. (1987). Patterns of rural hospital closure in the United States. *Social Science and Medicine*, 24, 4, 327-334.
- McLafferty (1988). Predicting the Effect of Hospital Closure on Hospital Utilization Patterns. *Social Science and Medicine*, 27, 3, 255-262.

- Mens, N. (1999). De architectuur van het ziekenhuis. Transformaties in de na-oorlogse ziekenhuisbouw in Nederland. *ZM Magazine*, 6, jun., 4-12.
- Meyer, A.W.M., Zijp, C. van (1999). Zorgorganisaties op maat. Een onderzoek naar de effecten van schaal-grootte in de ouderenzorg. *ZM Magazine*, 9, sep., 18-21.
- Molenaar, B. (1999). Architectuur en/of ziekenhuizen in 80/90/00. Ruimte voor vernieuwend bouwen gezondheidszorg neemt toe. *ZM Magazine*, 6, jun., 26-30.
- Montfort, A.P.W.P. van, Bal, J.F., Rijnsoever, P.W. van (1979). *Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen. Trends in de ziekenhuissector in de periode 1968 t/m 1977*. Utrecht, NZI.
- Moscovice, I.S. (1989). Rural Hospitals: A Literature Synthesis and Health Services Research Agenda. *Health Services Research* 23, 6, 891-930.
- Nozeman, F. (1975). *De gewenste spatiering van het voorzieningenapparaat*. Planologie, Deelnota C., Amsterdam, Vrije Universiteit.
- NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993). *Ziekenhuisbouwbeleid. Advies over de nota Fusie en Bouw*. Zoetermeer, NRV.
- NVOG (2000). Beschrijving van de Normpraktijk. (kopie, onvolledige referentie).
- NZR, Nationale Ziekenhuis Raad (1978). *Rapport inzake het Werkmodel voor een Basisziekenhuis opgesteld door de Commissie Werkmodel Basisziekenhuis*. NZR, 1978.
- NZR, Nationale Ziekenhuis Raad (1979). *Eind-Rapport Commissie Werkmodel Basisziekenhuis*. Utrecht, NZR.
- NZR, Nationale Ziekenhuis Raad (1982). Sluiting ziekenhuizen. Brief 6 juli 1982 NZR aan besturen en directies aangesloten ziekenhuizen.
- Okma, G.H. (1996). Canada in mootjes: decentralisatie en gezondheidszorg in Canada. *Medisch Contact*, 51, 20, 671-673.
- Oyen, F.G.P.H., Roex, A.J.M., Telgenkamp, M.C.L. (2000). Fusiekoorts in ziekenhuisland. *Medisch Contact*, 55, 37, 1282-1284.
- Phillips, D.R. (1981). *Contemporary Issues in the Geography of Health Care*. University of East Anglia. Norwich, Geo Books.
- Poll, A.H., Wersch, S.F.M. van, Hoek, G.H.M., Janssen, S.F.M.M. (1998). Het ideale ziekenhuis: een nieuw concept voor ziekenhuiszorg in de toekomst. *Kwaliteit in Beeld*, 8, 2, 2-3.
- Post, D., Kleinmeulman, J., Mul, F., Breed, A.S.P.M., Gubbels, J. (1997). Verandering van patiëntenstromen na sluiting ziekenhuis. *Medisch Contact*, 52, 12, 383-385.
- PRV-F, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland (1978). *Richtlijnen voor de planning van algemene ziekenhuizen in Friesland*. Leeuwarden, PRVF.
- PRV-ZH, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland (1994). *Ziekenhuiszorg in de toekomst. Beschouwing over de toekomst van kleine ziekenhuizen, meerlocatieziekenhuizen, regionale organisatie van ziekenhuiszorg en de rol van het provinciale bestuur hierbij*. Den Haag, PRV.
- Prüst, A.L.J.M. (1996). Parkeerbeleid is verdeling van schaarste. *NZI-notities*, 55, 23.
- Querido, A. (1974). *Godshuizen en gasthuizen*. Lochem, De Tijdstroom.
- Rens, J.W.G.A. (1988). De gevolgen van sluiting van een ziekenhuis. *TSG*, 11, 44.
- Roex, A., Eussen, M. (1998). Het ziekenhuis van morgen kan niet zonder partners: horizontale en verticale samenwerking. *Zorgvisie*, 28, 7, 6-9.
- Rouwens, T. (2000). *Bekostiging Agio's en niet-opleidingsziekenhuizen*. Utrecht, Prismant/SAZ.
- Ruijs, G.J.H.M. (2000). Fusies in de gezondheidszorg: langetermijneffecten onvoldoende onderzocht. *Medisch Contact*, 55, 21, 771-772.
- Sanders, D., Coulter, A., McPherson, K. (1989). *Variations in hospital uitmesten raten: a review of the literature*. Project Paper, nr. 79. London, King's Fund Publishing Office.
- SAZ (2000a). Aanbieding Prismant-onderzoek naar zorgzwaarte en schaalgrootte. Brief, april. Woerden, SAZ.
- SAZ (2000b). Brief aan Stuurgroep Modernisering Verloskunde. J.H. Hagen, voorzitter SAZ, 30 mei 2000.
- SCP (1998). *Sociaal en cultureel rapport 1998. 25 jaar sociale verandering*. Hoofdstuk 10, pp. 277-349. Rijswijk, SCP.
- Shannon, G.W., Bashur, R.L., Lovett, J.E. (1986). Distance and the Use of Mental Health Services. *Milbank Quarterly*, 64, 2, 302-330.
- Shannon, G.W., Bashur, R.L., Metzner, C.A. (1969). The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. *Medical Care Review*, 26, 143-161.
- Shannon, G.W., Skinner, J.L., Bashshur, R.L. (1973). *International Journal of Health Services*, 3, 2, 237-244.
- SIG Informatiecentrum voor de gezondheidszorg (1986). *Regio-Atlas 1986. Regionaal gebruik van ziekenhuisbedden in 1986*. Utrecht, SIG.

- Silvia, L., Leibenluft, R.F. (1998). Health economics research and antitrust enforcement. *Health Econ.*, 7, 2, 163-6.
- Simpson, J. (1995). A note on entry by small hospitals. *Journal of Health Economics*, 14, 1, 107-113.
- Sluijs, E., Wagner, C. (2000). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht, Nivel.
- Sluijs, E., Wagner, C. (2000). *Tabellenboek kwaliteitssystemen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht, Nivel.
- Smit, P.Th. (1993). De huisarts en het kleine ziekenhuis. *Patiënt Care*, mei, pp. 403-405.
- Sowden, A.J., Sheldon, T.A. (1998). Does volume really affect outcome? Lessons from the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 3, 3, 187-190.
- Sowden, A.J., Watt, I., Sheldon, T.A. (1997). Volume of activity and health care quality: is there a link? In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hodder Doyle Meadows, Cambridge UK.
- Speld, G. van der (1988). Verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen tussen regio's. *TSG*, 11, 46.
- Speld, G. van der (1990). Regionale verschillen in gebruik ziekenhuizen. *Medisch Contact*, 45, 7, 215-217.
- Spronk, V.R.A. (1985). *De betekenis van de buitenpolikliniek in Lochem*. Arnhem, St. Gelderland.
- Stevens, F.C.J. (1987). *De bureaucrativering van het medisch specialistisch ambacht. Een vergelijkend onderzoek naar bureaucratie en professie in twintig ziekenhuisafdelingen*. Van Assen, Gorcum.
- Stevens, J., Tulder, F.v. (1995). Grootste ziekenhuizen zijn niet het meest productief. *ESB*, 26 april.
- Stevens, P., Westerveld, H. (1998). Het ziekenhuis in wording. Nadenken over drastisch andere concepten voor de komende veertig jaar. *ZM Magazine*, 12, dec., 4-9.
- Tennekes, H.J. (1999). De arrogantie van de macht. Jaren tachtig: bouwen voor een snel veranderende samenleving. *ZM Magazine*, 6, jun., 22-25, 30.
- Thorpe, K.E. (1988). Why are urban hospital costs so high. *Health Services Research*, 22, 6, 821-836.
- Tiemstra, M., Viguurs, A.C.M., Maas, B.A.A.M. (1998). Directie en fusie. Persoonlijke doelen en motieven bepalend voor tempo en succes. *ZM Magazine*, 3, maart, 14-17.
- Tweede Kamer (1998). *Jaaroverzicht Zorg 1998*. Bijlage A2, Bouwbeleid en bouwkaders. p 130-135. Vergaderjaar 1997-98, 25506, nrs. 1-2.
- Tweede Kamer (1999). *Jaaroverzicht Zorg 1999*. nr. 26204, nr. 3.
- Tweede Kamer (2000a). Motie Buijs. 1999-2000, 26800, XVI nr 82, 6 april 2000.
- Tweede Kamer (2000b). Vragen Hermann 28 juni, antwoorden minister Borst-Eilers 12 juli. *Collage*, nr. 59, 7.
- Vall, M. (1980). *Sociaal beleidsonderzoek: een professioneel paradigma*. Samson, Alphen a/d Rijn.
- Veenhof, E., Jaspers, F.C.A., Elema, J.D. (1998). Top-referentie areaal. Organiseren patiëntenstromen binnen verzorgingsareaal ziekenhuis. *ZM Magazine*, 5, mei, 6-10.
- Verhey, R. (1999). *Urban-rural variations in health care*. Dissertation University Utrecht, Nivel, Utrecht.
- Vermeulen, A. (1986). *Beleidsonderzoek: het ontwikkelen en beoordelen van beleidsmaatregelen en -projecten*. Staatsuitgeverij, Den Haag.
- Versluijs, H., Vaessens, J. (1999). Fusie slechts stap in transformatieproces. *ZM Magazine*, 3, maart, 10-13.
- Vries, B.J. de, Breedveld, E.J. (2000). Concernvorming in de Nederlandse gezondheidszorg. Let's make people better. *ZM Magazine*, 6, jun., 2-6, 13.
- VWS, Ministerie van (1999a). *Zorgnota 2000*. Den Haag, VWS.
- VWS, Ministerie van (1999b). *Zorgnota 2000. Bijlagen*. Den Haag, VWS.
- VWS, Ministerie van (2000a), brief aan de voorzitter College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets gewenste ziekenhuisspreiding. CSZ/ZT-2081777.
- VWS, Ministerie van (2000b), brief aan de voorzitter Tweede Kamer. Machtconcentraties in de zorgsector. Interdepartementaal onderzoek. Nr. 27226. 5 juli 2000, 27226, nr 1.
- VWS, Ministerie van (2000c). Brief aan CTG over budgetverhoging bij fusies. CSZ/ZT/2065323, 20 april 2000.
- VWS, Ministerie van (2000d). Brief aan de Tweede Kamer, 18 sept. 2000, betreffende Nota "Positionering algemene ziekenhuizen", met 2 bijlagen.
- VWS, Ministerie van (2000e). *Nota 'Positionering algemene ziekenhuizen'*. Bijlage bij brief aan Tweede Kamer, 18 sept. 2000, met samenvatting van de Nota.
- Worthington, J. (1998). Het bouwen van ziekenhuizen voor de toekomst. *ZM Magazine*, 12, 3.
- Wholey, D., Feldman R., Christianson, J.B., Engberg, J. (1996). Scale and scope economies among health maintenance organizations. *Journal of Health Economics*, 15, 657-684.
- Wiggers, C. Bijl, S. Vandermeulen, L. (1994). *Productie- en kostenstructuur ziekenhuizen: rapportage voorstudie*. NZI, Utrecht.

WVC, Ministerie van (1992). *Positionering van ziekenhuiszorg*. Met als bijlage: *Nota Fusie en Bouw*. Den Haag, WVC.

WVC, Ministerie van (1995). Minister Borst wil einde maken aan schaalvergroting ziekenhuizen. *Staatscourant* 81, 26 april 1995.

Enkele recente dagbladartikelen (2000)

- 12 februari 'Schrap fusiebonus voor ziekenhuizen'. *Het Financiële Dagblad*.
- 12 februari 'Klein ziekenhuis eist eerlijk budget'. *UN*.
- 12 februari 'Kleine ziekenhuizen willen geld krijgen van grote'. *Het Financiële Dagblad*.
- 25 maart 'Plan voor poliklinieken in Hillegom en Lisse.' [buitenpoli] *Haarlems Dagblad*.
- 25 maart 'Polikliniek in Hillegom. "Zorg dicht bij mensen brengen" '. [buitenpoli, satelieten, vrees verlies klanten] *Haarlems Dagblad*.
- 25 maart 'Concurrerende zorg vereist benchmarking'. Europese regels, best practice, kostenreducties] internist dr. W. Huppel, MBA, drs M.C. Veenhof. *Het Financiële Dagblad*.
- 31 maart 'Borst: veertig grote hospitalen'. [60 tot 80 satelieten, kleine ziekenhuizen, dagbehandeling, poli] *NRC*.
- 5 april 'Financiering voor ziekenhuizen moet nodig worden aangepast. [SAZ, kleinere ziekenhuizen, fusiebonus] *De Telegraaf*.
- 7 april 'Kamer wil richtlijnen voor fusies ziekenhuizen'. [40 ziekenhuizen, spreiding, bereikbaar, motie Buijs, CBZ, monopoli zorgconcerns] *Het Financiële Dagblad*.
- 8 april 'Een Marshallplan voor de gezondheidszorg'. [budgettering, zieke gezondheidszorg, NMa, arbeidsmarkt, beroepsverenigingen] prof.dr. R.G.T. Geesink, Orthopedie. *De Volkskrant*.
- 14 april 'Minister Borst moet fusies ziekenhuizen extra stimuleren. [fusiebonus, kleine vs. grote ziekenhuizen, spreiding, motie Buijs, schaalgrootte, continuïteit, zorgnetwerk, stafcapaciteit, massaliteit, kleine eenheden] *Het Financiële Dagblad*.
- 19 april 'Nyfer: gezondheidszorg voor koopje'. [budgetteringssysteem, concentratie] *Het Financiële Dagblad*.
- 25 april 'Elke zorg is aan te besteden'. [kwaliteit ziekenhuiszorg van belang voor verzekeraar] *Het Financiële Dagblad*.
- 25 april ' "Kabinet gaat erg ver met privatisering van het zorgstelsel". Nederlands stelsel botst met EU-regels van interne markt en mededinging'. [zorg en mededinging, EU, BBP] *Het Financiële Dagblad*.
- 2 mei 'Borst neemt veel Zeeuwse zorgen weg'. [OK's, interne afdeling ziekenhuis Zierikzee naar Goes, gedeeltelijke sluiting, centraliseren/concentratie] *AD*.
- 9 mei 'Strengere regels voor ziekenhuis. Borst kijkt kritisch naar sponsoring.' [regels ISFG, Instituut voor Sponsoring en Fondswerving in de Gezondheidszorg] *AD*.
- 9 mei 'Inspectie vreest invloed. Ziekenhuis moet scheiden van sponsor'. [samenwerking, beïnvloeding, onafhankelijkheid artsen] *NRC*.
- 10 mei ' "Drie laboratoria onzinnig". Onzekere toekomst lab Velp'. [geen basisvoorziening, concentratie, prikpost] *Gelders Dagblad*.
- 10 mei 'Eigen afdeling huisartsen in ziekenhuis Ede. Voor onderzoek eigen patiënten'. *Barneveldse Krant*.
- 13 mei 'Doodzieke ziekenhuizen'. [management, fusiepsychose, kleine ziekenhuizen opgeheven, gedemotiveerd, parkeerplaatsen] *De Telegraaf*.
- 17 mei 'Borst kijkt naar extra geld ziekenhuizen. Roep om meer medisch specialisten. [korting wegens budgetoverschrijdingen] *Het Financiële Dagblad*.
- 17 juni 'Nieuwbouw bij ziekenhuis. De Honte krijgt Multifunctionele Eenheid. [fusie met thuiszorg, nieuwbouw] *BN De Stem*.
- 21 juni 'Ambulance moet sneller komen'. [aanrijtijd ter plaatse] *Rijn en Gouwe*.
- 22 juni 'Ziekenhuizen overtreden wet'. [arbeidstijden arts-assistenten]. *Trouw*.
- 23 juni 'Fusies ziekenhuizen zullen thuisbevalling de das om doen'. [afstand, fusies, sluiting kleine ziekenhuizen] *Volkskrant*.
- 23 juni 'Borst: plan ziekenhuizen niet onrealistisch'. [concentratie Venlo/Venray]. *Dagblad De Limburger*.
- 24 juni 'Hartpatiënt dood na weigering door twee ziekenhuizen. [toegang zorg, geen bedden vrij, bezuinigingen zorg] *De Telegraaf*.
- 27 juni 'Ziekenhuizen moeten kunnen concurreren'. [regie pakketkeuze overheid, verzekeraars, toezichtsorgaan] drs. J.G.M. Kegelaar, dir. ziekenhuis Leyenburg, drs. R.J. Glazer. *Het Financiële Dagblad*.

27 juni	'Aan ziekenhuisplan Venray valt niets meer te veranderen'. [concentratie Venlo/Venray] <i>Dagblad De Limburger</i> .
29 juni	'Ziekenhuis mag boven budget uit'. [extra geld, doelmatig werken] <i>Het Financiële Dagblad</i> .
30 juni	'Uitspraak Borst over budget zaait verwarring'. [efficiënt, doelmatig werken ziekenhuizen] <i>Het Financiële Dagblad</i> .
1 juli	'Kartelautoriteit worstelt met prijsafspraken zorg'. [regelingen, 160 prijsafspraken, fusies] <i>Trouw</i> .
5 juli	'Zorginstellingen bundelen krachten'. [Zorgnetwerk Salland, Deventer]. <i>Overijssels Dagblad</i> .
6 juli	'Patiënt ondanks verwijzing steeds moeilijker opgenomen'. [toegang gezondheidszorg] <i>Noord-hollands Dagblad</i> .
8 juli	'Ziekenhuis beperkt hulp aan zwangeren'. [MCA Alkmaar, door personeelstekort]. <i>De Volkskrant</i> .
10 juli	'Afhouden uitbreiding poli. Directeur P. Holland van ziekenhuis Rijnstate.' ['volwaardige' buitenpoli] <i>Gelders Dagblad</i> .
10 juli	'Kabinet pakt concentratie in zorgsector aan'. [marktconcurrentie, concentratie, NMa] <i>Het Financiële Dagblad</i> .
19 juli	'Fusie in zorg Drenthe bekort wachttijd'. [Zorggroep Suydevelt] <i>Reformatorisch Dagblad</i> .
24 juli	'Geen bed in AMC, dan maar naar Deventer. Ontluisterend geleur met zieken'. [toegankelijkheid zorg, doorplaatsen buiten regio] <i>Het Parool</i> .
25 juli	'Borst wil rem op de fusies in "zorgmarkt" '. [concentratie, concurrentie] <i>NRC</i> .
29 juli	'Het heil der zieken, I'. [beleid ziekenhuizen, kleinere ziekenhuizen fuseren, kapitaalvernietiging, administratieve staf, minder werkuren, personeelstekorten] Prof.dr. B. Smalhout. <i>De Telegraaf</i> .
7 september	'Meebetalen om ziekenhuis Weert te laten overleven'. [kleine ziekenhuizen, polikliniek, sluiten] <i>Dagblad De Limburger</i> .
11 september	'Samenwerking in zorg afdwingen. "Desnoods met burgerlijke ongehoorzaamheid" '. [samenwerkingsverband Transmuraal Netwerk Midden-Holland] <i>Goudse Courant</i> .
18 september	'Borst bepleit concentratie ziekenhuizen'. [Nota Positionering Algemene Ziekenhuizen, concentratie, intensive care, spoedeisende hulp, centrale/decentrale ziekenhuizen, stimulansen] <i>De Volkskrant</i> .
2 oktober	'ANWB vindt ambulance bij nader inzien te duur'. [aanrijtijd ter plaatse]. <i>De Volkskrant</i> .
3 oktober	'Ambulances slaan weer alarm'. [budgettering, fusies, planning, aanrijtijd ter plaatse, onderzoek] <i>Het Financiële Dagblad</i> .
4 oktober	'Dordt doet onderzoek naar gezondheidspark. Schweitzer-ziekenhuis breidt uit.' [concentratie high-care]. <i>Reformatorisch Dagblad</i> .
5 oktober	'Overheid blijft kosten zorg beheersen'. [budgetteringssysteem ziekenhuizen]. <i>Het Financiële Dagblad</i> .
5 oktober	'Poliklinieken krijgen veel ruimer budget'. [fusiebonus, concentratie]. <i>Het Financiële Dagblad</i> .
21 oktober	'Ver van (zieken)huis. J. Bruinsma. <i>Volkskrant</i>

BIJLAGE Ziekenhuizen anno 1999

Organisatie, locatie(s) nu en vroeger, aantal bedden

gemeente	provincie	ziekenhuis	locaties nu		bedden		
				locaties vroeger	toegelaten		
						gemiddeld	feitelijk
delfzijl	gr	delfzicht ziekenhuis	1	1	186	186	186
groningen	gr	martini ziekenhuis	2	2	942	942	773
stadskanaal	gr	prot. chr. ziekenhuis refaja	1	1	200	200	200
winschoten	gr	st .lucas ziekenhuis	1	1	240	240	240
dokkum	fr	talma sionsberg ziekenhuis	1	1	138	138	138
drachten	fr	chr. zh. nij smelinghe	1	1	339	339	339
heerenveen	fr	de tjongersschans	1	1	382	382	382
leeuwarden	fr	zorggroep noorderbreedte	3	4	962	962	962
leeuwarden	fr	bonifatius hospitaal	,	,	,	,	,
leeuwarden	fr	triotel	,	,	,	,	,
leeuwarden	fr	diaconessehuis	,	,	,	,	,
sneek	fr	antonius ziekenhuis	1	1	304	304	304
assen	dr	wilhelmina ziekenhuis	1	1	324	324	324
coevorden	dr	a kramer zh	,	,	,	,	,
emmen	dr	het scheperziekenhuis	1	1	373	373	381
hoogeveen	dr	bethesda ziekenhuis	1	1	272	272	272
meppel	dr	nh diakonesseninrichting	1	1	330	330	330
almelo	ov	twenteborg ziekenhuis	1	1	653	653	653
deventer	ov	stg. deventer ziekenhuizen	2	2	529	529	529
enschede	ov	medisch centrum twente	3	3	1070	1070	1070
hardenber	ov	streekzhs coevorden-hardber	1	2	197	197	197
hengelo	ov	st g majella zh	,	,	,	,	,
hengelo	ov	streekziekenhs midden twente	1	1	392	392	392
kampen	ov	stadsziekenhuis	,	,	,	,	,
lossen	ov	dinkel zh	,	,	,	,	,
zwolle	ov	isala klinieken	2	2	1127	1127	1127
almere	fl	flevo ziekenhuis	1	1	223	223	215
lelystad	fl	ijssemeer ziekenhuizen	2	2	413	413	384
apeldoorn	ge	ziekenhuiscentrum apeldoorn	2	2	658	658	608
arnhem	ge	rijnstate	1	3	742	742	742
arnhem	ge	diaconesehuis	,	,	,	,	,
arnhem	ge	st elizabeth gasthuis	,	,	,	,	,
arnhem	ge	gemeente zh	,	,	,	,	,
bennekom	ge	ziekenhuis de gelderse vallei	1	4	726	726	702
bennekom	ge	lok. streekziekenhuis	,	,	,	,	,
doetinchem	ge	st jozef zh	,	,	,	,	,
doetinchem	ge	slingeland ziekenhuis	1	1	448	448	448
ede	ge	lok. juliana zh	,	,	,	,	,
ermelo	ge	zh salem	,	,	,	,	,
groenlo	ge	st vincentius zh	,	,	,	,	,
groesbeek	ge	st vincentius zh	,	,	,	,	,
harderwijk	ge	st jansdal	1	3	341	341	341
nijmegen	ge	ziekenhs canisius-wilhelmina	1	1	653	653	653
tiel	ge	ziekenhuis rivierenland	1	1	373	373	373
veenendaal	ge	lok. juliana zh	,	,	,	,	,
velp	ge	ziekenhuis velp	1	1	238	238	238
wageningen	ge	lok. p pauw zh	,	,	,	,	,
winterswijk	ge	streekzhs koningin beatrix	1	1	338	338	338
zevenaar	ge	streekzhs zevenaar	1	1	203	203	203
Zutphen	ge	streekzhs het nieuwe spitaal	1	1	327	327	327

gemeente	provincie	ziekenhuis	locaties nu		bedden		
				locaties vroeger	toegelaten		
						gemiddeld	feitelijk
amersfoort	ut	ziekenland eemsland	2	2	820	820	820
bilthoven	ut	zh berg en bosch	,	,	,	,	,
bilthoven	ut	w z van emmichoven kliniek	,	,	,	,	,
ijsselstein	ut	streekzh isselwaerde	,	,	,	,	,
nieuwegein	ut	st. antonius ziekenhuis	1	1	584	584	584
soest	ut	medisch centrum molendael	2	2	162	162	162
utrecht	ut	mil hospitaal dr a mathijsen	,	,	,	,	,
utrecht	ut	kon ned gasthuis ooglijders	,	,	,	,	,
utrecht	ut	wilhelmina kinderziekenhuis	,	,	,	,	,
utrecht	ut	centraal militair hospitaal	1	1	58	58	58
utrecht	ut	diakonessehuis	1	1	378	378	378
utrecht	ut	mesos medisch centrum	2	2	529	529	529
woerden	ut	hofpoort ziekenhuis	1	1	260	260	260
zeist	ut	lorentz ziekenhuis	1	1	249	249	226
alkmaar	nh	medisch centrum alkmaar	2	2	913	913	889
amstelveen	nh	ziekenhuis amstelveen	1	1	255	255	255
amsterdam	nh	boerhave kliniek	,	,	,	,	,
amsterdam	nh	bovenij ziekenhuis	1	3	313	313	313
amsterdam	nh	luthers diaconnes zh	,	,	,	,	,
amsterdam	nh	juliana kliniek	,	,	,	,	,
amsterdam	nh	zh amsterdam-noord	,	,	,	,	,
amsterdam	nh	onze lieve vrouwe gasthuis	1	2	624	624	531
amsterdam	nh	prinsengrachtr zh	,	,	,	,	,
amsterdam	nh	sint lucas andreas ziekenhuis	2	2	669	669	640
amsterdam	nh	slotervaart ziekenhuis	1	1	408	408	408
amsterdam	nh	burger zh	,	,	,	,	,
beverwijk	nh	het rode kruis ziekenhuis	2	2	384	384	353
blaricum	nh	ziekenhuis gooi-noord	1	3	456	456	446
blaricum	nh	st jan-hoog laren	,	,	,	,	,
bussum	nh	majella zh	,	,	,	,	,
den helder	nh	geminu ziekenhuis	1	1	334	334	334
haarlem	nh	kennemer gasthuis	2	2	852	852	852
heemstede	nh	het spaarne ziekenhuis	2	2	604	604	542
hilversum	nh	ziekenhuis hilversum	1	3	489	489	489
hilversum	nh	diaconessenhuis	,	,	,	,	,
hilversum	nh	zonnestraal	,	,	,	,	,
hilversum	nh	rk ziekenverpleging	,	,	,	,	,
hoorn	nh	west-fries gasthuis	2	2	530	530	530
ijmuiden	nh	zeeweg zh	,	,	,	,	,
laren	nh	julianaoord	,	,	,	,	,
naarden	nh	diakonnessenhuus	,	,	,	,	,
overveen	nh	marinehospitaal	,	,	,	,	,
purmerend	nh	waterland ziekenhuis	1	2	331	331	331
purmerend	nh	st liduina	,	,	,	,	,
purmerend	nh	stadsziekenhuis	,	,	,	,	,
zaandam	nh	ziekenhuis de heel	1	1	459	459	459

gemeente	provincie ziekenhuis		locaties nu		bedden		
				locaties vroeger	toegelaten		
						gemiddeld	feitelijk
capelle ad ijs	zh	ijsselland	1	2	390	390	390
delft	zh	reinier de graaf groep	2	2	950	950	905
den haag	zh	zh bethlehem	,	,	,	,	,
den haag	zh	het bronovo ziekenhuis	1	1	415	415	415
den haag	zh	medisch centrum haaglanden	2	2	793	806	806
den haag	zh	r kruis zhs/juliana kinderzhs	2	2	415	415	382
den haag	zh	stg. ziekenhuis leyenburg	1	1	678	678	691
dirksland	zh	van weel-bethesda ziekenhuis	1	1	140	140	140
dordrecht	zh	albert schweitzer ziekenhuis	4	4	1085	1085	1029
gorinchem	zh	streek zh gorinchem	,	,	,	,	,
gorinchem	zh	rivas medizorg loc. beatrixzhs	1	2	323	323	323
gouda	zh	het groene hart ziekenhuis	2	2	643	643	643
leerdam	zh	linge zh	,	,	,	,	,
leiden	zh	het diaconessehuis	1	1	314	314	314
leiderdorp	zh	rijnland ziekenhuis	2	2	470	470	470
noordwijk a z	zh	sole mio	,	,	,	,	,
rotterdam	zh	rijksopleid centr verlosk	,	,	,	,	,
rotterdam	zh	sofia kinderziekenhuis	,	,	,	,	,
rotterdam	zh	zh eudokia	,	,	,	,	,
rotterdam	zh	bergweg zh	,	,	,	,	,
rotterdam	zh	havenziekenhuis	1	1	248	248	248
rotterdam	zh	ikazia ziekenhuis	1	1	359	359	359
rotterdam	zh	st. clara ziekenhuis	1	1	533	533	533
rotterdam	zh	st. franciscus gasthuis	1	1	613	613	588
rotterdam	zh	zuiderziekenhuis	1	1	392	405	405
rotterdam	zh	van dam bethesda zh	,	,	,	,	,
schiedam	zh	schieland ziekenhuis	1	1	300	300	283
spijkensisse	zh	ruwaard van putten ziekenhs	1	1	288	288	288
vlaardingen	zh	holy ziekenhuis	1	1	300	300	300
zoetermeer	zh	ziekenhuis 't lange land	1	1	220	220	190
goes	ze	stg. oosterschelde ziekenhuizen	2	2	405	405	405
hulst	ze	st liduina zh	,	,	,	,	,
middelburg	ze	gasthuis	,	,	,	,	,
oostkapelle	ze	stg rev geneeskunde zeeland	,	,	,	,	,
sluiskil	ze	elizabeth zh	,	,	,	,	,
terneuzen	ze	zhsgroep zeeuws-vlaand	2	4	421	421	421
terneuzen	ze	juliana zh	,	,	,	,	,
vliissingen	ze	ziekenhuis walcheren	1	2	369	369	369

gemeente	provincie		locaties nu		bedden		
	ziekenhuis	locaties vroeger	toegelaten				
			gemiddeld	feitelijk			
bergen op z	nb	lievensberg	1	1	367	367	367
boxmeer	nb	maasziekenhuis	1	1	214	214	214
boxtel	nb	st liduina zh	,	,	,	,	,
breda	nb	interconf ziekenhuis de baronie	2	2	502	502	502
breda	nb	st. ignatius ziekenhuis	1	1	615	615	576
den bosch	nb	bosch medicentrum	2	2	781	781	781
den bosch	nb	carolus-liduina ziekenhuis	1	2	363	363	363
eindhoven	nb	catharina ziekenhuis	1	1	693	693	661
eindhoven	nb	diakonessehuis	1	1	365	365	365
geldrop	nb	st. anna ziekenhuis	1	1	423	423	423
helmond	nb	elkerliek ziekenhuis	2	2	508	508	438
oosterhout	nb	pasteur ziekenhuis	1	2	251	251	251
oosterhout	nb	st joseph zh	,	,	,	,	,
oss	nb	st. anna ziekenhuis	1	1	276	276	276
raamsdonkvr	nb	dongemond st thesisa	,	,	,	,	,
roosendaal	nb	st. franciscus ziekenhuis	1	1	472	472	472
tilburg	nb	st. elizabeth ziekenhuis	1	1	673	673	673
tilburg	nb	tweesteden ziekenhuis	2	2	576	576	567
veghel	nb	st. joseph ziekenhuis	1	1	290	290	290
veldhoven	nb	st. joseph ziekenhuis	1	1	469	469	469
heerlen	li	atrium medisch centrum	3	3	1171	1171	1072
kerkrade	li	vroedvrouwenschool	,	,	,	,	,
roermond	li	st. laurentius ziekenhuis	1	1	429	429	429
sittard	li	maasland ziekenhuis	2	2	709	709	709
venlo	li	stg. zhuizen noord-limburg	2	3	740	740	740
weert	li	st. jans gasthuis	1	1	297	297	297

Bron: Bartels, NZi 1999.

zh = ziekenhuis; alleen ziekenhuizen vermeld die in 1999 bestonden en de oorspronkelijke fusiepartners van na 1985 (samen: 166); niet vermeld zijn de gesloten ziekenhuizen en opgeheven locaties van voor 1985

Locaties = alleen volwaardige ziekenhuislocaties, geen buitenpoli's inbegrepen; volledigheid kan hier ook niet gepretendeerd worden; het komen en gaan van ziekenhuizen in de loop der tijd zou een uitgebreide historische studie vergen.

Opgeheven ziekenhuizen

(lijst Bartels, Nzi, per 1-1-1999; alleen ziekenhuizen opgeheven na 1985 geregistreerd; sommige daarvan gefuseerd of elders voortgezet):

Amsterdam	: Luthers Diaconessen Ziekenhuis, Boerhaave kliniek, Burger Ziekenhuis, Juliana Ziekenhuis, Prinsengrachtziekenhuis, Ziekenhuis Amsterdam -Noord
Arnhem	: Diaconessenhuis, st. Elizabeth Gasthuis, Gemeenteziekenhuis
Bilthoven	: Ziekenhuis Berg en Bosch, Willem Zeylmans van Emmichoven kliniek
Blaricum	: st. Jan Hoog-Laren
Bussum	: Majella Ziekenhuis
Doetinchem	: st. Jozef Ziekenhuis
Den Haag	: Ziekenhuis Bethlehem
Groenlo	: st. Vincentius Ziekenhuis
Groesbeek	: De Papelberg
Hengelo	: st. Gerardus Majella Ziekenhuis
Hilversum	: Diaconessenhuis, Zonnestraal, r.k. Ziekenverpleging
Hulst	: st Liduina Ziekenhuis
Kampen	: Stadsziekenhuis
Kerkrade	: Vrouwenvroedschool
Laren	: Juliana-oord
Leerdam	: Linge Ziekenhuis
Losser	: Dinkelziekenhuis
Middelburg	: Het Gasthuis
Naarden	: Diaconessenhuis
Noordwijk aan Zee	: Sole Mio
Oosterhout	: st. Joseph Ziekenhuis
Overveen	: Marine Hospitaal
Oostkapelle	: stg. Rev. Geneeskunde Zeeland
Raamsdonkveer	: Dongemond st. Theresia
Rotterdam	: Ziekenhuis Eudokia, Rijksopleiding voor Verloskundigen
Utrecht	: Mil. Hospitaal dr. A. Mathijssen, Kon. Ned. Gasthuis voor Ooglijders, Wilhelmina Ziekenhuis
IJsselstein	: Streekziekenhuis IJsselwaerde

