



De Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum 27 juni 2005

Kenmerk Vij
Afdeling PO

Uw brief van
Uw kenmerk

Betreft Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur

Door de ontwikkelingen in de medische technologie, de verdere vergrijzing van de bevolking en mede daarmee samenhangende veranderingen in de pathologie alsmede sociaal culturele ontwikkelingen zal de vraag naar zorg, waaronder ziekenhuiszorg de komende 15 jaar naar verwachting aanzienlijk toenemen. Niet alleen het volume ook de samenstelling van de vraag zal de komende jaren veranderen. Tegen deze achtergrond is door het Bouwcollege een onderzoek verricht met de volgende vraagstelling:

- welke veranderingen in de vraag naar tweedelijns curatieve somatische zorg hebben zich de afgelopen jaren voltrokken en zijn voor de komende 10 - 15 jaar te verwachten?
- welke ontwikkelingen in het zorgaanbod zijn waar te nemen? Wat waren en zijn de bepalende factoren voor de veranderingen in het aanbod?
- sluiten de ontwikkelingen in vraag, aanbod en daarbij behorende bouwkundige infrastructuur voldoende bij elkaar aan?

Voor de internationale aspecten van de ontwikkeling van het aanbod is door het Julius Centrum van het UMCUtrecht in opdracht van het Bouwcollege een achtergrondstudie verricht naar de verschijningsvormen van kleine ziekenhuizen in het buitenland.

Het signaleringsrapport, waaraan de achtergrondstudie is toegevoegd, wordt u bijgaand aangeboden.

In het onderzoek van het Bouwcollege ligt de nadruk op het benodigde zorgaanbod van eerstelijnszorg tot en met de zorg van een basis algemeen ziekenhuis (basisziekenhuis). Het basisziekenhuis biedt de veel voorkomende ziekenhuiszorg alsmede spoedeisende hulp, omvattend 80-85% van de ziekenhuiszorg, aan.

De reden om dit deel van het zorgcontinuüm te beschouwen is de te verwachten forse toename van het aantal mensen met een chronische en ouderdomsgerelateerde aandoeningen. In het onderzoek Zorgpaden chronisch zieken en zorginfrastructuur (oktober 2004) vestigde het Bouwcollege de aandacht op de capaciteitsconsequenties van de te verwachten sterke stijging van het aantal mensen met een

chronische aandoening. Met name zorg op het genoemde deel van het zorgcontinuüm, van eerste lijnszorg tot en met basiszorg van algemene ziekenhuizen, zal op deze zorgvraag moeten inspelen. Het "topsegment" van het zorgcontinuüm blijft buiten beschouwing.

In de vervolgvraagtoets spreiding ziekenhuiszorg van januari 2002 werd door het Bouwcollege een begrippenkader voor de verschillende bestaande vormen van ziekenhuiszorg op het zorgcontinuüm gegeven. Sindsdien worden ook andere dan de toen gebruikelijke begrippen gebruikt, in het bijzonder focuskliniek en buurtziekenhuis. Het begrip focuskliniek komt overeen met het door het Bouwcollege in het hiervoor genoemde rapport geïntroduceerde begrip profielziekenhuis. Het is een kliniek die zich richt op een beperkt aantal patiëntengroepen of bepaalde aspecten van de ziekenhuiszorg. Een buurtziekenhuis¹ is een basisziekenhuis. In het bijgaande rapport wordt een paragraaf aan het begrippenkader voor de verschijningsvormen van ziekenhuiszorg gewijd. Ook worden gerelateerde internationale begrippen besproken.

In het onderzoek wordt het volgende geconcludeerd:

- de komende jaren is een aanzienlijke toename van de vraag te verwachten. Voor de "ziekenhuiszorg" niet zozeer een groei van het aantal uit de eerste lijn verwezen patiënten als wel een toename van de zorg per verwezen patiënt;
- deze toename zal zich in hoofdzaak in de vorm van ambulante zorgvormen voltrekken. Er is onzekerheid over de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen. De in een onderzoek van het Bouwcollege uit 2003 getrokken conclusie dat de ontwikkeling van het aantal bedden voor dag- en meerdaagse opnamen richting 2 per 1000 inwoners mogelijk is, blijft staan;
- misschien nog belangrijker dan de volumeontwikkeling is de te verwachten verschuiving in de samenstelling van de vraag. Met name een toename van het aandeel patiënten met chronische en langdurige aandoeningen alsmede electieve patiënten met ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen wordt verwacht;
- de huidige differentiatie aan verschijningsvormen voor ziekenhuiszorg tussen het algemeen ziekenhuis en de eerste lijn is in hoofdzaak het gevolg van aanbodfactoren. Onder invloed van marktelementen zal deze differentiatie verder toenemen, met name in de vorm van "klinieken" die zich op bepaalde deelmarkten richten: profielziekenhuizen oftewel focusklinieken;
- een organisatie van de zorg volgens het focused factory concept bevordert de doorstroming, de benuttingsgraad van de infrastructuur, de efficiency en de klantgerichtheid. Focused factories kunnen gerealiseerd worden binnen de muren van een algemeen ziekenhuis en in zelfstandige klinieken. In laatstgenoemde situatie wordt gesproken van profielziekenhuizen of focusklinieken. De ontwikkeling van gespecialiseerde klinieken volgens dit concept lijkt thans relevant voor slechts een betrekkelijk klein deel van het zorgvolume (ruwweg het B segment van de DBC's) alsmede voor tweedelijnsdiagnostiek;
- ook een deel van de zorg voor chronisch zieken leent zich voor een organisatie in een focused factory. Gelet op de voor mensen met een chronische aandoening kenmerkende co-morbiditeit, is het noodzakelijk dat zij functioneren in een groter organisatorisch geheel;

¹ prof. Blijham, voorzitter rvb UMCUtrecht, in NRCHandelsblad 10 maart 2005

- verwacht mag worden dat de ontwikkeling van focused factories en marktelementen zullen zorgdragen voor evenwicht tussen vraag en aanbod of een overcapaciteit voor de electieve hoogvolume zorg, waaronder de ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen. Voor de chronische aandoeningen is een tendens naar evenwicht tussen vraag en aanbod minder vanzelfsprekend;
- het aantal mensen met een chronische aandoening zal de komende jaren fors toenemen. Het op genezing gerichte medische/ziekenhuismodel is niet toegesneden op de langdurige zorg en begeleiding van deze mensen. De ontwikkeling van nieuw zorgaanbod dat gekenmerkt wordt door een integratie van eerste- en tweede lijnsgezondheidszorg en aanpalende welzijnszorg is noodzakelijk;
- het is gewenst dit nieuwe zorgaanbod voor mensen met chronische aandoeningen zoveel mogelijk te realiseren in goed bereikbare kleinschalige voorzieningen buiten de hoofdlocatie van het ziekenhuis. Het betreft een zorgaanbod voor (in hoofdzaak) thuiswonende mensen met chronisch aandoeningen als chronisch hartfalen, COP en diabetes. Voor een chronische ziekte als CVA komt een deel van de patiënten na de acute ziekenhuisfase, al dan niet tijdelijk, in een verpleeghuis. Het is gewenst dat ook deze verpleeghuisfunctie goed gespreid is;
- ook in de toekomst blijft een all-round basisziekenhuis waar zo'n 80 tot 85% van de vraag, voor zowel acute/urgente, complexe chronische en electieve zorg, beantwoord kan worden de spil/ ruggengraat op het zorgcontinuüm voor medisch specialistische ziekenhuiszorg. Voor de meer rurale delen van ons land is het de hoofdvorm;
- profielziekenhuizen/ focusklinieken liggen over het algemeen meer voor de hand in de meer verstedelijkte gebieden dan in de meer rurale, omdat daar voldoende inwoners binnen korte afstand wonen om het benodigde volume te kunnen genereren. Dit neemt niet weg dat in de wat centraler in ons land gelegen rurale gebieden een focuskliniek haalbaar kan zijn. Voor een basisziekenhuis in een meer ruraal gebied zijn er wel mogelijkheden om een afdeling volgens het focused factory concept op te zetten om zo het bedrijfseconomisch draagvlak te verbreden;
- profielziekenhuizen in de vorm van step down en step up voorzieningen tussen de eerste en tweede lijn zoals die bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland voorkomen zijn, gelet op de gerapporteerde matige kwaliteit van de zorg in deze ziekenhuizen en onze eerste lijnszorg en verpleeghuiszorg, voor de Nederlandse context niet relevant.

De overheid treedt meer en meer terug en draagt verantwoordelijkheden over aan veldpartijen waarbij marktwerking wordt geïntroduceerd. Het is aan deze partijen om toekomstgericht de match tussen vraag en aanbod succesvol te realiseren en aan de overheid om de toegankelijkheid te borgen. Hiervoor is het van belang dat op alle fronten de (financiële) incentives juist gericht zijn.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

de voorzitter,

mr. T. Vroon

drs. R.L.J.M. Scheerder



**College bouw
ziekenhuisvoorzieningen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I www.bouwcollege.nl

CURATIEVE BASISZORG: VRAAG, AANBOD EN INFRASTRUCTUUR

Signaleringsrapport

Uitgebracht

aan de Minister van Volksgezond, Welzijn en Sport

Vastgesteld

door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 27 juni 2005

Rapportnummer

ISBN

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting en conclusies	3
1 Inleiding en vraagstelling	11
2 Vraagontwikkeling in de afgelopen jaren	13
2.1 verwijzingen door huisartsen naar een medisch specialist	13
2.2 polikliniekbezoeken en contacten met een specialist	14
2.3 patiënten met een dag- of meerdaagse opname en de verpleegduur	17
2.4 nadere analyse	19
2.5 samenvatting en beschouwing	20
3 Verwachte toekomstige ontwikkeling van de vraag	22
3.1 verandering in de morbiditeitspatronen	22
3.2 typologie patiëntenstromen	23
3.3 verwachte ontwikkeling zorgvolume en zorgvormen	23
4. Ontwikkeling aan de aanbodzijde	27
4.1 begrippenkader voor de verschijningsvormen van ziekenhuiszorg	28
4.2 gerelateerde internationale begrippen	29
4.3 kleine ziekenhuizen in het buitenland	29
4.4 focused factory	30
4.5 factoren die bepalend zijn geweest voor de huidige structuur van het aanbod	31
4.6 ontwikkelingen	31
4.7 samenvatting en beschouwing	32
5 Consequenties ontwikkeling vraag en aanbod	34

Bijlagen

- I. welke diagnoses en verrichtingen verklaren het grootste deel van het volume aan dagopnamen?
- II. waar komt de toename van het aantal dagopnamen vandaan?
- III. welke diagnoses verklaren het grootste deel van het volume aan dagopnamen?
- IV. referenties

Achtergrondstudie van het Julius Centrum UMC Utrecht: *Kleine ziekenhuizen in het buitenland en hun gerichtheid op specifieke taken en doelgroepen*, juni 2005

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

SAMENVATTING

Inleiding

Door de ontwikkelingen in de medische technologie, de verdere vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende veranderingen in de pathologie alsmede door diverse sociaal culturele ontwikkelingen zal de vraag naar zorg, waaronder ziekenhuiszorg de komende 15 jaar naar verwachting aanzienlijk toenemen. Niet alleen het volume ook de samenstelling van de vraag zal de komende jaren veranderen.

Tegen deze achtergrond is door het Bouwcollege een onderzoek verricht met de volgende vraagstelling:

- welke veranderingen in de vraag naar tweedelijns curatieve somatische zorg hebben zich de afgelopen jaren voltrokken en zijn voor de komende 10 - 15 jaar te verwachten?
- welke ontwikkelingen in het zorgaanbod zijn waar te nemen? Wat waren en zijn de bepalende factoren voor de veranderingen in het aanbod?
- sluiten de ontwikkelingen in vraag enerzijds en aanbod en bouwkundige infrastructuur anderzijds voldoende bij elkaar aan?

Reikwijdte en kader bij de beantwoording van de vraag

De verschillende verschijningsvormen voor ziekenhuiszorg (specialistische curatieve zorg) kunnen op een continuüm beschreven worden. Het loopt van aanbodvormen op het grensvlak tussen eerste en tweede lijnszorg (transmurale zorg) via het algemeen basisziekenhuis tot en met het academisch ziekenhuis.

In dit onderzoek ligt de nadruk op aanbodvormen vanaf eerste lijnszorg tot en met het basis algemeen ziekenhuis (basisziekenhuis). Het basisziekenhuis biedt de veel voorkomende ziekenhuiszorg alsmede spoedeisende hulp, omvattend 80-85% van de ziekenhuiszorg, aan.

De reden om dit deel van het zorgcontinuüm te beschouwen is dat de komende jaren een forse toename van het aantal mensen met een chronische en ouderdomsgerelateerde aandoeningen te verwachten is. In het onderzoek Zorgpaden chronisch zieken en zorginfrastructuur (oktober 2004) vestigde het Bouwcollege de aandacht op de capaciteitsconsequenties van de te verwachten sterke stijging van het aantal mensen met een chronische aandoening. Met name zorg op het genoemde deel van het zorgcontinuüm, van eerste lijnszorg tot en met basiszorg van algemene ziekenhuizen, zal op deze zorgvraag moeten inspelen.

De functieuitoefening van basisziekenhuizen staat al geruime tijd onder druk. Zo is het voor de kleinere ziekenhuizen moeilijk om aan de beschikbaarheids- en bereikbaarheidseisen voor de acute functies te voldoen. Het sluiten van acute functies heeft verregaande consequenties voor het functioneren van het ziekenhuis als geheel. Bij de druk op de basisziekenhuizen speelt daarnaast ook een rol de ontwikkeling van de topziekenhuizen. Het aantal topziekenhuizen neemt toe. De kwalificatie als topziekenhuis maakt het ziekenhuis aantrekkelijk bij het werven van personeel en patiënten. De basisziekenhuizen worden hierdoor als het ware weggedrukt op de patiënten - en arbeidsmarkt.

In de uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg 1^e tranche (januari 2002) concludeerde het Bouwcollege dat, uitgaande van de huidige plannen, de spreiding van ziekenhuiszorg de komende jaren niet in gevaar is. De spreiding zal wel onder druk komen te staan bij het sluiten van (acute functies) van basisziekenhuizen in de meer rurale delen van ons land.

De ontwikkelingen in het "topsegment" zelf en de spreiding van acute ziekenhuiszorg blijven in dit rapport buiten beschouwing.

De introductie van marktelementen in de zorg zal (mogelijk grote) gevolgen hebben voor ontwikkelingen aan zowel de aanbodzijde als de vraagzijde. De binnen het kader van de vraagstelling voor dit onderzoek relevante aspecten worden beschouwd. Een analyse in extenso van de gevolgen van marktwerking valt buiten het kader van dit onderzoek.

Plaats in het werkprogramma

Het onderzoek vindt plaats binnen het kader van het jaarthema Innovatie en bouw van het werkprogramma 2005 en sluit aan bij diverse eerdere rapporten van het Bouwcollege.

In dit onderzoek ligt voor de vraagkant de nadruk op instroom in tweede lijnszorg. De hele keten wordt beschouwd, dus ook de samenhang met de eerste lijnszorg. Hierbij worden gegevens uit een grote verscheidenheid aan gegevensbronnen in onderlinge samenhang geanalyseerd.

Vraagontwikkeling in de afgelopen jaren

Het aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 inwoners van huisartsen naar medisch specialisten is de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven. Dit is gelet op onder meer de vergrijzing van de bevolking opmerkelijk. Ook het aantal huisartscontacten per 1.000 inwoners is de afgelopen jaren niet toegenomen, maar zelfs licht gedaald.

Mensen maken blijkbaar selectiever gebruik van de huisartsenzorg. Huisartsen doen meer zelf en kunnen zich meer laten leiden door onderbouwde richtlijnen voor de medische besluitvorming. Tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen is het aannemelijk dat de verwezen patiënten wel "zwaarder" zijn.

Het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB' en), het totaal aantal polibezoeken en het aantal bezoeken aan de SEH afdeling per 1000 inwoners is de afgelopen jaren slechts licht gestegen.

De ontwikkeling van het aantal EPB' en spoort met de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen door huisartsen.

De cijfers bevestigen hiermee niet dat het aantal zelfverwijzers sterk is toegenomen.

Het aantal dagopnamen per 1000 inwoners en per 1000 nieuwe verwijzingen blijft explosief stijgen. De afgelopen 10 jaar nam het aantal dagopnamen per 1000 inwoners met gemiddeld ruim 10% per jaar toe naar 1,2 miljoen in 2003.

Slechts 2 diagnoses (op 3 cijferig coderingsniveau van de ICD9) verklaren 22 % van de groei van het aantal dagopnamen tussen 1994 en 2003: cataract en een "rest"code voor verschillende soorten nazorg. Dit geringe aantal diagnoses moet vergeleken worden met de circa 890 diagnosecodes van de in 2003 gerealiseerde dagopnamen.

De volgende factoren hebben bijgedragen aan de forse groei van het aantal dagopnamen:

- substitutie van zorg met een meerdaagse opname door zorg met een dagopname;
- zogenaamde omgekeerde substitutie;
- een "autonome" toename van verrichtingen die in dagverpleging worden uitgevoerd.

Er zijn signalen dat activiteiten die voorheen als polikliniekbezoek of poliklinische verrichting werden geboekt, nu - om financiële redenen - als dagopname worden geregistreerd: omgekeerde substitutie.

Voor de poliklinische verrichtingen is de reden dat substitutie van klinisch door poliklinisch uitvoeren voor het ziekenhuis financieel onaantrekkelijk is. De grens tussen poliklinisch en dagopname is echter

vaag. Een analyse van gegevens uit de LMR geeft aanwijzingen dat deze omgekeerde substitutie heeft plaatsgevonden.

Na een periode van daling, neemt het aantal meerdaagse opnamen per 1000 inwoners in 2002 en 2003 toe. Ook dit is opmerkelijk en wordt in het licht van substitutie naar behandeling met een dagopname niet verwacht. Ten dele zal sprake zijn van een inhaalvraag voor de aandoeningen waarvoor wachtlijsten zijn en die behoren tot het B- segment van de DBC's.

In 2003 verklaren 20 diagnoses op 3 cijferig coderingsniveau van de ICD9 30 % van de meerdaagse opnamen. Deze 30 % bestaat voor éénderde uit acute en chronische hartziekten. De meerdaagse opnamen in 2003 betroffen in totaal circa 950 diagnoses.

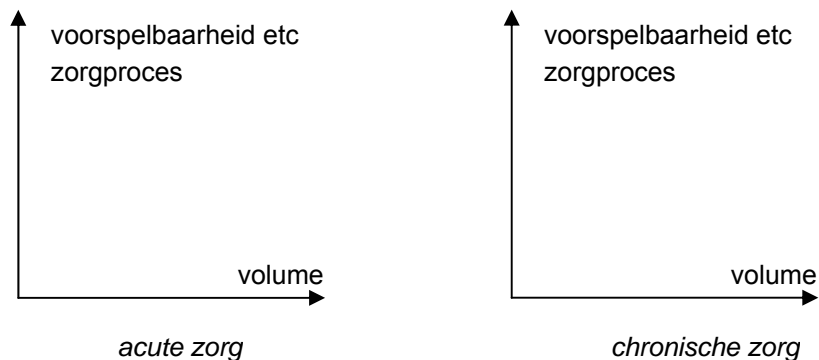
De toename van het aantal dag- en meerdaagse opnamen is ondersteund door de invoering in 2001 van volledige nacalculatie van de gerealiseerde productie ("boter bij de vis").

Het aantal bezette bedden voor meerdaagse opnamen per 1000 inwoners blijft door de voortgaande daling van de verpleegduur afnemen.

Verwachte vraagontwikkeling in de komende jaren

Typologie patiëntenstromen /zorgvraag

De zorgvraag kan worden ingedeeld in de hoofdstromen acuut/ urgent, electief en chronisch. De grenzen van de stromen zijn niet scherp. Voor het matchen van vraag en aanbod is het nodig deze drie hoofdstromen nader onder te verdelen langs de dimensies: het volume enerzijds en de mate waarin het zorgproces voorspelbaarheid en evidence based is anderzijds. De hoogvolume zorg met een voorspelbaar en evidence based zorgproces leent zich voor deconcentratie en een organisatie als focused factory; de zorg op het andere uiterste van de diagonaal is de toprefertiezorg die voornamelijk in academische ziekenhuizen geboden wordt.



en *electieve zorg* idem

Verandering samenstelling vraag

Door leefstijlfactoren en de voortgaande vergrijzing van de bevolking zal de prevalentie in de bevolking van de chronische aandoeningen sterk toenemen. Door de voortgaande vergrijzing nemen veel kankersoorten en ouderdomsgerelateerde slijtageaandoeningen toe. Deze trend leidt tot een, hoewel niet evenredige, verandering in de samenstelling van de zorgvraag.

Chronische zorg. In het onderzoek Zorgpaden chronisch zieken (oktober 2004) vestigde het Bouwcollege de aandacht op de capaciteitsconsequenties van de voor de komende jaren te verwachten sterke stijging van het aantal mensen met een chronische aandoening bij verder ongewijzigde omstandigheden (de prevalentie van COPD en CHF neemt tussen 2000 en 2020 op basis van alleen de demografische ontwikkeling met bijvoorbeeld ca. 40% toe). Patiënten met een chronische aandoeningen kunnen stabiel zijn (voorspelbaar zorgproces) of instabiel en/of met veel bijkomende aandoeningen; Voor veel kankersoorten neemt de prevalentie in genoemde periode met vaak rond de 50% toe. De *acute zorg* omvat een grote verscheidenheid aan aandoeningen met een evenzo wisselende trendmatige verandering in prevalentie. Daarnaast zijn er aandoeningen met een acute en een chronische fase. Sommige ongevalletsels hebben een voorspelbaar zorgproces, andere een onvoorspelbaar.

De, nog verder toenemende, hoogvolume *electieve zorg* voor de ouderdomsgerelateerde aandoeningen zoals osteo artrose en staar hebben een zorgproces dat in hoge mate voorspelbaar en *evidence based* is.

Volume en zorgvorm.

De volgende veranderingen zijn te verwachten:

- een matige groei van aantal polibezoeken;
- een eveneens voortgaande sterke groei van poliklinisch of met dagverpleging uitgevoerde verrichtingen zowel therapeutisch als diagnostisch;
- onzekerheid over de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen;
- een voortgaande daling van de verpleegduur;

In het onderzoek van het Bouwcollege Ontwikkelingen bedgebruik ziekenhuizen (2003) werd op basis van het doorrekenen van scenario's voor de mogelijke ontwikkelingen van het aantal (dag)opnamen etc. en een onderzoek naar de mogelijkheden voor verkorting van de verpleegduur geconcludeerd dat een ontwikkeling van het aantal ziekenhuisbedden (voor zowel dagopnamen als meerdaagse opnamen richting 2 bedden per 1000 inwoners (conform de beleidsvisie van de Minister) mogelijk is. Deze conclusie blijft na een evaluatie in dit onderzoek staan.

Ontwikkelingen in het aanbod

In de vervolg uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg van januari 2002 werd door het Bouwcollege een begrippenkader voor de verschillende bestaande vormen van ziekenhuiszorg op het zorgcontinuüm gegeven. Sindsdien worden ook andere dan de toen gebruikelijke begrippen gebruikt. In dit rapport wordt daarom in hoofdstuk 4 het begrippenkader voor de verschijningsvormen van ziekenhuiszorg in Nederland besproken. Ook worden de gerelateerde internationale begrippen beschouwd.

De huidige differentiatie in verschijningsvormen van ziekenhuiszorg tussen het algemeen basisziekenhuis en de eerste lijnszorg (profielziekenhuis, dagziekenhuis, buitenpoli) is in hoofdzaak het gevolg van een concentratiebeweging sinds het midden van de jaren zeventig. Hieraan liggen voornamelijk aanbodfactoren ten grondslag (beleid van de overheid en van zorgaanbieders). Het algemeen basisziekenhuis is in Nederland een ziekenhuis met een all-round specialismenpakket, de zogenaamde basisspecialismen. Het werd door de minister in 2002 het ijkpunt genoemd van de ziekenhuiszorg. Uit een door het Julius Centrum in opdracht van het Bouwcollege voor dit onderzoek uitgevoerde achtergrondstudie naar verschijningsvormen van kleine ziekenhuizen in het buitenland, blijkt dat Nederland het enige land lijkt te zijn waar alle basisziekenhuizen alle ("Nederlandse")

basisspecialismen hebben. Niet alle basisziekenhuizen hebben bijvoorbeeld de functie verloskunde. Een versmalling van het functiepakket van het basisziekenhuis in deze richting is in de Nederlandse context niet opportuun. Bij de spreiding van ziekenhuiszorg in de dunner bevolkte delen van ons land gaat het immers juist om het openhouden van acute functies als verloskunde.

Profielziekenhuizen zijn voorzieningen die zich profileren op bepaalde patiëntengroepen of bepaalde aspecten van ziekenhuiszorg. Voor dit type ziekenhuizen wordt ook wel de term focuskliniek gebruikt. Categoriele ziekenhuizen, ZBC's en neven-locaties van algemene ziekenhuizen die worden omgevormd tot focused factories vallen binnen dit begrip.

Lange tijd was de beleidsvisie van de overheid dat categoriele ziekenhuizen ongewenst zijn en geïntegreerd moeten worden in algemene ziekenhuizen. Het toelaten van ZBC's impliceerde een omslag in het beleid en een revival van gespecialiseerde voorzieningen. Deze opleving is een internationaal verschijnsel. Deze gespecialiseerde voorzieningen richten zich op een deel van de markt: de hoogvolume electieve zorg met een zorgproces dat in hoge mate voorspelbaar en *evidence based* is. Door de introductie van meer marktelementen zullen gespecialiseerde voorzieningen in aantal en verscheidenheid toenemen.

In verschillende landen is een beweging, ook in het overheidsbeleid, tegen de concentratie van ziekenhuisvoorzieningen ontstaan. Het streven is de tweedelijnszorg zoveel mogelijk lokaal en in samenhang met de eerste lijnszorg te organiseren. Taakdelegatie en informatietechnologie bieden hier mogelijkheden voor. In genoemde achtergrondstudie naar kleine ziekenhuizen in het buitenland wordt geconstateerd dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn eerder een gevolg dan een oorzaak van de revival van kleine ziekenhuizen is.

Confrontatie vraag en aanbod

Chronisch zieken

In het onderzoek Zorgpaden chronisch zieken (oktober 2004) gaf het Bouwcollege aan dat een knelpunt in de huidige situatie is dat chronische patiënten met lichtere problematiek en stabiele patiënten in het ziekenhuis/ bij de medisch specialist in zorg zijn of blijven terwijl de ziekte adequaat door de eerste lijn of in transmurale programma's gemanaged zou kunnen worden. Het op genezing gerichte medische/ziekenhuismodel is niet toegesneden op de langdurige zorg en begeleiding van chronische aandoeningen.

Een groot aantal (her)opnamen is een internationaal verschijnsel (met name COPD, CHF en diabetes). Deze (her)opnamen zijn in principe vermijdbaar. In het genoemde eerdere onderzoek van het Bouwcollege wordt geconcludeerd dat het niet onmogelijk is om met op chronisch zieken toegespitste disease management programma's de consequenties van de groei van het aantal chronisch zieken voor de intramurale ziekenhuiscapaciteit op te vangen.

In deze disease management programma's nemen preventie, voorlichting en ondersteuning van de patiënt bij het zelf managen van de ziekte een belangrijke plaats in en vervullen gespecialiseerd verpleegkundigen een sleutelrol. Diverse ICT toepassingen voor zowel communicatie tussen zorgverleners als tussen patiënt en zorgverlener (tele monitoring) zijn essentieel voor deze diseasemanagement programma's.

Slechts op enkele plaatsen in Nederland functioneren regionale disease management programma's met een geprotocolleerde samenwerking 2^e en 1^e lijn. Voor een doelmatige inzet van medische menskracht is essentieel en taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen alsmede een classificatie van de

patiënten naar de mate van progressie van de aandoening en het hier vervolgens op afstemmen van het zorgpad met de daarbij behorende disciplines.

Op chronisch zieken toegespitste disease management programma's impliceren een enorme verschuiving van patiëntenstromen: van medisch specialistische ziekenhuiszorg naar een mix van preventie, eerste- en tweedelijngesondheidszorg en cure en care.

Met het oog op de bereikbaarheid, de integratie van tweede- en eerstelijngesondheidszorg en aanpalende welzijnszorg en een ontmedicalisering van de zorg is het gewenst de zorg en begeleiding te situeren in kleinschalige voorzieningen buiten de hoofdlocatie van algemene ziekenhuizen. Het betreft een zorgaanbod voor (in hoofdzaak) thuiswonende mensen met chronisch aandoeningen als chronisch hartfalen, COP en diabetes. Voor een chronische ziekte als CVA komt een deel van de patiënten na de acute ziekenhuisfase, al dan niet tijdelijk, in een verpleeghuis. Het is gewenst dat ook deze verpleeghuisfunctie goed gespreid is.

Hoogvolume zorg met een in hoge mate voorspelbaar zorgproces: focused factory

De organisatie volgens het focused factory concept bevordert de doorstroming, de benuttingsgraad van de infrastructuur, de efficiency en de klantgerichtheid. De ontwikkeling van focused factories voor de hoogvolumezorg sluit aan bij de capaciteitsknelpunten voor de hoogvolume electieve zorg. Een focused factory kan gerealiseerd worden binnen de muren van een algemeen ziekenhuis of als zelfstandige kliniek. Voor laatstgenoemde situatie wordt de termen profiel ziekenhuis en focuskliniek gebruikt. Thans worden focused factories in hoofdzaak uitgewerkt voor het B segment van de DBC's (ca. 10% zorg volume met meerdaagse of dagopname en waarschijnlijk een hoger % van de poliklinische zorg). Het focused factory concept is niet alleen relevant voor electieve éénmalige behandeling, maar ook voor diagnostiek en "behandeling" chronisch zieken. Kenmerkend voor chronisch zieken is echter de comorbiditeit. Daarom zouden focused factories voor chronisch zieken in een groter organisatorisch geheel moeten opereren.

Dichtbevolkte stedelijke versus dunbevolkte meer rurale gebieden

Profielziekenhuizen (focus klinieken) voor de electieve en de chronische zorg liggen over het algemeen meer voor de hand voor de verstedelijkte gebieden omdat daar voldoende inwoners binnen korte afstand wonen om het benodigde volume te kunnen genereren. Dit neemt niet weg dat in de wat centraler in ons land gelegen rurale gebieden een focuskliniek haalbaar kan zijn.

In rurale gebieden, met lage bevolkingsdichtheid, blijven "complete" basisziekenhuizen voor zowel electieve, chronische als acute zorg nodig. Om het bedrijfseconomisch draagvlak van een basisziekenhuis in een ruraal gebied te verbreden kan het zinvol zijn een afdeling die georganiseerd is volgens het focused factory concept toe te voegen.

Profielziekenhuizen in de vorm van *step down* en *step up* voorzieningen tussen de eerste en tweede lijn zoals die bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland voorkomen (*community of cottage hospital*) zijn voor de Nederlandse context niet relevant gelet op de gerapporteerde matige kwaliteit en onze eerste lijn zorg en verpleeghuiszorg.

Het te ontwikkelen nieuwe zorgaanbod op grensvlak eerste en tweedelijngesondheidszorg voor de chronisch zieken is zowel voor de verstedelijkte als de rurale gebieden relevant.

In stedelijke gebieden zijn de mogelijkheden voor een differentiatie van het zorgaanbod groot; in rurale gebieden gering. Het basisziekenhuis is de ruggengraat op het zorgcontinuüm en in rurale gebieden de hoofdvorm.

	Acute zorg	electieve zorg	chronische zorg
stedelijk	BZ; TZ; AZ	BZ; TZ; AZ; PZ/FK	BZ; TZ; AZ; NTZ; PZ/FK
ruraal	BZ	BZ ;(PZ/FK)	BZ; NTZ

BZ: basis algemeen ziekenhuis; TZ: topziekenhuis; AZ: academisch ziekenhuis; PZ/FK: profielziekenhuis/ (zelfstandige) focus kliniek; NTZ: nieuwe transmurale zorgvormen

CONCLUSIES

- De komende jaren is een aanzienlijke toename van de vraag te verwachten. Voor de "ziekenhuiszorg" niet zozeer een groei van het aantal uit de eerste lijn verwezen patiënten als wel een toename van de zorg per verwezen patiënt;
- deze toename zal zich in hoofdzaak in de vorm van ambulante zorgvormen voltrekken. Er is onzekerheid over de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen. De in een onderzoek van het Bouwcollege uit 2003 getrokken conclusie dat de ontwikkeling van het aantal bedden voor dag- en meerdaagse opnamen richting 2 per 1000 inwoners mogelijk is, blijft staan;
- misschien nog belangrijker dan de volumeontwikkeling is de te verwachten verschuiving in de samenstelling van de vraag. Met name een toename van het aandeel patiënten met chronische en langdurige aandoeningen alsmede electieve patiënten met ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen wordt verwacht;
- de huidige differentiatie aan verschijningsvormen voor ziekenhuiszorg tussen het algemeen ziekenhuis en de eerste lijn is in hoofdzaak het gevolg van aanbodfactoren. Onder invloed van marktelementen zal deze differentiatie verder toenemen, met name in de vorm van "klinieken" die zich op bepaalde deelmarkten richten: profielziekenhuizen oftewel focusklinieken;
- een organisatie van de zorg volgens het focused factory concept bevordert de doorstroming, de benuttingsgraad van de infrastructuur, de efficiency en de klantgerichtheid. Focused factories kunnen gerealiseerd worden binnen de muren van een algemeen ziekenhuis en in zelfstandige klinieken. In laatstgenoemde situatie wordt gesproken van profielziekenhuizen of focusklinieken. De ontwikkeling van gespecialiseerde klinieken volgens dit concept lijkt thans relevant voor slechts een betrekkelijk klein deel van het zorgvolume (ruwweg het B segment van de DBC's) alsmede voor tweedelijnsdiagnostiek;
- ook een deel van de zorg voor chronisch zieken leent zich voor een organisatie in een focused factory. Gelet op de voor mensen met een chronische aandoening kenmerkende co-morbiditeit, is het noodzakelijk dat zij functioneren in een groter organisatorisch geheel;
- verwacht mag worden dat de ontwikkeling van focused factories en marktelementen zullen zorgdragen voor evenwicht tussen vraag en aanbod of een overcapaciteit voor de electieve hoogvolume zorg, waaronder de ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen. Voor de chronische aandoeningen is een tendens naar evenwicht tussen vraag en aanbod minder vanzelfsprekend;
- het aantal mensen met een chronische aandoening zal de komende jaren fors toenemen. Het op genezing gerichte medische/ziekenhuismodel is niet toegesneden op de langdurige zorg en begeleiding van deze mensen. De ontwikkeling van nieuw zorgaanbod dat gekenmerkt wordt door een integratie van eerste- en tweede lijnsgezondheidszorg en aanpalende welzijnszorg is noodzakelijk;
- het is gewenst dit nieuwe zorgaanbod voor mensen met chronische aandoeningen zoveel mogelijk te realiseren in goed bereikbare kleinschalige voorzieningen buiten de hoofdlocatie van het

ziekenhuis. Het betreft een zorgaanbod voor (in hoofdzaak) thuiswonende mensen met chronisch aandoeningen als chronisch hartfalen, COP en diabetes. Voor een chronische ziekte als CVA komt een deel van de patiënten na de acute ziekenhuisfase, al dan niet tijdelijk, in een verpleeghuis. Het is gewenst dat ook deze verpleeghuisfunctie goed gespreid is;

- ook in de toekomst blijft een all-round basisziekenhuis waar zo'n 80 tot 85% van de vraag, voor zowel acute/urgente, complexe chronische en electieve zorg, beantwoord kan worden de spil/ruggengraat op het zorgcontinuüm voor medisch specialistische ziekenhuiszorg. Voor de meer rurale delen van ons land is het de hoofdvorm;
- profielziekenhuizen/ focusklinieken liggen over het algemeen meer voor de hand in de meer verstedelijkte gebieden dan in de meer rurale, omdat daar voldoende inwoners binnen korte afstand wonen om het benodigde volume te kunnen genereren. Dit neemt niet weg dat in de wat centraler in ons land gelegen rurale gebieden een focuskliniek haalbaar kan zijn. Voor een basisziekenhuis in een meer ruraal gebied zijn er wel mogelijkheden om een afdeling volgens het focused factory concept op te zetten om zo het bedrijfseconomisch draagvlak te verbreden;
- profielziekenhuizen in de vorm van step down en step up voorzieningen tussen de eerste en tweede lijn zoals die bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland voorkomen zijn, gelet op de gerapporteerde matige kwaliteit van de zorg in deze ziekenhuizen en onze eerste lijnszorg en verpleeghuiszorg, voor de Nederlandse context niet relevant.

De overheid treedt meer en meer terug en draagt verantwoordelijkheden over aan veldpartijen waarbij marktwerking wordt geïntroduceerd. Het is aan deze partijen om toekomstgericht de match tussen vraag en aanbod succesvol te realiseren en aan de overheid om de toegankelijkheid te borgen. Hiervoor is het van belang dat op alle fronten de (financiële) incentives juist gericht zijn.

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Door de ontwikkelingen in de medische technologie, de verdere vergrijzing van de bevolking en mede daarmee samenhangende veranderingen in de pathologie alsmede sociaal culturele ontwikkelingen zal de vraag naar zorg, waaronder ziekenhuiszorg de komende 15 jaar naar verwachting aanzienlijk toenemen.

Niet alleen het volume ook de samenstelling van de vraag zal de komende jaren naar verwachting aanzienlijk veranderen. Zo zal het aantal en aandeel patiënten met een chronische aandoening en met ouderdomsgerelateerde (slijtage-) aandoeningen fors stijgen.

In het onderzoek Zorgpaden chronisch zieken en zorginfrastructuur (oktober 2004) vestigde het Bouwcollege de aandacht op de capaciteitsconsequenties van de verwachte sterke stijging van het mensen met een chronische ziekte. Aangegeven werd dat het op genezing gerichte medische/ziekenhuismodel niet toegesneden is op de chronisch zieken. Daarnaast werd in het tweede deel van het Onderzoek bedgebruik ziekenhuizen (mei 2003) van het Bouwcollege aangetoond dat een verdere en aanzienlijke verkorting verpleegduur mogelijk is. Ook zal een verdere verschuiving van zorg met een meerdaagse opnameperiode naar dagopnamen zich naar verwachting voortzetten. Mogelijk zal het nieuwe zorgstelsel incentives bevatten voor het op grote schaal invoeren van verschillende vormen van e-health.

Tegen deze achtergrond is de vraagstelling voor het onderzoek:

- Welke veranderingen in de vraag naar tweede lijn curatieve somatische zorg zijn te verwachten?
- Welke ontwikkelingen in het zorgaanbod zijn waar te nemen, wat zijn de bepalende factoren?
- Sluiten de (ontwikkelingen in) vraag enerzijds en aanbod en bouwkundige infrastructuur anderzijds voldoende bij elkaar aan?

Het onderzoek ligt in het verlengde van eerdere rapporten van het Bouwcollege¹:

- vervolg uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg, in het bijzonder deel 1 (rapportnr. 520, 14 januari 2002);
- signaleringsrapport Ontwikkelingen bedgebruik ziekenhuizen (deel1, rapportnr. 545, 13 januari 2003; deel 2, rapportnr. 552, 26 mei 2003);
- signaleringsrapport Zorgpaden en zorginfrastructuur met als onderdelen: Zorgpaden en strategische besluitvorming vastgoed en Zorgpaden chronisch zieken en zorginfrastructuur (rapportnr.573, 11 oktober 2004);
- verslag studiereis in Australië (opgenomen in de achtergrondstudie For profitziekenhuizen in het buitenland (rapportnr. 569, 5 juli 2004).

In het onderzoek Ontwikkeling bedgebruik ziekenhuizen werden in het eerste deel scenario's voor de mogelijke ontwikkeling van de vraag naar ziekenhuiszorg uitgewerkt. De poliklinische zorg bleef buiten beschouwing. In het tweede deel van het onderzoek is het aspect verpleegduur (de doorstroming in het ziekenhuis en in de gehele keten) nader uitgewerkt.

In het onderhavige onderzoek wordt het aspect instroom inclusief de polikliniek nader uitgewerkt.



Het onderzoek vindt plaats binnen het kader van het Jaartheme innovatie en bouw van het Werkprogramma 2005 van het Bouwcollege. Hierin is het onderwerp vormgeving ZBC's opgenomen. De door de minister voorgenomen verdere liberalisering van de electieve zorg, met name het voornemen om met de invoering van de WTZi het voor ZBC's mogelijk te maken ook klinische DBC's uit het B segment te leveren, heeft tot gevolg dat het onderscheid tussen profielziekenhuizen en ZBC's vervaagt.

2. VRAAGONTWIKKELING IN DE AFGELOPEN JAREN

In dit hoofdstuk wordt eerst de feitelijke ontwikkeling beschreven van achtereenvolgens het aantal verwijzingen door huisartsen, het aantal polikliniekbezoeken, dagopnamen, meerdaagse opnamen en verpleegduur. Hierna wordt een beschouwing over de ontwikkelingen gegeven en worden eerste conclusies getrokken.

2.1 Verwijzingen door huisartsen naar een medisch specialist

Uit de gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen² blijkt dat in de periode 1997-2003 het totaal aantal nieuwe verwijzingen naar een specialist per 1000 ingeschreven patiënten nagenoeg gelijk is gebleven (zie figuur 2). Deze ontwikkeling is in het licht van vergrijzing van de bevolking opmerkelijk. In de nieuwe verwijzingen zijn niet begrepen de (administratieve) herhaalkaarten en achteraf verwijskaarten voor ziekenfondsverzekerden.

Het aantal nieuwe verwijzingen van ziekenfondsverzekerden is licht gedaald en van particulier verzekerden licht gestegen.

Bij ziekenfondsverzekerden is bij alle leeftijdsgroepen sprake van een daling per 1000 patiënten; zij is het sterkst bij kinderen en zeer gering bij mensen van 75 jaar en ouder. Bij particulier verzekerden is de stijging het sterkst bij de mensen van 75 jaar en ouder.

Deze ontwikkeling lijkt te kunnen worden toegeschreven aan de trend dat huisartsen meer zelf doen en zich meer kunnen laten leiden door onderbouwde richtlijnen (algoritmen) voor de medische besluitvorming.

Aangezien oudere patiënten over het algemeen complexere zorgvragen hebben is het aannemelijk dat de "zwaarte" van de verwezen patiënten wel toegenomen zijn.

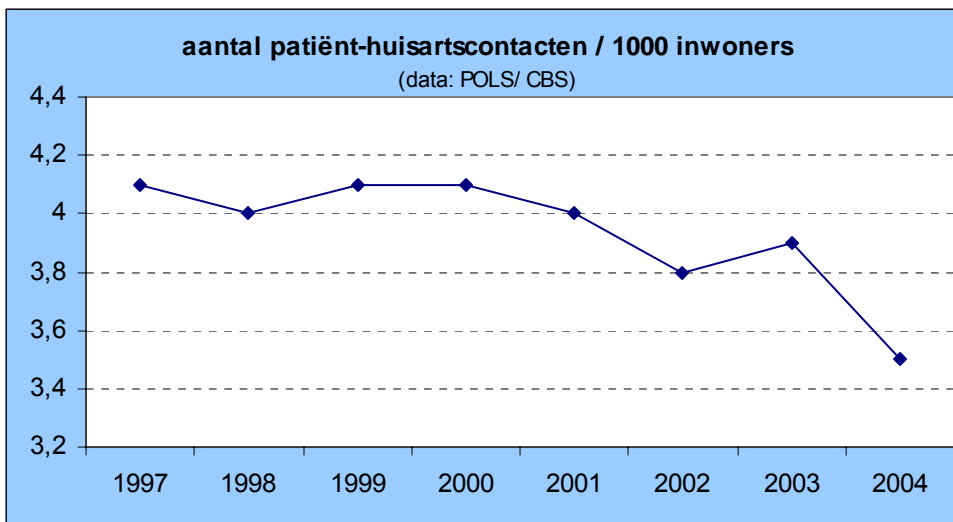
Hoe verhoudt deze uitstroom uit de huisartsenpraktijk zich tot de instroom in de huisartsenpraktijk?

Het aantal contacten met een huisarts per inwoner per jaar is in de periode 1993- 2004 licht gedaald, zo blijkt uit de resultaten van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS³ (zie figuur 1). Onder contact vallen bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten.

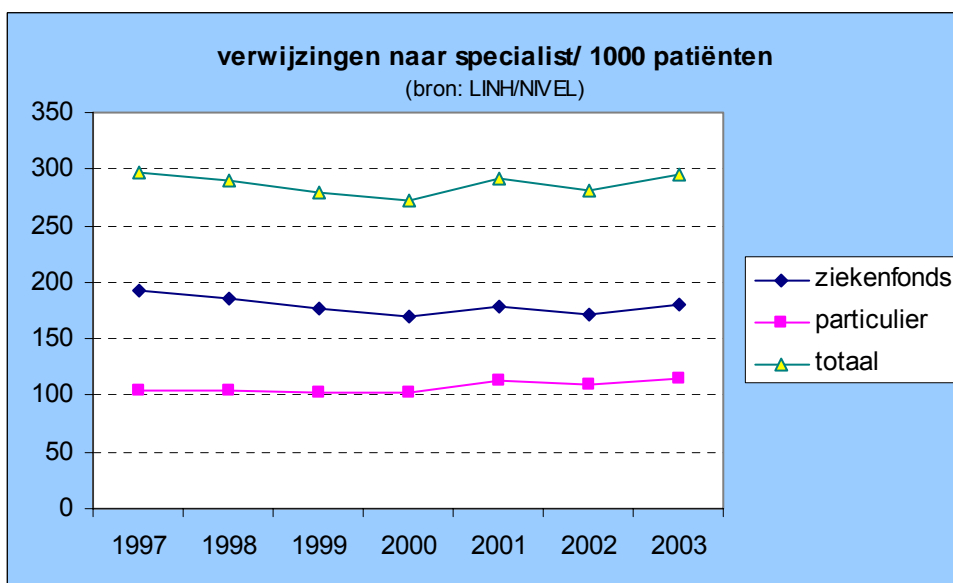
In de LINH wordt een ruimere definitie van contact gehanteerd waarvoor de naam dossiercontact wordt gebruikt. "Contact" is hierbij meer dan consulten en visites en een telefonisch contact; het betreft ook het geven van een herhaalrecept of het uitvoeren van een (andere) administratieve handeling van de huisarts of een praktijkassistent zijn. Het aantal dossiercontacten is in de periode 1997 tot en met 2003 licht gestegen.

Deze ontwikkeling wijst erop dat mensen selectiever gebruik van de huisartsen zorg maken. Gegevens uit zowel de POLS als de LINH bevestigen dit; het blijkt ondermeer dat mensen vaker zelfzorg toepassen.

figuur 1



figuur 2



2.2 Polikliniekbezoeken en contacten met een specialist

Polikliniekbezoeken

Vanaf 1997 zijn gegevens over polikliniekbezoeken beschikbaar uit de LAZR (Prismant). Voor het onderhavige onderzoek zijn de ontwikkelingen van het aantal polibezoeken in de afgelopen jaren, dat is de periode 1997- 2003 (het laatste jaar waarover ten tijde van het onderzoek gegevens beschikbaar zijn) geanalyseerd.

Omdat het aantal deelnemende ziekenhuizen in de loop van de tijd wijzigt en ook de deelname per item wisselt, is door Prismant in een opdracht van het Bouwcollege, het aantal eerste polibezoeken (EPB'en), totaal aantal polibezoeken en SEH bezoeken van een ziekenhuis gerelateerd aan de poliklinische adherente bevolking van de voor het item deelnemende ziekenhuizen.

In 1999 is de definitie van het eerste polibezoek gewijzigd. Deze definitiewijziging heeft consequenties voor het aantal EPB'en (een forse stijging) en het aantal herhaalbezoeken per EPB maar niet voor het totaal aantal bezoeken.

Het blijkt dat in de afgelopen jaren de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal eerste polibezoeken en het totaal aantal polibezoeken per 1000 inwoners 0,6 respectievelijk 0,3% was. Dit zou betekenen dat het aantal herhaalbezoeken per EPB is afgenomen wat uiterst onwaarschijnlijk is.

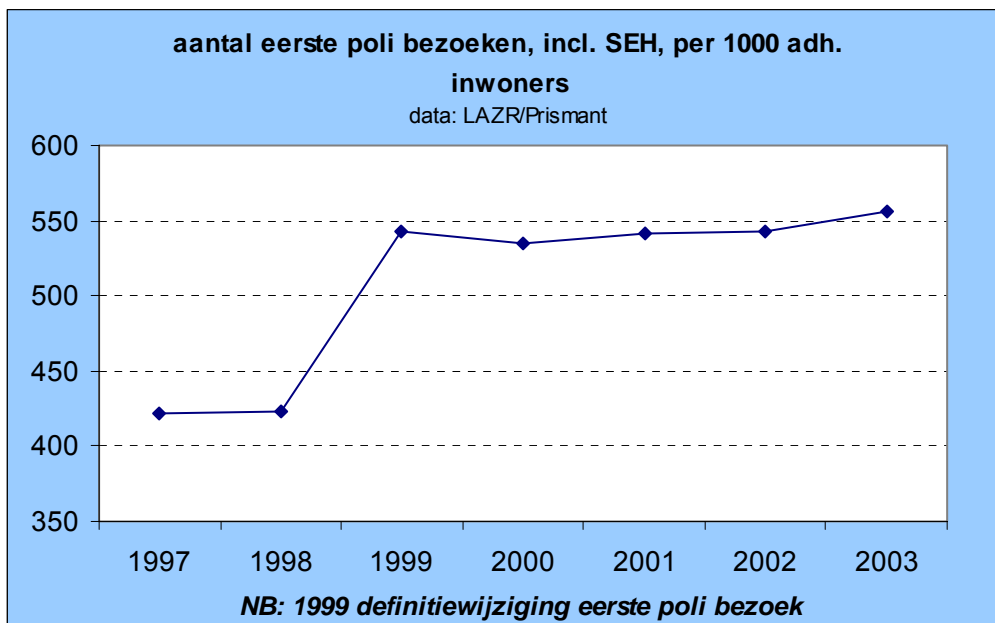
Hierna, in paragraaf 2.5, wordt hier nader op ingegaan: in de dagopnamen zitten ook herhaalbezoeken verscholen.

Parallel aan de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen is het aantal eerste polibezoeken voor kinderen per 1000 kinderen in de bevolking gedaald.

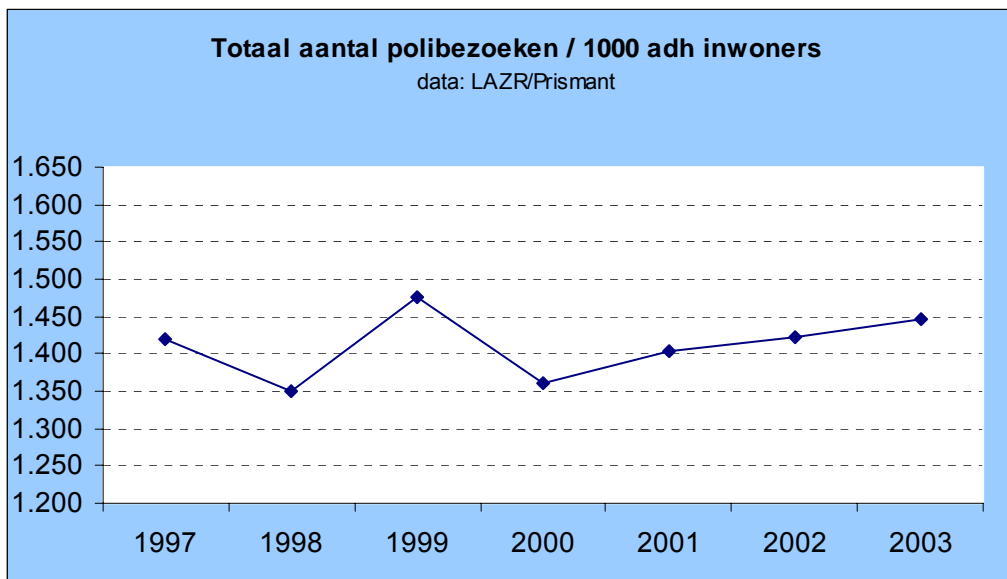
De gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal bezoeken op de afdeling SEH per 1000 inwoners in de periode 1999 -2003 was 0,6% (het aantal ziekenhuizen dat 1997 en '98 het betreffende gegeven vastlegde was klein en mogelijk niet representatief voor alle).

De figuren 3, 4 en 5 laten één en ander zien.

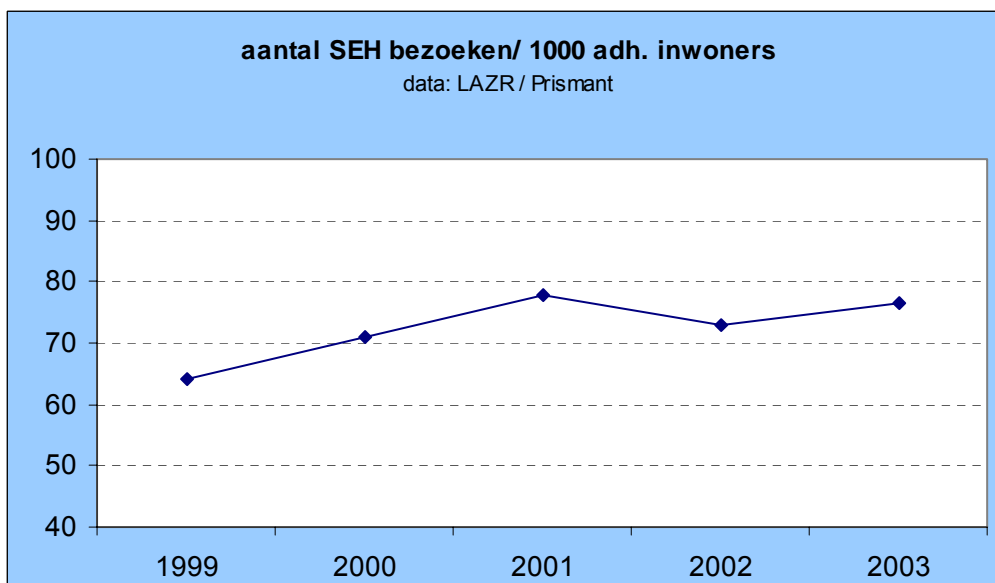
figuur 3



figuur 4



figuur 5



Contacten met een specialist

De gegevens uit de hiervoor besproken polikliniekregistratie worden bevestigd door resultaten van het eerder genoemde Permanent Onderzoek Leefsituatie van het CBS: hier uit blijkt dat het aantal contacten met een specialist per jaar per inwoner is de afgelopen 10 jaar ongeveer constant is gebleven. Onder contact met een specialist vallen alle bezoeken aan een specialist; poliklinische behandelingen en de SEH zijn inbegrepen; specialistische hulp tijdens een opname is uitgesloten.

Samenvattend: het aantal geregistreerde polibezoeken en SEH bezoeken per 1000 inwoners is de afgelopen jaren licht gestegen.

2.3 Patiënten met een dag- of meerdaagse opname en de verpleegduur

Onderscheid wordt gemaakt tussen de periode 1991-2001 en 2001-2003. De eerstgenoemde periode werd in het Onderzoek bedgebruik deel1 (2003) met het oog op het opstellen en doorrekenen van scenario's voor de mogelijke toekomstige ontwikkeling geanalyseerd op basis van gegevens uit LMR (Prismant). Hierbij werd conform de vigerende beleidsnorm uitgegaan van bedden exclusief paaz en wiegen gezonde zuigelingen. De uitkomsten worden hierna samengevat waarna de hierop aansluitende periode wordt beschouwd; hiervoor is 2003 thans het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn.

1991-2001

Het aantal meerdaagse opnamen stijgt nog licht in de periode 1991-1996 en daalt in de daarop volgende jaren tot en met 2001. Voor inwoners van 65 jaar of jonger is het aantal opnamen in de gehele periode van 10 jaar gedaald.

In deze periode stijgt het aantal dagopnamen zeer sterk, zij overtreft verre de daling van het aantal meerdaagse opnamen. Geconstateerd werd dat de ontwikkeling van het aantal dagopnamen een eigen dynamiek heeft, los van de substitutie van zorg met een meerdaagse opname.

In gehele 10-jaarsperiode daalt de gemiddelde verpleegduur. Het dalingstempo is het grootst voor de leeftijdsgroep 15 t/m 44 jaar; boven deze leeftijdsgroep neemt het dalingstempo af naarmate de leeftijd stijgt.

2001-2003

Het aantal dagopnamen per 1000 inwoners blijft explosief stijgen (zie figuur 2).

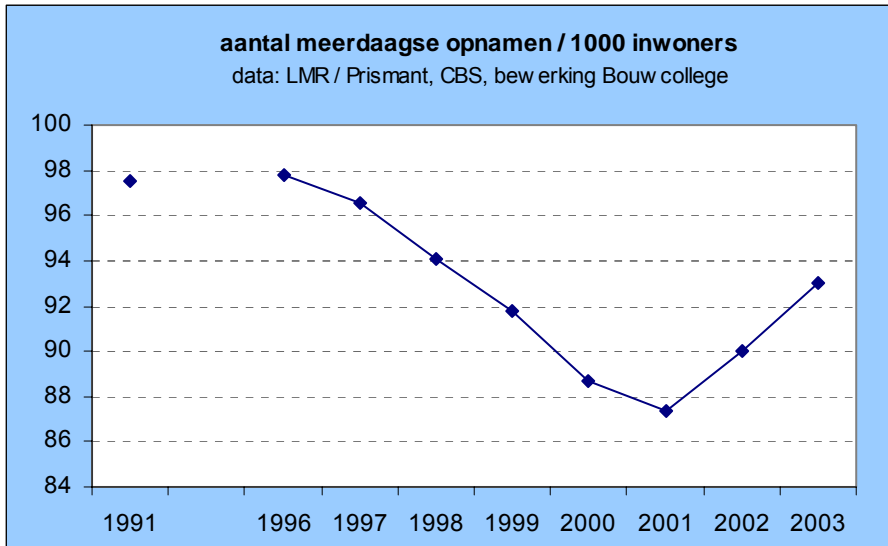
De daling van de gemiddelde verpleegduur gaat onverminderd door.

Het aantal meerdaagse opnamen per 1000 inwoners stijgt na een periode van daling in de jaren 2002 en 2003. Voor het aantal meerdaagse opnamen overtrof in de periode 1996-2001 het effect van de daling van de opnamecoëfficiënten per leeftijdsgroep het effect van de vergrijzing van de bevolking. In de jaren 2002 en 2003 is daling van de opname coëfficiënten kennelijk zodanig afgenomen dat hiermee het effect van de vergrijzing niet meer kon worden gecompenseerd.

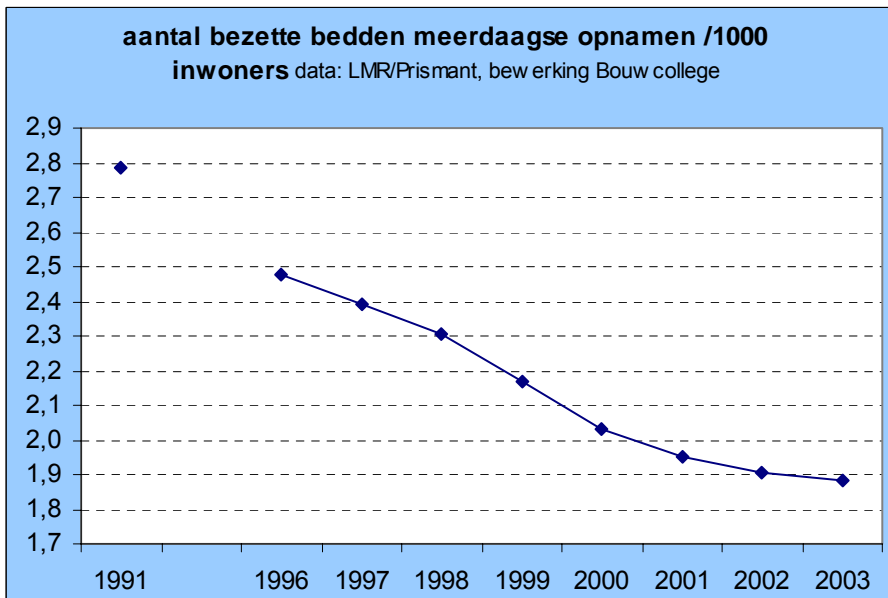
Het aantal bezette bedden voor meerdaagse opnamen blijft dalen, zowel per 1000 inwoners al absoluut.

De figuren 6, 7 en 8 geven de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen, het aantal bezette bedden voor meerdaagse opnamen en het aantal dagopnamen grafisch weer. Het betreft opnamen etc. exclusief PAAZ en gezonde zuigelingen.

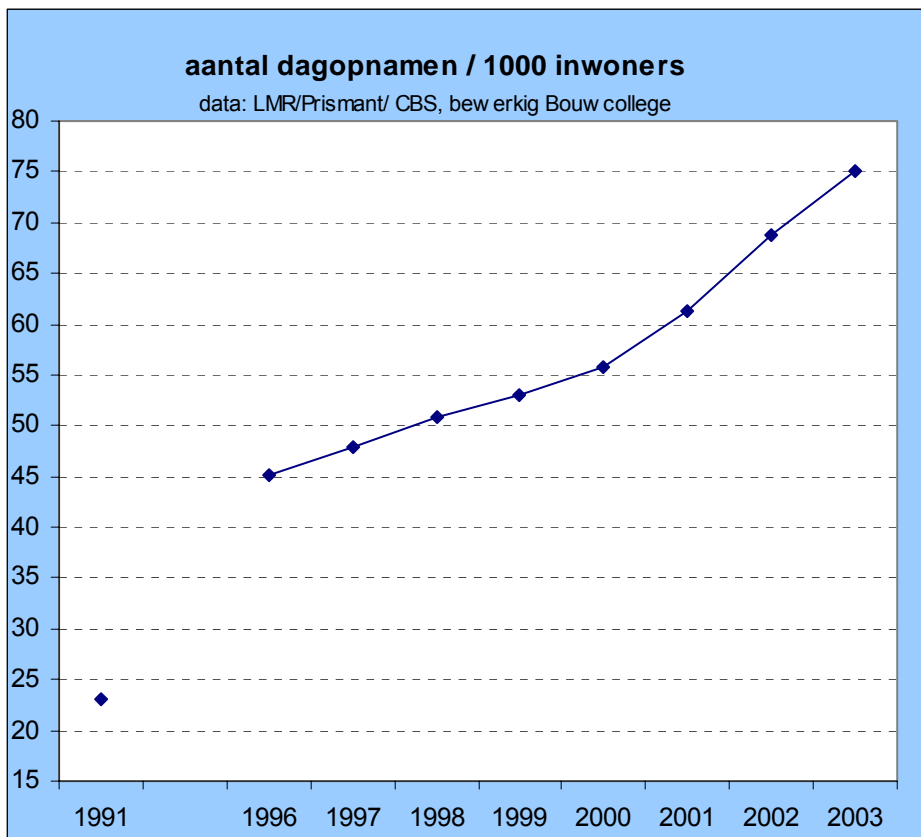
figuur 6



figuur 7



figuur 8



2.4 Nadere analyse

Welke diagnoses en verrichtingen verklaren het grootste deel van het volume aan dagopnamen en waar komt de toename van het aantal dagopnamen vandaan?

De in 2003 gerealiseerde dagopnamen betroffen circa 890 diagnosecodes op 3cijferig coderingsniveau van de ICD9 classificatie. Slechts 6 diagnosecodes vertegenwoordigen 30% van het aantal dagopnamen. Eveneens 6 verrichtingencodes, van de circa 1.120 relevante, vertegenwoordigen 30% van de verrichtingen met een dagopname; het betreft de hoofd en nevenverrichtingen. Zie hiervoor bijlage I. Deze tabellen zijn gebaseerd op een ordening van de opnamen per diagnose respectievelijk verrichting naar volume, frequentie. De meest voorkomende diagnose en daarbij behorende verrichting is cataract.

Opvallend is het relatief grote aandeel voor de codes "Overige en niet gespecificeerde nazorg" en de restcategorieën "Speciale onderzoeken" en "overige slecht omschreven..... De "speciale onderzoeken" en andere diagnostische procedures waarvan diagnose codes minder vaak voorkomen, liggen in het grensgebied van een poliklinische verrichting en dagverpleging. In de beschouwing in paragraaf 2.5 wordt hier nader op ingegaan.

Deze drie diagnosecodes verklaren samen bijna 17% van de groei van het aantal opnamen per diagnose tussen 1994 en 2003. Slechts 15 diagnosecodes verklaren de helft van de toename: chronische ziekten en een "rest" code voor verschillende soorten onderzoek nemen hier belangrijke plaatsen in.

In deze groeipercentages is de invloed van de verandering in de leeftijdssamenstelling van de bevolking uitgeschakeld. Deze invloed overigens klein. Details zijn weergegeven in bijlage II.

Welke diagnoses en verrichtingen vertegenwoordigen het grootste deel van het volume aan meerdaagse opnamen?

In 2003 verklaren 20 diagnoses op 3 cijferig coderingsniveau van de ICD9 30 % van de meerdaagse opnamen. De meerdaagse opnamen in 2003 betroffen in totaal circa 950 diagnoses. Deze 30 % is samengesteld uit 10% diagnoses voor acute en chronische hartziekten, 7 % diagnoses voor zorg voor moeder en kind, en 13 % andere diagnoses. Zie hiervoor bijlage III

2.5 Samenvatting en beschouwing

Het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB' en) per 1000 inwoners is de afgelopen jaren slechts licht gestegen. Dit spoort met de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen door huisartsen. Eveneens conform de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen is het aantal EPB' en voor kinderen per 1000 kinderen licht gedaald.

Het aantal bezoeken aan de SEH afdeling per 1000 inwoners is de afgelopen jaren met gemiddeld slechts 0,6 % per jaar gestegen.

De cijfers bevestigen hiermee niet dat het aantal zelfverwijzers sterk is toegenomen.

Het aantal herhaalbezoeken per eerste poli bezoek is nagenoeg gelijk gebleven. De ontwikkeling van het aantal polikliniekbezoeken moet echter ook in samenhang met de ontwikkeling van het aantal dagopnamen per 1000 inwoners worden gezien.

Het aantal dagopnamen per 1000 inwoners is de afgelopen jaren explosief gestegen.

De volgende factoren hebben in meerdere of mindere mate bijgedragen aan de forse groei van het aantal dagopnamen:

- substitutie van zorg met een meerdaagse opname door zorg met een dagopname;
- zogenaamde omgekeerde substitutie;
- een "autonome" toename van verrichtingen die in dagverpleging worden uitgevoerd.

Er zijn signalen dat activiteiten die voorheen als polikliniekbezoek of poliklinische verrichting werden geregistreerd, nu - om financiële redenen - als dagopname worden aangemerkt: omgekeerde substitutie.

Voor de poliklinische verrichtingen is de reden dat hier geen budgetparameter tegenover staat.

Substitutie naar het poliklinisch uitvoeren van een verrichting is daardoor voor een instelling financieel onaantrekkelijk.

Hiernaast worden meerdere poli bezoeken voor een patiënt op één dag worden gepland, wat het serviceniveau voor de cliënt verhoogt, en om financiële redenen als dagopname worden geboekt.

De grens tussen poliklinisch en met dagopname is echter vaag.

Een analyse van gegevens uit de LMR geeft aanwijzingen dat omgekeerde substitutie kan heeft plaatsgevonden/plaatsvindt.



Geconcludeerd kan worden dat het zorgvolume voor ambulante patiënten, poliklinisch of met een dagopnamen, fors is gestegen.

Na een periode van daling, neemt het aantal meerdaagse opnamen per 1000 inwoners in 2002 en 2003 toe.

De toename van het aantal meerdaagse opnamen is het saldo een volume toename van meerdaagse opnamen voor bepaalde diagnosegroepen en een daling voor andere diagnosegroepen ondermeer door een substitutie van klinische zorg door zorg in een ambulante zorgtraject. De toename van het aantal meerdaagse opnamen is in het licht van de verschuiving naar ambulante zorgvormen opmerkelijk; zij hangt ten dele samen met een inhaalvraag.

De toename van het aantal dagopnamen en meerdaagse opnamen is ondersteund door de invoering in 2001 van volledige nacalculatie van de gerealiseerde productie.

3. VERWACHTE TOEKOMSTIGE ONTWIKKELING VAN DE VRAAG

3.1 Verandering morbiditeitpatronen

Eén van de factoren die van invloed is op de vraagontwikkeling is de demografische ontwikkeling. Op basis van gegevens van het RIVM is nagegaan welke veranderingen in de prevalentie van ziekten en aandoeningen in de bevolking tussen 2000 en 2020 zijn te verwachten op basis van de demografische ontwikkeling en verder gelijkblijvende omstandigheden. Dezerzijds zijn de aandoeningen geselecteerd met een prevalentie in de bevolking in 2000 > 10.000, leidend tot een beroep op 2^e lijns curatieve zorg en een groei tussen 2000 en 2020 \geq 20% (de bevolking neemt in deze periode met ruim 10% toe).

Door de voortgaande vergrijzing is een aanzienlijke toename te verwachten van patiënten met de volgende aandoeningen.

- chronische aandoeningen als diabetes, COPD, hartfalen en reumatoïde artritis;
- artrose (zoals aan heup en knie);
- visus- en gehoorstoornissen;
- een groot aantal kankersoorten;
- acute hartziekten;
- CVA;
- osteoporose;
- heupfractuur.

De toename is over het algemeen ruim boven de 20%, vaak rond de 40 en bij kankersoorten rond de 50. Het betreft een toename tussen 2000 en 2020. Tussen 2005 en 2020 is de geïnterpoleerde groei ruim $\frac{3}{4}$ hiervan.

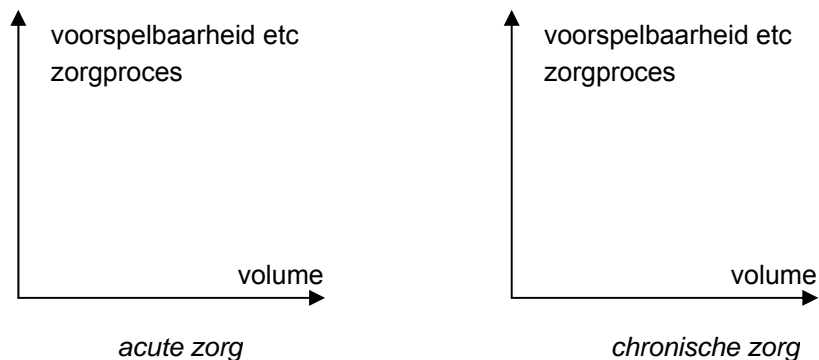
Tegenover aandoeningen waarvoor een stijging te verwachte is als gevolg van de vergrijzing, staan aandoeningen waarvoor een daling wordt verwacht op grond van de verandering in de leeftijdsamenstelling van de bevolking, dat wil zeggen een toename < 10%. Het zijn met name aangeboren afwijkingen en ongevallen.

Het aantal aandoeningen dat op grond van de demografische ontwikkelingen daalt is kleiner dan het aantal aandoeningen dat stijgt (niet alle aandoeningen zijn door het RIVM meegenomen, de weinig voorkomende bijvoorbeeld niet) omdat ziekte en aandoeningen nu eenmaal meer voorkomen bij ouderen.

Naast demografische ontwikkeling zijn echter ook andere factoren van invloed op de incidentie en prevalentie: met name leefstijl en (mede in samenhang daarmee) primaire en secundaire preventie. Een verandering in de prevalentie leidt niet zondermeer tot een evenredige verandering in de zorgvraag. Bovenstaande is bedoeld om indicatief aan te geven welke verschuivingen te verwachten zijn.

3.2 Typologie patiëntenstromen /zorgvraag

De zorgvraag kan worden ingedeeld in de hoofdstromen acuut/ urgent, electief en chronisch. De grenzen van de stromen zijn niet scherp. Voor het matchen van vraag en aanbod is het nodig deze drie hoofdstromen nader onder te verdelen langs de dimensies: het volume enerzijds en de mate waarin het zorgproces voorspelbaarheid en evidence based is anderzijds. De hoogvolume zorg met een voorspelbaar en evidence based zorgproces leent zich voor deconcentratie en een organisatie als *focused factory* (zie paragraaf 4.3); de zorg op het andere uiterste van de diagonaal is de toprefertiezorg die voornamelijk in academische ziekenhuizen geboden wordt.



en *electieve zorg* idem

Chronische zorg. In het onderzoek *Zorgpaden chronisch zieken* (oktober 2004) vestigde het Bouwcollege de aandacht op de capaciteitsconsequenties van de voor de komende jaren te verwachten sterke stijging van het aantal mensen met een chronische aandoening bij verder ongewijzigde omstandigheden (de prevalentie van COPD en CHF neemt tussen 2000 en 2020 op grond van de demografische ontwikkeling, met bijvoorbeeld ca. 40% toe). Patiënten met een chronische aandoeningen kunnen stabiel zijn (voorspelbaar zorgproces) of instabiel en/of met veel bijkomende aandoeningen (onvoorspelbaar zorgproces);

Voor veel kankersoorten neemt de prevalentie in genoemde periode met vaak rond de 50% toe.

De *acute zorg* omvat een grote verscheidenheid aan aandoeningen met een evenzo wisselende trendmatige verandering in prevalentie. Daarnaast zijn er aandoening met een acute en een chronische fase. Sommige ongevalletsels hebben een voorspelbaar zorgproces, andere een onvoorspelbaar.

De door de voortgaande vergrijzing nog verder toenemende hoogvolume *electieve zorg* voor de ouderdomsgerelateerde aandoeningen als osteo artrose en staar hebben een zorgproces dat in hoge mate voorspelbaar en *evidence based* is.

3.3 verwachte ontwikkeling van de zorgvolume en zorgvormen

Uitkomsten van het onderzoek van het Bouwcollege uit 2003

In het Onderzoek *bedgebruik ziekenhuizen* (2003) zijn de diverse factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van de vraag beschouwd. Diverse scenario's voor de verwachte ontwikkeling van de vraag tot 2015 (klinische opnamen, dagopnamen, verpleegduur) werden opgesteld en doorgerekend. In deze scenario's zijn de verandering in de leeftijdssamenstelling van de bevolking en de trendmatige ontwikkeling van de vraag per leeftijdsgroep verdisconteerd.

In alle scenario's:

- neemt het aantal ziekenhuispatiënten conform de verwachting aanzienlijk toe;
- blijft het aantal opnamen > 24 uur per 1000 inwoners nagenoeg gelijk of daalt;
- neemt het aantal dagopnamen per 1000 inwoners aanzienlijk toe. Deze toename betreft voornamelijk ouderen, zij hebben niet alleen de hoogste opnamecoëfficiënt, maar ook de sterkste trendmatige stijging;
- worden de gevolgen van de toename van het aantal patiënten voor het bedgebruik gecompenseerd door het voorkómen van opnamen, substitutie naar dagopnamen en poliklinische zorg en een daling van de gemiddelde verpleegduur.

In deel 2 van het Onderzoek bedgebruik ziekenhuizen werd aangetoond dat de in de scenario's geïmpliceerde verpleegduurverkorting mogelijk is.

De grootste variatie tussen de scenario's betreft de ontwikkeling van het aantal (dag)opnamen.

Actualisatie en aanvulling

De scenario's in het onderzoek Ontwikkelingen bedgebruik deel 1 zijn gebaseerd op gegevens tot en met 2001. Op grond van de nadere analyse in het vorige hoofdstuk van dit rapport wordt voor de komende jaren voor de ontwikkeling van het volume het volgende verwacht:

- een matige groei van het aantal polibezoeken;
- een sterke groei van het aantal dagopnamen, ook wanneer rekening wordt gehouden met een overlapping met poliklinische activiteiten;
- een voortgaande sterke groei van poliklinisch of met dagverpleging uitgevoerde verrichtingen zowel therapeutisch als diagnostisch;
- onzekerheid over de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen;
- een voortgaande daling van de verpleegduur.

Vanwege de onzekerheid van de ontwikkeling van het aantal meerdaagse opnamen zijn twee scenario's doorgerekend voor zowel het aantal opnamen als het aantal hiervoor bezette bedden. De uitkomsten zijn grafisch weergegeven in de tabellen 9 en 10 op de volgende pagina.

In deze scenario's worden verdisconteerd de invloed van de verandering in de leeftijdsamenstelling van de bevolking en de trends in opnamen en verpleegdagen per leeftijdsgroep. In "scenario 91" wordt uitgegaan van de trends per leeftijdsgroep sinds 1991 en in "scenario 99" van de trends per leeftijdsgroep sinds 1999. In laatstgenoemd scenario weegt de omslag in de ontwikkeling van het aantal opnamen zwaar. Beide scenario's leiden tot een daling van het aantal bezette bedden voor deze opnamen. Het is opmerkelijk dat dit ook zo is voor scenario 99, met een stijging van het aantal opnamen. Reden is dat deze stijging samengaat met een versnelde daling van de gemiddelde verpleegduur; mogelijk betreft de volumetoename voor een groot deel (zeer) kortdurende opnamen. De scenario's leiden ten opzichte van de uitkomsten van het maximum scenario's in het onderzoek Ontwikkelingen bedgebruik deel 1 tot een iets hoger aantal benodigde bedden voor meerdaagse opnamen. In 2015 1,48 ‰ in plaats van 1,38 ‰.

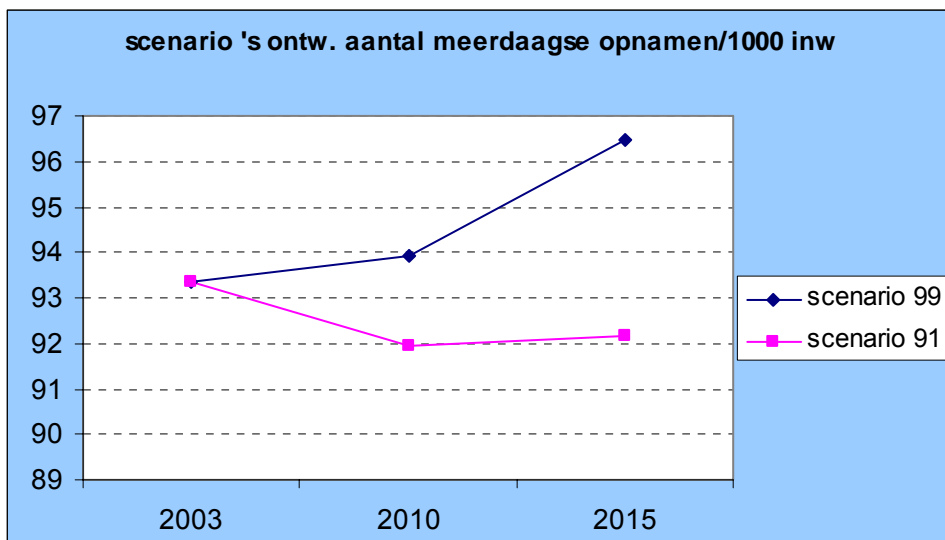
De gemiddelde verpleegduur voor meerdaagse opnamen in 2003 was 7,4. Scenario 91 is het meest waarschijnlijke scenario: het leidt tot een verpleegduur van 6,1 en 5,3 in 2010 respectievelijk 2015. Deze verpleegdeuren zijn niet onmogelijk gezien de uitkomsten van het Onderzoek Bedgebruik deel 2, mogelijkheden voor verkorting van de verpleegduur (Bouwcollege mei 2003).

Voor de dagopnamen zijn het minimum- en het maximumscenario uit het genoemde onderzoek van het Bouwcollege uit 2003 geactualiseerd. Het geactualiseerde maximumscenario (trends per leeftijdsgroep vanaf 1991) leidt tot een benodigd aantal bedden voor dagopnamen in 2015 van 0,80 % . Hierin wordt de groei waarschijnlijk wat overschat. Het geactualiseerde minimumscenario (trends vanaf 1996) leidt tot een benodigd aantal bedden van 0.53 %.

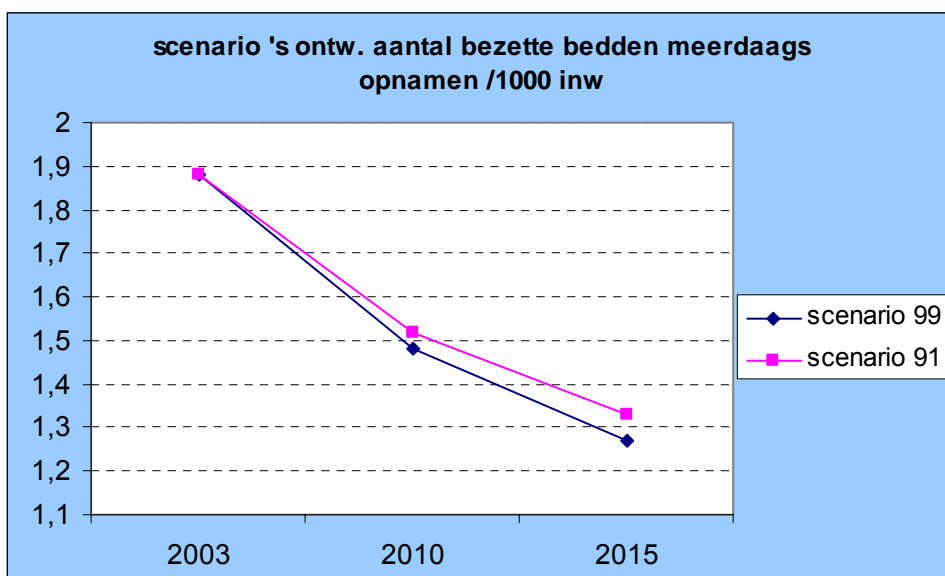
Hierbij moet ook betrokken worden dat niet alle geregistreerde dagopnamen ook werkelijk met (dag)verpleging gepaard gaan (zie hoofdstuk 2)

De conclusie in de onderzoeken van 2003 dat een ontwikkeling van het benodigd aantal bedden voor meerdaagse opnamen en dagopnamen samen richting 2 ‰ (volgens de beleidsvisie van de minister) mogelijk is blijft hiermee na actualisatie staan.

figuur 9



figuur 10





De ontwikkeling van het aantal opnamen is het saldo van een stijging en daling van de opnamecoëfficiënten voor afzonderlijke patiëntengroepen: de samenstelling van de vraag verandert. Hiervoor werd vooralsnog indicatief aangegeven welke verschuivingen te verwachten zijn.

4. ONTWIKKELINGEN AAN DE AANBODZIJDE

4.1 Begrippenkader voor de verschijningsvormen ziekenhuiszorg

In de vervolgvatvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg (2002) zijn de verschillende bestaande vormen van ziekenhuiszorg op een continuüm van verschijningsvormen getypeerd. In de brief van 2 februari 2002 aan de Tweede Kamer reageert de minister op de uitvoeringstoets. De minister neemt de typologie over met enkele terminologische nuanceringen met betrekking tot het algemeen ziekenhuis. De begrippen worden ook gebruikt in de concept Beleidsvisie WTZi.

Van "onder af" is de typologie:

- transmurale zorg;
- buitenpoli: een voorziening voor ambulante electieve medisch specialistische en verpleegkundige zorg zonder mogelijkheden voor dagverpleging op werkdagen tijdens kantooruren ;
- dagziekenhuis inclusief ZBC: niet complexe electieve medisch specialistische ambulante zorg zonder mogelijkheden voor opname > 24 uur;
- het profielziekenhuis: een ziekenhuis dat zich profileert op bepaalde deelgebieden van de ziekenhuiszorg of bepaalde doelgroepen. Het heeft ook mogelijkheden voor het opnemen van de patiënt;
- het algemeen ziekenhuis, basisziekenhuis: een ziekenhuis dat zich richt op de veelvoorkomende vormen van ziekenhuiszorg inclusief spoedeisende hulp. De minister noemt het basisziekenhuis in de brief van 2 februari 2002 het ijkpunt voor de Nederlandse ziekenhuiszorg. Het wordt geacht het wordt geacht 80 -85% van de zorg te kunnen leveren. Het basisziekenhuis heeft de volgende medische specialismen: interne geneeskunde, algemene heelkunde, cardiologie, kindergeneeskunde, orthopedie, urologie, verloskunde en gynaecologie, oogheelkunde, kno-heelkunde, dermatologie, neurologie, pulmonologie, anesthesiologie en radiodiagnostiek
- het algemeen ziekenhuis, topklinisch ziekenhuis dat ook meerdere topklinische functies al dan niet vallend onder de WBMV aanbiedt;
- academisch ziekenhuis: een topklinisch ziekenhuis met een topreferentiefunctie en bijzondere onderzoek- en onderwijstaken.

Sinds voornoemde documenten worden ook andere begrippen gebruikt:

- focuskliniek;
- modulair ziekenhuis;
- buurtziekenhuis;

Hieronder worden enkele begrippen nader besproken.

Transmurale zorg

In het advies 'Transmurale somatische zorg' (1995) van de (toenmalige) NRV en de rechtsvoorganger van het Bouwcollege, het College voor ziekenhuisvoorzieningen, wordt transmurale zorg omschreven als: "een vorm van patiëntgerichte zorgverlening waarbij gespecialiseerde zorgverleners, binnen en buiten het ziekenhuis, nauw met elkaar samenwerken om zorg op maat te leveren. Een zorgplan en protocollen waarin met name de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen zorgverleners en de continuïteit van de zorg worden geregeld zijn belangrijke voorwaarden"

Profielziekenhuis

Het nu "officiële" begrip profielziekenhuis werd door het Bouwcollege in de vervolgitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, 1^e tranche (2002) geïntroduceerd. Profielziekenhuizen zijn ziekenhuizen die op het zorgcontinuüm tussen een dagziekenhuis en een algemeen ziekenhuis met een all-round functiepakket inzitten. Het profileert zich op bepaalde aspecten van de algemene ziekenhuiszorg of op bepaalde doelgroepen. Een profielziekenhuis kan ontstaan na een herschikking van functies tussen locaties van een fusieziekenhuis.

Ook *categorale ziekenhuizen* en *focusklinieken* passen binnen dit begrip.

Modulair ziekenhuis

In de beleidsnota van de NVZ Het ziekenhuis van de toekomst (2002) wordt het begrip modulair ziekenhuis gebruikt⁴. Het modulair ziekenhuis staat tegenover het alles-in-één algemene ziekenhuis. Het komt in hoofdlijnen overeen met het begrip profielziekenhuis. De volgende mogelijkheden voor specialisatie worden onderscheiden: op ziektebeelden, op medische technologie, op aanpalende diensten voor familie of patiënt, op ondersteunende functies voor andere zorgaanbieders, lokale of regionale inbedding, discipline.

Focuskliniek en buurtziekenhuis

Door prof. Blijham, voorzitter rvb UMCUtrecht, worden in een interview in het NRCHandelsblad van 10 maart 2005⁵ de begrippen focuskliniek en buurtziekenhuis gebruikt. Blijham onderscheidt 4 soorten ziekenhuizen: het academisch ziekenhuis, het topklinisch ziekenhuis, de het buurt ziekenhuis en de focuskliniek.

Het *buurtziekenhuis* is, gezien de kenmerken - verzorgingsgebied 200.000 inwoners, IC en SEH (tot een bepaald niveau)- , een algemeen- basisziekenhuis.

Een *focuskliniek* is volgens Blijham een kliniek die zich richt op één aandoening of enkele samenhangende aandoeningen (oogproblemen, vrouwenkwalen), met name "simpele" ingrepen die goed te plannen zijn.

consequentie: de begrippen profielziekenhuis, modulair ziekenhuis en focuskliniek overlappen elkaar in sterke mate.

Voorbeelden profielziekenhuizen of focusklinieken in Nederland

focus op patientengroepen/ aandoeningen

- de ziekenhuislocaties van algemene ziekenhuizen in (ondermeer) Voorburg, Oosterhout, Zwijndrecht en Zeist;
- categorale ziekenhuizen: Maartenskliniek (orthopedie, reumatologie en revalidatie) en het oogziekenhuis in Rotterdam;
- de circa 75 ZBC's
- transmuraal diabetescentrum Maastricht, samenwerking AZM, huisartsen en kruisvereniging.

focus op schakel

Bovengenoemde voorbeelden hebben betrekking op klinieken die zich richten op diagnostiek en behandeling van bepaalde welomschreven patiëntengroepen. Daarnaast is een focus op bijvoorbeeld de 2^e lijnsdiagnostiek mogelijk. Diagnostisch centrum Amsterdam/-Haaglanden (een ZBC).

4.2 Gerelateerde internationale begrippen

community hospital (Verenigd Koninkrijk, Ierland en Nieuw Zeeland).

Kleine ziekenhuizen (< 50 tot 150 bedden) met hoofdzakelijk een functie als *step-up* en *step-down* voorzieningen tussen 1^e lijn en een algemeen ziekenhuis en over het algemeen geen SEH. De medische staf wordt gevormd door huisartsen en/of basisartsen.

treatment centres (VK): qua functies min of meer vergelijkbaar met de Nederlandse ZBC maar soms ook met mogelijkheden voor shortstay en met bijvoorbeeld een diabetescentrum. Zij worden gerund door een NHS trust of commerciële partij.

Critical Access Hospitals (VS): zeer kleine ziekenhuizen met gemiddeld 30 bedden die zich richten op de laagcomplexe zorg. De staf bestaat uit *primary care physicians*, SEH artsen, *primary care assistants* en *nurse practitioners*. Zij zijn bedoeld voor het waarborgen van de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg in dunbevolkte gebieden en krijgen overheidsfinanciering als de vestigingsplaats meer dan 35 mijl verwijderd is van een ander ziekenhuis.

specialty hospitals (VS): kleine "profielziekenhuizen" / categorale ziekenhuizen die zich richten op de hoogvolume electieve zorg.

super clinics (Australië en Nieuw Zeeland): buitenpoliklinieken van grotere algemene ziekenhuizen met een eenvoudige SEH. In Australië worden door de voorzieningen (vaak) prioriteit gelegd bij patiënten die langdurige zorg en begeleiding nodig hebben.

integrated care centre (Australië): kleinschalige voorzieningen met zowel gezondheidszorg als welzijnsvoorzieningen. Voor de gezondheidszorg betreft het bijvoorbeeld poliklinisch spreekuur medisch specialisten, electieve chirurgie met shortstay, tandheelkunde en dialyse.

4.3 Kleine ziekenhuizen in het buitenland

Door het Juliuscentrum van het UMC Utrecht is in opdracht van het Bouwcollege een *desktop* onderzoek verricht naar de verschijningsvormen van kleine ziekenhuisvoorzieningen en de relaties van deze ziekenhuizen met de eerste lijnszorg in EU en andere OECD landen. Beoogd werd met de resultaten van deze achtergrondstudie nadere invulling te geven aan het begrip profielziekenhuis. Bovenvermelde buitenlandse begrippen voor kleine ziekenhuizen zijn mede hierop gebaseerd. Door het Juliuscentrum zijn 4 EU landen, te weten het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Zweden en Finland - en 4 andere OECD landen, te weten de VS, Nieuw Zeeland en Canada, geselecteerd. Voor Australië wordt verwezen naar het verslag van de studiereis van het Bouwcollege (2004).

Hoofdconclusies zijn:

- in vergelijking met de onderzochte landen hebben alleen in Nederland alle basisziekenhuizen alle basisspecialismen zoals hiervoor omschreven;
- tussen de landen en binnen de landen bestaat een grote diversiteit aan kleine ziekenhuizen (zie paragraaf 4.2.1); de verschijningsvormen zijn afhankelijk van de context waarin de ziekenhuizen functioneren;
- concentratie van ziekenhuisvoorzieningen is een internationaal verschijnsel;
- in verschillende landen begint echter een tegenbeweging te ontstaan tegen concentratie van ziekenhuisvoorzieningen. Men wil de ziekenhuiszorg weer zoveel mogelijk lokaal organiseren. De ontwikkelingen op het gebied van de informatietechnologie bieden hier ook mogelijkheden voor;
- in veel landen werken kleine ziekenhuizen samen met de eerste lijn. In de praktijk omvat deze samenwerking dat huisartsen ziekenhuizen runnen. Deze samenwerking is eerder een gevolg van de opleving van kleine ziekenhuizen dan een oorzaak hiervan.

4.4 Focused factory

Gerelateerd aan de begrippen profielziekenhuis en focuskliniek is het organisatieconcept *focused factory*.

Het concept werd in 1974 door Skinner⁶ geïntroduceerd : " *A factory that focuses on a narrow product mix for a particular market niche*". Het artikel van Skinner werd gepubliceerd tegen de achtergrond van de vermeende productiviteitscrisis in de VS. Skinner geeft aan dat de eenzijdige concentratie op kostenbeheersing, *economies of scale* en het steeds maar weer nieuwe producten aan de mix toevoegen, heilloos is.

Een *focused factory* zal volgens Skinner beter presteren op kwaliteit en kosten dan een complexe fabriek vanwege de routine (mogelijkheid tot standaardisatie) en omdat de gehele organisatie is gericht op een bepaalde taak. Het gaat om een scheiding van een gestandaardiseerd productieproces en het productieproces van maatwerkproducten. Een *focused factory* kan een aparte fabriek met eigen gebouw zijn; vaak is het doelmatiger om een *fabriek in een bestaande fabriek* te creëren.

Voor de ziekenhuiszorg betekent het concept dat in een ziekenhuis een min of meer zelfstandige eenheid wordt gecreëerd voor een bepaalde behandeling of diagnostisch traject of dat hiervoor een categorale kliniek wordt gecreëerd.

De organisatie volgens het *focused factory* concept bevordert de doorstroming, de benuttingsgraad van de infrastructuur, de efficiency en de klantgerichtheid.

Voorbeelden in Nederland zijn de hartchirurgische centra, het Rotterdamse oogziekenhuis (cataractstraat), de heup- en kniestraten in algemene ziekenhuizen en in de categorale Maartenskliniek.

Voor de beantwoording van de vraag welke zorg zich leent voor organisatie in een *focused factory* is door Bredenhoff een matrix ontwikkeld⁷. Het is een aanpassing en aanvulling van de product- proces matrix voor de industrie. Met de kenmerken voorspelbaarheid van het proces, kennis over het procesverloop (mate van evidence) enerzijds en volume en variëteit anderzijds worden de patiënten ingedeeld.

Aan het ene uiterste van de diagonaal staan de patiënten met een laag volume, hoge variëteit, met een zorgproces dat niet voorspelbaar is en waarover geen of weinig kennis bestaat.

Aan het andere uiteinde van de diagonaal staan de patiënten met een hoogvolume, een lage variëteit, een voorspelbaar procesverloop en een voldoende mate van kennis over procesverloop. Zij lenen zich voor een focused factory.

Niet alleen voor (operatieve) behandelingen is het focused factory concept relevant, ook voor diagnostische procedures en zorg voor chronisch zieken. Voorbeelden zijn het genoemde Diagnostisch centrum Amsterdam/-Haaglanden en het genoemde Diabetescentrum Maastricht.

Een aansprekend buitenlands voorbeeld is de Canadese Shouldice hospital⁸ dat zich richt op diverse vormen van hernia. In deze kliniek worden 7.000 herniaoperaties per jaar uitgevoerd. De kwaliteit, doelmatigheid (verpleegduur, herhalingsbehandelingen, kosten) zou beter zijn dan in andere ziekenhuizen.

4.5 Factoren die bepalend zijn geweest voor de huidige structuur van het aanbod

Voor de huidige verschijningsvormen van ziekenhuiszorg is de concentratiebeweging van ziekenhuisorganisaties en –functies sinds het midden van de zeventiger jaren van dominante betekenis. Enerzijds speelden en spelen hierbij de toenemende specialisatie in de medische zorg, de introductie van nieuwe en dure technologie, kwaliteitseisen (met name ten aanzien van beschikbaarheid en bereikbaarheid) een belangrijke rol.

Anderzijds heeft het overheidsbeleid de concentratie bevorderd. In een Nivel rapport worden twee fusiegolven onderscheiden⁹. De eerste betreft de periode tot midden jaren tachtig. Hierin heeft het overheidsbeleid, dat zich richtte op de reductie van het aantal bedden, de concentratie gestimuleerd: kleine ziekenhuizen kozen vanuit een overlevingsstrategie voor fusie. Vanaf het midden van de jaren tachtig, de tweede golf, fuseerden ziekenhuizen uit strategische overweging, te weten anticipatie op de aangekondigde introductie van marktwerking. Daarnaast bevatte de budgetteringssystematiek een fusiebonus.

In de vervolgvoteringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche (januari 2002) constateerde het Bouwcollege dat de fusies van ziekenhuisorganisaties en de daaropvolgende functieconcentratie heeft niet geleid tot een evenredige daling van het aantal ziekenhuislocaties. Om de toegankelijkheid van de zorg zoveel mogelijk in stand te houden en om het marktaandeel te behouden kiezen gefuseerde ziekenhuizen er vaak voor om de bestaande locaties in stand te houden en de functies anders te verdelen. Hierbij worden de complexe zorg en dure faciliteiten geconcentreerd en worden de bilocaties omgevormd tot buitenpoli, dagklinik of locatie voor electieve niet- complexe zorg. Dit heeft geleid tot een grotere diversiteit aan verschijningsvormen voor het aanbod aan ziekenhuiszorg.

Al met al zijn het in hoofdzaak aanbodfactoren die hebben geleid tot de huidige verschijningsvormen van het aanbod.

4.6 Ontwikkelingen

Opkomst focusklinieken

De komst van de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) en de laatste jaren ook door de invoering van het focused factory concept voor bilocaties van algemene ziekenhuizen impliceert een opleving van voorzieningen die zich richten op een beperkt aantal functies.

De vigerende beleidsregels ex artikel 3 WZV stellen echter nog dat het beleid er op gericht is categorale ziekenhuizen (op enkele expliciet genoemde soorten na) te integreren in algemene ziekenhuizen. Door de liberalisering van de curatieve zorg en de introductie van meer marktelementen zal de ontwikkeling van gespecialiseerde klinieken zich naar verwachting verder voortzetten. Dit is een internationaal verschijnsel.

Vervaging grenzen 1^e en 2^e lijnszorg

De grenzen tussen 1^e en 2^e lijnszorg vervagen. Hierbij kan gewezen worden op ondermeer de schaalvergroting en uitbreiding van de diagnostische faciliteiten in de eerste lijn, de ontwikkeling van transmurale zorgvormen en de ontwikkeling van de ambulancezorgverlening tot een vorm van vooruitgeschoven ziekenhuiszorg.

Informatietechnologie

De verdere ontwikkeling en implementatie van verschillende vormen van e-health, voor communicatie tussen zorgverleners en tussen zorgverleners en patiënten (ondermeer telemonitoring), kan verregaande consequenties hebben voor de organisatie van de zorg en de plaats waar de zorg wordt verleend.

4.7 Samenvatting en beschouwing

- De huidige differentiatie in verschijningsvormen van ziekenhuiszorg tussen het algemeen basisziekenhuis en de eerste lijnszorg (profielziekenhuis, dagziekenhuis, buitenpoli) is in hoofdzaak het gevolg van een concentratiebeweging sinds het midden van de jaren zeventig. Hieraan liggen voornamelijk aanbodfactoren (beleid van de overheid en van zorgaanbieders) ten grondslag. In het bijzonder de schaalvergroting voor de zorg van een algemeen basisziekenhuis is hier van belang.
- Het algemeen basisziekenhuis is in Nederland een ziekenhuis met een all-round specialismenpakket, de zogenaamde basisspecialismen en wordt door de minister in 2002 het ijkpunt genoemd van de ziekenhuiszorg. Nederland lijkt het enige land te zijn waar alle basisziekenhuizen alle basisspecialismen hebben. Niet alle basisziekenhuizen hebben bijvoorbeeld de functie verloskunde. Een versmalling van het functiepakket van het basisziekenhuis in deze richting is in de Nederlandse context niet opportuun. Bij de spreiding van ziekenhuiszorg in de dunner bevolkte delen van ons land gaat het immers juist om het openhouden van acute functies als verloskunde.
- Profielziekenhuizen profileren zich op bepaalde patiëntengroepen of bepaalde aspecten van ziekenhuiszorg. Categorale ziekenhuizen, ZBC's en bilocaties van algemene ziekenhuizen die zich richten op een beperkt aantal patiëntencategorieën vallen binnen dit begrip. Lange tijd was de beleidsvisie van de overheid dat categorale ziekenhuizen ongewenst zijn en geïntegreerd moeten worden in algemene ziekenhuizen. De vigerende beleidsregels ex artikel 3 WZV geven ook nog aan dat het beleid erop gericht is categorale ziekenhuizen (op enkele expliciet genoemde soorten na) te integreren in algemene ziekenhuizen. Het toelaten van ZBC's impliceerde een omslag in het beleid en een revival van gespecialiseerde voorzieningen. Dit is een internationaal verschijnsel. Voor de relevantie van profielziekenhuizen moet onderscheid gemaakt worden tussen stedelijke en



rurale gebieden. Ze lijken voornamelijk relevant voor de meer verstedelijkte gebieden, de randstad, omdat daar voldoende inwoners binnen korte afstand het benodigde volume kunnen genereren; In rurale gebieden, met lage bevolkingsdichtheid, blijven "complete" basisziekenhuizen nodig.

- In verschillende landen is een beweging, ook in het overheidsbeleid, tegen de concentratie van ziekenhuisvoorzieningen ontstaan. Het streven is de tweedelijnszorg zoveel mogelijk lokaal te organiseren. Taakdifferentiatie in combinatie met informatietechnologie bieden hier mogelijkheden voor.

5. CONSEQUENTIES ONTWIKKELING VRAAG EN AANBOD

Chronisch zieken

In het signaleringsrapport Zorgpaden en zorginfrastructuur, onderdeel zorgpaden chronisch zieken (oktober 2004) wordt geconstateerd dat chronisch zieken nu reeds een aanzienlijk beslag op de zorg leggen. Door leefstijlfactoren en een voortgaande vergrijzing van de bevolking wordt een aanzienlijke toename van het aantal chronisch zieken verwacht.

Indien de overige omstandigheden gelijk blijven, leidt deze ontwikkeling tot een aanzienlijke toename van de druk op, ook, de capaciteit van de tweede lijn (ziekenhuis) zorg en daarmee ook op de bouwkundige infrastructuur.

Knelpunten in de huidige situatie zijn:

- inadequate diagnostiek in de eerste lijn. Gevolg is vermijdbare progressie of idem ontstaan van de ziekte en daardoor vermijdbaar beroep op de tweede lijn, waaronder opnamen;
- patiënten met lichtere problematiek en stabiele patiënten zijn of blijven in het ziekenhuis/ bij de medisch specialist in zorg terwijl de ziekte adequaat door de eerste lijn of in transmurale programma's gemanaged zou kunnen worden;
- een groot aantal vermijdbare (her)opnamen door een ontoereikende begeleiding van de patiënten bij het zelf managen van de ziekte (met name COPD, CHF en diabetes).

Laagdrempelige toegang van huisartsen tot diagnostische faciliteiten kunnen tegemoet komen aan het diagnostisch probleem van de huisarts. In zowel Nederland als in het buitenland zijn hier voorbeelden van.

Aangegeven werd dat het gangbare medische/ziekenhuismodel dat gericht is op een eenmalige behandeling, niet toegesneden is op de langdurige zorg en begeleiding van chronisch zieken. In op chronisch zieken toegespitste disease management programma's nemen preventie, voorlichting en ondersteuning van de patiënt bij het zelf managen van de ziekte een belangrijke plaats in. In deze programma's vervullen gespecialiseerd verpleegkundigen een sleutelrol.

Slechts op enkele plaatsen in Nederland functioneren regionale disease management programma's.

Kenmerken zijn:

- een stratificatie van de aandoening naar ernst (de mate van progressie) van de aandoening en het hier op vervolgens afstemmen van het zorgpaden en daarbij behorende disciplines;
- taakdifferentiatie bij zorgverleners en delegatie van verantwoordelijkheden bij zorgverleners.

Op chronisch zieken toegespitste disease management programma's impliceren een verschuiving van medisch specialistische ziekenhuiszorg naar een mix van preventie, eerste- en tweedelijngesondheidszorg en cure en care.

Diverse ICT toepassingen voor zowel communicatie tussen zorgverleners als tussen patiënt en zorgverlener (tele monitoring) zijn essentieel voor de disease management programma's.

Op basis van buitenlandse en ook Nederlandse evaluatiestudies wordt in het onderzoek geconcludeerd dat het niet onmogelijk is om met op chronisch zieken toegespitste disease management programma's de consequenties van de groei van het aantal chronisch zieken voor de intramurale ziekenhuis capaciteit op te vangen.

Een groot aantal (her)opnamen is een internationaal verschijnsel (met name COPD, CHF en diabetes). Deze opnamen zijn over het algemeen vermijdbaar. Uit buitenlandse experimenten van CHF en COPD programma's blijkt dat het mogelijk is het aantal (her)opnamen met tientallen van procenten te verminderen door programma's waarin gespecialiseerde verpleegkundigen vanuit ziekenhuizen of de thuiszorg de patiënt voorlichten en trainen in het zelf managen van de ziekte. Ook recent gepubliceerde eerste resultaten van een Nederlands experiment voor een programma van een hartfalenpoli geven aan dat ook in ons land een reductie van het aantal opnamen met tientallen procenten mogelijk is.

In het signaleringsrapport wordt geconcludeerd dat samen met het mogelijke effect van een betere diagnostiek in de eerste lijn, het niet onmogelijk is om de gevolgen van de vergrijzing voor het aantal ziekenhuisopnamen te compenseren.

De algemene invoering van hartfalenpoli's impliceert evenwel een groot aantal verpleegkundige consulten (naast specialistische) op de ziekenhuispoli om (her)opnamen te voorkomen. Bij ongewijzigde omstandigheden leidt dit tot een enorme extra druk op de ziekenhuispoliklinieken.

Met name voor zware patiënten kan de reis naar een ziekenhuispoli een onoverkomelijke barrière zijn. Met het oog op de bereikbaarheid is het gewenst om ook buiten de (hoofd)locaties van ziekenhuizen kleinschalige voorzieningen voor tweedelijns/ transmurale zorg te realiseren. Daarnaast lijkt het ook om andere redenen gewenst de voorzieningen voor zover als mogelijk los van ziekenhuizen te realiseren:

- integratie van tweede- en eerstelijnsgezondheidszorg en aanpalende welzijnszorg;
- ontmedicalisering van de zorg.

In dit verband zijn de in het vorige hoofdstuk genoemde super clinics in Australië van belang (Verslag studiereis 2004).

Het betreft een zorgaanbod voor (in hoofdzaak) thuiswonende mensen met chronisch aandoeningen als chronisch hartfalen, COP en diabetes. Voor een chronische ziekte als CVA komt een deel van de patiënten na de acute ziekenhuisfase, al dan niet tijdelijk, in een verpleeghuis. Het is gewenst dat ook deze verpleeghuisfunctie goed gespreid is.

Samenloop met de spoedeisende hulp

Van belang is te onderkennen dat een groot deel van de spoedeisende hulp patiënten met een chronische aandoening of met andere complexe hulpvragen betreft.

Hoogvolume gestandaardiseerde/ te standaardiseren electieve zorg

Het vervangen van heupen en knieën, de behandeling van staar, herniaoperaties (hnp) en liesbreukoperaties zijn voorbeelden van hoogvolume en voornamelijk gestandaardiseerde zorg. Deze zorg leent zich daarom voor een organisatie in een focused factory model; binnen een bestaande voorziening of daar buiten.

Ook het grootste deel van de zorg voor chronisch zieken is gestandaardiseerde hoogvolume zorg die zich leent voor een organisatie in een focused factory. Echter kenmerkend voor chronisch zieken is de co-morbiditeit. Daarom zouden focused factories voor chronisch zieken in een groter organisatorisch geheel moeten opereren.

Het diabetescentrum in Maastricht is een goed voorbeeld van een one stop focused factory voor chronisch zieken.



Dichtbevolkte stedelijke versus dunbevolkte meer rurale gebieden

Profielziekenhuizen lijken voornamelijk relevant voor de meer verstedelijkte gebieden, de Randstad, omdat daar voldoende inwoners binnen korte afstand het benodigde volume kunnen genereren. In rurale gebieden, met lage bevolkingsdichtheid, blijven "complete" basisziekenhuizen voor zowel electieve, chronische als acute zorg nodig.

Profielziekenhuizen in de vorm van step down en step up voorzieningen tussen de eerste en tweede lijn zoals die bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland voorkomen zijn, gelet op onze eerste lijn- en verpleeghuiszorg, voor de Nederlandse context niet relevant.

Het te ontwikkelen nieuwe zorgaanbod op het grensvlak van de eerste en de tweedelijnszorg is zowel voor de verstedelijkte als de rurale gebieden relevant.

Bijlage I: Welke diagnoses en verrichtingen verklaren het grootste deel van het volume aan dagopnamen?

dagopnamen per diagnose, geordend naar frequentie, die in 2003 samen 30% van het volume omvatten

ICD9 code	Omschrijving diagnose	aantal dagopnamen	% van totaal	cumulatief %
366	Cataract	105.926	8,7	8,7
V58	Overige en niet gespecificeerde nazorg	99.110	8,1	16,8
474	Chronische ziekten van tonsillen en adenoïd	52.063	4,3	21,0
717	Dérangement interne van de knie	43.105	3,5	24,6
V72	Speciale onderzoeken	42.363	3,5	28,0
799	Overige slecht omschreven en onbekende oorzaak van ziekte en sterfte	36.634	3,0	31,0
	Overige diagnoses	842.659	69,0	100,0
.	Alle diagnosecodes	1.221.860		

data: LMR

verrichtingen met een dagopname, geordend naar frequentie, die in 2003 samen 30% van het volume omvatten

CvV code	Omschrijving verrichting	Aantal dagopnamen	% van het totaal aantal opnamen	% cumulatief
5145	Extracapsulaire extractie van lens	105.493	10,6	10,6
5200	Myringotomie	60.026	6,0	16,6
1641	Diagnostische coloscopie	41.768	4,2	20,7
5804	Excisie van meniscus	36.149	3,6	24,4
5285	Adenotomie	30.101	3,0	27,4
5282	Tonsillectomie met adenotomie	25.833	2,6	30,0
	Overige verrichtingen	699.807	70,0	100,0
	Alle verrichtingen	999.177		

data: LMR

Bijlage II: Waar komt de toename van het aantal dagopnamen vandaan?

tabel 3 toename van het aantal dagopnamen per diagnose per 100.000 inwoners tussen 1994 en 2003, gestandaardiseerd naar leeftijdssamenstelling van de bevolking 1994, gesorteerd naar omvang toename

ICD 9 code	omschrijving diagnose	toename aantal dagopnamen/ 1000 inwoners 1994-2003 gestandaardiseerd *	toename in % van de diagnoses die een toename vertonen	cumulatieve toename in %
366	Cataract	503,7	15,1	15,1
V58	Overige en niet gespecificeerde nazorg	239,5	7,2	22,3
799	Overige slecht omschr. en onbekende oorzaken van ziekte en sterfte	163,4	4,9	27,2
V72	Speciale onderzoeken	157,8	4,7	31,9
374	Overige aandoeningen van de oogleden	88,7	2,7	34,6
714	Reumatoïde artritis en inflammatoire polyarthropathieën	84,4	2,5	37,1
717	Dérangement interne van de knie	63,6	1,9	39,0
724	Overige en niet gespecificeerde aandoeningen van de rug	61,0	1,8	40,9
427	Hart dysritmieën	59,7	1,8	42,7
V71	Observatie, evaluatie m.b.t. verdenking op bepaalde aandoeningen	52,3	1,6	44,2
786	Symptomen van ademhalingswegen en borstkas	50,7	1,5	45,7
198	Metastasen van overige gespecificeerde lokalisaties	47,6	1,4	47,2
696	Psoriasis en verwante aandoeningen	44,1	1,3	48,5
454	Varices van onderste extremiteiten	43,5	1,3	49,8
354	Mononeuritis van bovenste extremiteiten en mononeuritis multiplex	32,2	1,0	50,8
	overige diagnoses	1.642	49,2	100
	alle diagnoses die een toename vertonen, gestandaardiseerd	3.334		

data:LMR

* gestandaardiseerd naar de leeftijdssamenstelling van de bevolking in 1994.

Bijlage III: Welke diagnoses verklaren het grootste deel van het volume aan dagopnamen?

meerdaagse opnamen per diagnose, geordend naar frequentie, die in 2003 samen 30% van het volume omvatten

ICD9 code	Omschrijving diagnose	aantal meerdaagse opnamen	% van totaal	cumulatief %
V30	Enkelvoudige levend geborene	46.337	2,9	2,9
786	Symptomen van ademhalingswegen en borstkas	41.815	2,7	5,6
715	Osteo-artrose en verwante afwijkingen	36.897	2,3	7,9
427	Hart dysritmieën	30.668	1,9	9,9
780	Algemene symptomen	27.422	1,7	11,6
414	Overige chronische ischemische hartaandoeningen	26.586	1,7	13,3
410	Acuut myocard infarct	24.608	1,6	14,9
428	Hartdecompensatie	23.624	1,5	16,4
574	Cholelithiasis	23.512	1,5	17,9
656	Overige problemen vrucht en placenta	21.446	1,4	19,2
763	Pasgeborene beïnvloed door andere complicaties bevalling	20.549	1,3	20,5
550	Hernia inguinalis	18.756	1,2	21,7
996	Complicaties kenmerkend voor bepaalde gespec. verricht.	17.971	1,1	22,9
411	Overige (sub)acute ischemische hartziekten	17.648	1,1	24,0
820	Fractuur van de femurhals	17.437	1,1	25,1
V58	Overige en niet gespecificeerde nazorg	16.956	1,1	26,2
799	Ov. slecht omschr. en onbeken-de oorz. v. ziekte en sterfte	16.796	1,1	27,2
486	Pneumonie, verwekker nno	16.380	1,0	28,3
162	Maligne neoplasma van trachea, bronchus en long	16.341	1,0	29,3
413	Angina pectoris	15.997	1,0	30,3
	alle diagnoses	1.574.903		

data: LMR

Bijlage IV: Referenties

¹ [www.bouwcollege.nl /publicaties/ uitvoeringstoetsen en signaleringsrapporten/ ziekenhuizen](http://www.bouwcollege.nl/publicaties/uitvoeringstoetsen%20en%20signaleringsrapporten/ziekenhuizen);

² [www.nivel.nl /linh](http://www.nivel.nl/linh)

³ <http://statline.cbs.nl/> gebruik medische voorzieningen

⁴ Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen: het ziekenhuis van de toekomst, 2002;

⁵ Ziekenhuis moet niet alles zelf willen doen; NRCHandelsblad 10 maart 2005;

⁶ Wickham Skinner: The focused factory; Harvard Business Review May-June 1974;

⁷ Bredenhoff, E, Schuring, RW en Caljouw, MF: Zorg in Focus, Medisch Contact 20 aug 2004 p 1304

⁸ www.schoudice.com

⁹ Meloen, JD, Groenewegen, PP, Hingstman, L: De toekomst van het algemene ziekenhuis, Nivel Utrecht november 2000;



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Kleine ziekenhuizen in het buitenland en hun gerichtheid op specifieke taken en doelgroepen

Achtergrondstudie uitgebracht aan het
College Bouw ziekenhuisvoorzieningen

Dr. H.J. van der Steeg
Prof.dr. A.J.P. Schrijvers

UMC Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

Utrecht, april 2005

Prof. A.J.P. Schrijvers
UMC Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde
Postbus 85500, huispost Str. 6.131
3508 GA Utrecht
e-mail: a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding-----	3
2.	Onderzoeksmethoden-----	3
3.	Beschrijving van het kleine ziekenhuis (profielziekenhuis) in de verschillende landen-----	5
3.1.	<i>Groot-Brittannië-----</i>	5
3.2.	<i>Finland-----</i>	7
3.3.	<i>Zweden-----</i>	8
3.4.	<i>Ierland-----</i>	9
3.5.	<i>USA-----</i>	10
3.6.	<i>Australië-----</i>	11
3.7.	<i>Canada-----</i>	11
3.8.	<i>Nieuw Zeeland-----</i>	12
4.	Wat zijn de lessen ?-----	12
4.1.	<i>Algemeen-----</i>	12
4.2.	<i>Concentratie van ziekenhuisvoorzieningen-----</i>	13
4.3.	<i>Deconcentratie-----</i>	13
5.	Samenvatting en conclusies-----	15
Bijlagen		
<i>Bijlage 1</i>	<i>Verzonden e-mail naar buitenlandse relaties-----</i>	17
<i>Bijlage 2</i>	<i>Geraadpleegde rapporten en documenten-----</i>	18
<i>Bijlage 3</i>	<i>Geraadpleegde websites-----</i>	19

1. Inleiding

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (Bouwcollege) vroeg Prof. Dr. A.J.P. Schrijvers van het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht begin december 2004 een desktop onderzoek te doen naar kleinschalige (ziekenhuis-)voorzieningen met functies op het gebied van zowel de tweede- als de eerstelijnsgezondheidszorg in de EU en in andere OECD landen. Het onderzoek werd onder zijn leiding uitgevoerd door Dr. H.J. van der Steeg. De verantwoordelijkheid voor het uit te brengen rapport berust bij het Julius Centrum. Het onderzoek heeft het karakter van een achtergrondstudie en moet bouwstenen opleveren voor een nadere uitwerking van het begrip 'profielziekenhuis' volgens de vervolgitvoeringstoets Spreiding Ziekenhuiszorg van het Bouwcollege (Bouwcollege, 2002).

In Nederland wordt sinds een aantal jaren het begrip 'profielziekenhuis' gehanteerd. Het begrip werd in 2002 door het Bouwcollege in het hiervoor genoemde rapport geïntroduceerd. Het profielziekenhuis ligt op een continuüm van verschijningsvormen van ziekenhuiszorg tussen een klein algemeen ziekenhuis en een dagkliniek in. Het voert ook zorg met >24 uurverpleging uit. Het functiepakket kan overlappingen vertonen met de care voorzieningen. Het profielziekenhuis kan zich profileren op een bepaald deelgebied van de algemene ziekenhuiszorg en/of op bepaalde doelgroepen. Voorbeelden zijn de Maartenskliniek, waar men zich richt op drie deelgebieden van de gezondheidszorg, te weten orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde, en het Oogziekenhuis Rotterdam, waar men binnen de oogheelkunde een 'productiestraat' voor cataractchirurgie heeft ontwikkeld.

De vraagstelling voor het onderzoek van het Bouwcollege aan het Julius Centrum luidde:
Welke kenmerken hebben kleine ziekenhuizen in het buitenland die zich profileren op een bepaald deelgebied van de ziekenhuiszorg of op een bepaalde doelgroep ?

Te onderscheiden kenmerken hierbij zijn:

- de inhoud van het functiepakket; de belangstelling gaat vooral uit naar de functies voor chronisch zieken en ouderen (bijvoorbeeld geriatrische observatie), reactivering/revalidatie, en spoedeisende hulp
- de omvang van de voorziening en de omvang van het verzorgingsgebied
- omvang van diverse functies, en het aantal patiënten
- organisatorische relaties met andere instellingen voor gezondheidszorg en welzijn
- bestuurlijke inbedding: zijn de kleinschalige voorzieningen bestuurlijk en financieel zelfstandig of maken ze deel uit van een groter geheel?
- relevante omgevingsfactoren, zoals overheidsbeleid en financieringsstructuur.

Het gaat eigenlijk om 'fact binding' van het profielziekenhuis in het buitenland met daarbij speciale belangstelling van het Bouwcollege voor die profielziekenhuizen, waar multidisciplinaire complexe zorg wordt geboden in een 'integrated care context'.

2. Onderzoeksmethoden

1. Met behulp van Pubmed, Medline en Google werd literatuurstudie uitgevoerd op volgende zoekwoorden: profile hospitals, community hospitals, cottage hospitals, integrated care centres, focus factory, organization structure en combinaties van deze woorden. Omdat verondersteld werd dat er heel wat literatuur over het onderwerp bestaat, werd besloten om de zoekperiode te beperken van het jaar 2000 tot heden. Bovendien leek het beter, te voorkomen dat inmiddels achterhaalde verschijningsvormen van de kleine ziekenhuizen zouden worden beschreven. Immers, in de afgelopen jaren hebben zich in de gezondheidszorg ontwikkelingen voorgedaan die vooral op de kleine ziekenhuizen grote invloed hebben gehad. De verkregen

- abstracts werden gescreend op de kenmerken genoemd in de vraagstelling. Wanneer in het abstract aanwijzingen werden gevonden dat het volledige artikel meer vermeldde over de kenmerken van de kleine ziekenhuizen, dan werd het artikel bestudeerd. Tevens werd dan in de referentielijst gezocht naar artikelen (soms ook van vóór het jaar 2000), waarvan verwacht mocht worden dat ze eveneens aandacht zouden besteden aan de kenmerken van de vraagstelling. Door deze zoekmethode is een redelijk compleet beeld van de literatuur vanaf 2000 verkregen.
2. Aan relaties van het Julius Centrum met een vermoedelijke kennis over het functioneren van profielziekenhuizen werd een verzoek gericht (bijlage 1) om hun mening, om titels van artikelen en documenten, websites, materiaal van 'good practices' en statistische bronnen. Deze relaties bevinden zich binnen het Internationaal Network of Integrated Care, het International Journal of Integrated Care en het European Health Executive Programme.
 3. Hetzelfde verzoek ging uit naar de relaties in het netwerk van A.J.P.Schrijvers en H.J. van der Steeg.
 4. Eén van de onderzoekers bezocht in de periode van 24 tot 29 januari 2005 de eerste module van het European Health Executive Programme in Newcastle, Groot-Brittannië. Er werd met zowel leden van de faculty als met internationale deelnemers gesproken over de kleine ziekenhuizen in hun land (Finland, Zweden, GB, Ierland, Duitsland en Hongarije). Beide onderzoekers waren vervolgens aanwezig bij het Integrated Care congres in Dublin van 14 en 15 februari 2005, waar met weer andere deelnemers de kleine ziekenhuizen in hun land ter sprake kwamen. Hierbij werd vanuit de Verenigde Staten, Ierland en Groot-Brittannië aanvullende informatie verkregen in de vorm van persoonlijke mededelingen en titels van relevante rapporten en websites.
 5. Omdat het Bouwcollege na uitgebreide studie van Australië hierover zelf een rapport heeft uitgebracht (Bouwcollege 2004), komt dit land hier niet ter sprake.

In de internationale literatuur is het 'profielziekenhuis' als term niet bekend. Invoeren van de term 'profile hospital' in Pubmed, Medline en Google leverde geen resultaten op. De overige zoekwoorden leverden 58 abstracts en 10 documenten op. Op grond van de abstracts werden 21 artikelen uitgebreid bestudeerd, evenals alle documenten. De artikelen en documenten hadden vooral betrekking op situaties in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten, Australië en Canada en besloegen het tijdvak 2000 tot 2005. Slechts zeven artikelen hadden Duitsland, Zwitserland, Frankrijk of Nederland als focus.

In de artikelen en documenten werd nauwelijks een aanduiding gevonden van de kenmerken van de kleine ziekenhuizen zoals verwoord in de vraagstelling.

De artikelen behandelden vooral:

- medisch inhoudelijke onderwerpen zoals het voorkomen van bepaalde ziekten in stedelijke gebieden in vergelijking met rurale gebieden
- evaluatie van de aangeboden zorgprogramma's in kleine ziekenhuizen in landelijke gebieden
- efficiëntie op het gebied van de kosten
- kwaliteit en patiëntveiligheid in de kleine ziekenhuizen
- inzet van staf en ander personeel en hoe om te gaan met de nieuwe arbeidstijdenwet van de EU
- invloed van community hospitals op de bedbezetting van de grotere algemene ziekenhuizen in de buurt.
- maatregelen om de verpleegduur te bekorten.

Omdat de meeste artikelen beschrijvend van aard zijn was het mogelijk om uit de inleiding en de discussie elementen te halen die een beeld geven van het kleine ziekenhuis. Uit ontvangen

documenten en e-mails konden deze beelden worden aangevuld met beschrijvingen van het kleine ziekenhuis.

Op het verzoek om titels van artikelen, rapporten, documenten, good practices en websites werd door 30 van de 57 relaties van de onderzoekers meer en minder uitgebreid gereageerd, met name uit de Verenigde Staten, Canada, Groot-Brittannië, Ierland, de Scandinavische landen, Australië en Nieuw Zeeland. Naast documenten en rapporten (bijlage 2) en informatieve websites (bijlage 3) werden beschrijvingen ontvangen van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de verschillende landen en van de consequenties die deze ontwikkelingen hebben gehad op de (kleine) ziekenhuizen.

Aan de hand van de bestudeerde artikelen, documenten, rapporten en e-mails zullen de gevonden verschijningsvormen van het kleine ziekenhuis of het profielziekenhuis in dit rapport per land beschreven worden.

3. Beschrijving van het kleine ziekenhuis (profielziekenhuis) in de verschillende landen

3.1. Groot-Brittannië

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met zes relaties in Groot-Brittannië, gesprekken tijdens de European Health Executive Programme in Newcastle, gesprekken tijdens het Integrated Care Congres in Dublin, vijf artikelen, de documenten 2.1, 2.2, 2.8 en 2.15 (bijlage 2), en de website 3.1 (bijlage 3).

Naast de erkenning in Groot-Brittannië dat er concentratie nodig blijft van specialistische hoog-complexe zorg, van 24-uurs spoedeisende hulp van ernstige aandoeningen en van grote geplande chirurgische ingrepen, die eventueel intensieve zorg nodig hebben in de grotere algemene (acute) ziekenhuizen, is men ervan overtuigd dat er met de ontwikkeling van dagbehandeling en ambulante zorg veel meer zorg in kleinere ziekenhuizen kan worden gegeven. Kleine ziekenhuizen in Groot-Brittannië bestaan uit kleine algemene ziekenhuizen, *community hospitals* (al of niet met centra voor ambulatory care plus) en *treatment centres*.

Kleine algemene ziekenhuizen.

Het is niet mogelijk een beschrijving te geven van *het* kleine algemene ziekenhuis. Er is een grote verscheidenheid. Over het algemeen wordt gefocust op de basisspecialismen, routine procedures en toegang tot spoedeisende hulp. De mogelijkheden om voldoende medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel in te zetten zijn bepalend voor de uitgebreidheid van de zorg die men aanbiedt.

Het Europese werktijdenbesluit zet vooral de 24-uurs spoedeisende zorg onder druk. Er wordt geprobeerd daarvoor creatieve oplossingen te bedenken. De volgende drie voorbeelden uit Groot-Brittannië laten zien welke mogelijkheden er zijn om ook in kleine ziekenhuizen in ons land toch acute en spoedeisende zorg te kunnen invullen.

Central Middlesex Hospital in North London: Brent Emergency Care and Diagnostic Centre. Een klein algemeen ziekenhuis van 243 bedden met een verzorgingsgebied van 220.000 inwoners en 180 spoedopnames per week. Daar heeft men een redesign van het patiëntenproces doorgevoerd met andere rollen voor de ziekenhuisstaf, gebaseerd op zorgsystemen, zorgpaden en protocollen. Een uitgebreide beschrijving van de manier waarop zij hun service hebben vormgegeven vindt u in bijlage 3, website 3.1.

Bishop Auckland Hospital: het kleinste van de drie traditionele algemene ziekenhuizen in het rurale gebied van het County Durham en Darlington met een bevolking van 125.000

inwoners. Met name de spoedeisende hulp overeind houden was een probleem. Hoe zij het in combinatie met de GP's en de twee andere ziekenhuizen hebben opgelost leest u op website 3.1 van bijlage 3.

West Cornwall Hospital: Urgent Assessment Diagnostic and Treatment Hospital.

Dit algemene ziekenhuis is een klein afgelegen ziekenhuis, 35 mijl verwijderd van het dichtstbijzijnde grotere ziekenhuis. Door personeelsproblemen kost het moeite de klinische standaarden en acute zorg overeind te houden. Door de afgelegen ligging is concentratie van zorg evenwel ook geen optie. Op website 3.1 van bijlage 3 leest u welke oplossing men heeft gekozen.

Community hospitals

Community hospitals worden ook wel cottage hospital (CH), *general practitioner CH* of rehabilitation hospital genoemd. Er is een grote variëteit in de opzet en werkwijze van de community hospitals.

Algemene kenmerken zijn:

- 80% van de CH heeft minder dan 50 bedden
- het aantal bedden kan oplopen tot 150 bedden
- opname, zorg en ontslag staan onder verantwoordelijkheid van de huisarts
- veelal oudere patiënten worden hier, als ze niet thuis kunnen blijven, opgenomen. Als ze zieker worden gaan ze naar het *acute hospital*. Bij ontslag uit het acute ziekenhuis gaan ze vaak voor de nazorg naar het community hospital; een vorm van step up en step down dus
- reconvalescentie
- mogelijkheden voor rehabilitatie
- mogelijkheden voor palliatieve zorg
- ziekenhuisverplaatste zorg (respice care)
- meestal is er geen SEH aanwezig
- de zorg wordt vaak als matig beoordeeld
- ze zijn niet zelfstandig maar een onderdeel van een NHS Hospital Trust of van een Mental Health Trust.

Met de komst van een aantal NHS Foundation Trusts - waarin meer invloed van de lokale gemeenschap - zijn er ook nieuwe types community hospitals gekomen, die beter tegemoet komen aan de behoeften van de lokale bevolking.

Aan de bovenbeschreven kenmerken kunnen in wisselende combinatie worden toegevoegd:

- spreekuren door één of meerdere specialisten (algemene interne geneeskunde, chirurgie, orthopedie, cardiologie, KNO, gynaecologie, gastroenterologie, neurologie, reumatologie, dermatologie, sexologie en audiologie)
- diagnostische voorzieningen
- electieve geplande ingrepen door specialisten in dagbehandeling
- poliklinische behandeling van chronische ziekten
- unit voor chirurgische behandeling van kleine verwondingen, overdag van 8.00 tot 20.00 uur.

Deze toegevoegde voorzieningen noemt men 'ambulatory care plus', waarmee men wil aanduiden dat uitbouw van ambulante zorg (buitenpolikliniek) een sterke toename van de service aan de lokale bevolking kan betekenen.

Treatment centres (TC's)

Sinds 2003 zijn er 46 treatment centres opgericht, waarvan er 32 operationeel zijn. Verwacht wordt dat er eind 2005 tachtig TC's zullen zijn. In eerste instantie zijn ze opgericht met de

bedoeling om de wachtlijsten te helpen wegwerken. Tot nu toe zijn er meer dan 130.000 patiënten behandeld. Momenteel is er sprake van een grote paraplu aan zorg die in de TC's aangeboden wordt.

Kenmerken van de TC's:

- ze worden gerund door NHS Trusts, Primary Care Trust of door een onafhankelijke marktpartij, niet zelden van buitenlandse herkomst
- de TC's kunnen nieuwe gebouwen zijn, of niet gebruikte, opgeknapte gebouwen op het ziekenhuisterrein
- een treatment centre kan een virtuele organisatie binnen het ziekenhuis zijn
- de staf kan uitsluitend in het TC werken, of flexibel, in combinatie met andere NHS voorzieningen
- de staf kan geheel een NHS-staf zijn, een onafhankelijke staf, of gecombineerd
- TC's bieden zorg aan bepaalde patiëntengroepen (b.v. diabetici) waar men dan voor alle facetten van de diabeteszorg terecht kan
- TC's bieden geen acute zorg
- TC's kunnen zijn opgezet voor bepaalde chirurgische specialismen en hebben zich toegelegd op het verrichten van planbare electieve chirurgie (b.v. cataractchirurgie), meestal alleen in dagbehandeling; soms is er de mogelijkheid voor short stay
- electieve diagnostiek
- beloning volgens de normale NHS tarieven
- zorginkoop veelal door de Primary Care Trust omdat de prijs-kwaliteitverhouding goed is.
- de zorg wordt als goed ervaren doordat er adequate personele inzet is.

3.2. Finland

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met vier relaties in Finland, gesprekken tijdens de European Health Executive Programme in Newcastle, de documenten 2.15 en 2.16 (bijlage 2) en de websites 3.8, 3.10 en 3.11 (bijlage 3).

Op de top van de ziekenhuispiramide in Finland staan de vijf universiteitsziekenhuizen. Ze hebben ieder een verzorgingsgebied van 150.000 tot 550.000 inwoners met daarbovenop de topklinische en topreferente activiteiten voor een groter gebied (circa 0.8 tot 1.7 miljoen inwoners). Vervolgens kent men 16 'central hospitals', vergelijkbaar met de grotere algemene ziekenhuizen in Nederland, die een verzorgingsgebied hebben van 100.000 tot 250.000 inwoners. In deze ziekenhuizen worden meestal alle specialismen ingevuld, inclusief spoedeisende zorg, IC en CCU.

Voorts kent men de kleine ziekenhuizen, ruim 30. Men noemt ze *local county hospital* of *town hospital*. Het verzorgingsgebied varieert van 20.000 tot 50.000 inwoners. In deze ziekenhuizen vindt men eigenlijk altijd algemene interne geneeskunde en chirurgie en soms enkele andere specialismen. De samenstelling van de specialismen varieert van ziekenhuis tot ziekenhuis. Lang niet overal vindt men bijvoorbeeld verloskunde. Niet zelden moet men hiervoor zelfs honderden kilometers rijden. De ziekenhuizen worden betaald met publiek geld. In feite betaalt de gemeente van de patiënt de kosten, en alle gemeenten behoren tot een ziekenhuisdistrict, waarvan er in Finland 20 zijn. De gemeenten zijn dus zowel provider als purchaser. De kleine ziekenhuizen vormen geen specifiek netwerk.

In de kleine ziekenhuizen wordt vaak eerstelijns- en tweedelijnszorg samen aangetroffen. Spoedeisende zorg buiten kantooruren wordt in de kleine ziekenhuizen door de huisartsen verzorgd, met een specialist op de achterhand.

Het doel van veel kleine ziekenhuizen, zo werd gemeld door een ziekenhuisdirecteur, is om meer geriatrische zorg aan te bieden, maar dit gaat nog slechts mondjesmaat. Het spreekt

vanzelf dat in een dunbevolkt land met zulke grote afstanden het transport met de ambulance en de heli-copter extra aandacht heeft gekregen.

Er zijn, uitsluitend in de grote steden, een paar private ziekenhuizen, waar door specialisten spreekuur wordt gehouden en planbare electieve chirurgie wordt verricht. Recent is er in Tampere een focus factory gestart in orthopedie: een joint venture tussen het Tampere universiteitsziekenhuis en particuliere investeerders.

3.3. Zweden

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met drie relaties in Zweden, gesprekken tijdens de European Health Executive Programme in Newcastle, de documenten 2.15 en 2.16 (bijlage 2) en website 3.9 uit bijlage 3.

Het Zweedse systeem lijkt veel op het Finse. Er zijn 21 *county councils* die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg, zowel in de eerste- als in de tweedelij. De grootte van een county varieert wat inwonersaantal betreft van 130.000 tot 2 miljoen.

Men kent in Zweden 80 algemene county ziekenhuizen en 9 regionale ziekenhuizen. Als voorbeeld kan een county dienen van 120.000 inwoners waar één ziekenhuis is met 450 bedden en 50 bedden voor psychiatrische patiënten (vergelijkbaar met een PAAZ). Alle specialismen zijn in dat ziekenhuis vertegenwoordigd behalve neurochirurgie en transplantatiegeneeskunde. Er is een IC, een CCU en een grote SEH.

Er zijn ook gebieden (counties) waar, door de uitgestrektheid, naast een groot ziekenhuis ook kleinere ziekenhuizen aanwezig zijn. In die kleine ziekenhuizen is de situatie vergelijkbaar met Finland. De basisspecialismen algemene interne geneeskunde en chirurgie zijn aanwezig en verder veelal enkele andere specialismen met soms, maar lang niet altijd, obstetrie en gynaecologie.

Aanvankelijk bestond er overal wel een 24/7 spoedeisende hulp, maar deze service is op veel plaatsen door gebrek aan beschikbare professionals teruggebracht tot alleen spoedeisende hulp in de interne geneeskunde. Chirurgie is vaak alleen nog als electieve dagchirurgie aanwezig.

In Zweden bestaan slechts een paar private ziekenhuizen. Ze zijn meestal klein en gespecialiseerd in electieve chirurgie. Meer uitvoerige informatie werd verkregen van het Ersta ziekenhuis in Stockholm. Het is een particulier non profit ziekenhuis en bestaat uit een centrum voor gastrointestinale geneeskunde waar 16 GE chirurgen, 8 GE specialisten en 6 anesthesiologen werken op een afdeling van 50 bedden plus 6 intensive care bedden. Zo zijn ze ook in staat om fragiele ouderen met vaak complexe problemen te opereren en te behandelen. Voor de IC hebben ze 2 cardiologen en 2 internisten in dienst. Verder zijn ze gespecialiseerd in psychiatrie, met name in werkgerelateerde problemen in de gezondheidszorg en in rehabilitatie na neurologische aandoeningen, zoals CVA. In feite bieden ze wat genoemd wordt *stroke service*. Voor deze rehabilitatie gebruiken ze 50 bedden, waarmee ze de hele Stockholmregio bedienen. Tot slot beschikt men over een hospice, het eerste in Zweden. Men heeft geen SEH en geen eerstelijnsvoorzieningen. Men onderhoudt nauwe banden met het Karolinska instituut in Stockholm. Dit Ersta ziekenhuis is een typisch voorbeeld van een profielziekenhuis.

3.4. Ierland

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met één relatie in Ierland, één artikel, gesprekken tijdens de European Executive Programme in Newcastle en het Integrated Care Congress in Dublin, en de documenten 2.3 tot en met 2.7 (bijlage 2).

De Ierse gezondheidszorg is sterk in beweging, wat met zich meebrengt dat de beschrijving van het kleine ziekenhuis over enkele jaren weer heel anders kan zijn. De strategie die tot het jaar 2010 in ontwikkeling is kent vier doelstellingen: betere gezondheid voor iedereen, gelijke toegang voor iedereen, verantwoorde en doeltreffende zorg, en hoge kwaliteit. De Ierse gezondheidszorg kent een paar problemen:

- de huisartsenzorg
- de organisatie van het ambulancevervoer
- de ziekenhuiszorg, die te weinig op specialisten is gebaseerd en teveel op non-consultant hospital doctors (NCHD's)
- de artsen in de ziekenhuizen maken veel te veel uren, waardoor de kwaliteit onder druk staat en men bij lange na niet voldoet aan de arbeidstijdenwet
- hierdoor bestaat een capaciteitsprobleem en een opleidingsprobleem in de ziekenhuiszorg.

Deze context wordt genoemd omdat het verklaart waarom er ook in Ierland een tendens tot concentratie is, maar tevens waarom men in kleine steden een eigen ziekenhuis wenst te behouden. Tegelijkertijd valt hieruit te destilleren welke problemen men het hoofd moet bieden.

Men kent in Ierland de grote *acute hospitals*, waar alle specialismen aanwezig zijn en waar men een SEH, een IC en een CCU heeft. Voorts kent men de kleine algemene ziekenhuizen, waar men een combinatie van specialismen heeft maar altijd met algemene interne geneeskunde en chirurgie als basis, en dikwijls geriatrie en rehabilitatie. Er is een SEH aanwezig, maar daarin kent men gradaties en meestal wordt alleen kleine traumatologie behandeld. In de kleine ziekenhuizen worden geen grote ingrepen gedaan, daarvoor gaat men naar de grotere centra.

De aanwezigheid van andere specialismen wordt mede bepaald door wat er in de naburige ziekenhuizen aan zorg wordt aangeboden. Dit kan het beste beschreven worden aan de hand van de Midland Area in Ierland. In dit gebied wonen 250.000 mensen. Er bevinden zich drie ziekenhuizen, ieder van 100 tot 125 bedden, in een onderlinge afstand van ongeveer 25 tot 30 km. Eén van deze drie ziekenhuizen is gelegen in een stad van 25.000 inwoners. De ziekenhuizen zijn in feite profielziekenhuizen, omdat ze in onderlinge samenhang steeds een beperkt aantal functies aanbieden. Wel bestaat de basis steeds uit algemene interne geneeskunde en chirurgie. In het ene ziekenhuis is er daarnaast obstetrie en gynaecologie aanwezig en in het andere bestaat een combinatie met orthopedie en oncologie. Overal is er een SEH, waar de mogelijkheden die de aanwezige specialisten hebben mede bepaalt wat er naast de kleine traumatologie en 'acute medicine' gebeurt. In het ziekenhuis waar de hoofdfunctie oncologie aanwezig is worden de beslissingen voor de cytostaticabehandelingen genomen. Het toedienen van de cytostatica kan daar plaatsvinden, maar kan naar keuze ook worden gegeven in een ziekenhuis dichtbij huis. Tussen de ziekenhuizen bestaat dus een onderling netwerk.

Community hospitals

Net als in Groot-Brittannië kent men de *community hospitals*, die door huisartsen worden gerund. Er bestaat in toenemende mate verzet bij de huisartsen, zo werd verteld, omdat men voor deze activiteiten extra wil worden betaald.

Kenmerken van een community hospital:

- meestal < 50 bedden
- opnames voornamelijk van oudere mensen
- is te beschouwen als een step up step down ziekenhuis voor het algemene ziekenhuis
- reconvalescentie
- palliatieve zorg (hospice).

3.5. De Verenigde Staten

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met twee relaties in de Verenigde Staten, op zes artikelen en acht verslagen van Amerikaanse ziekenhuizen (via Google), op gesprekken tijdens het Integrated Care Congress in Dublin, op de documenten 2.9 tot en met 2.14 (bijlage 2) en op de websites 3.3, 3.4, 3.5, 3.12 en 3.21 (bijlage 3).

De USA kent een grote variatie in gezondheidszorginstellingen, die hier niet allemaal besproken worden. Het blijkt dat er 2 soorten kleine ziekenhuizen zijn: *Critical Access Hospitals* en *specialty hospitals*, zowel in rurale als in stedelijke gebieden. Deze zullen nader worden beschreven

Critical Access Hospitals (CAH's)

Er bestaan op dit moment 1032 CAH's, die ongeveer 50% van de rural community hospitals vertegenwoordigen. Men krijgt van het Congres de CAH status (en dus financiering via Medicare) om te zorgen dat er in bepaalde rurale gebieden voldoende zorg gewaarborgd blijft. Voorwaarde hierbij is dat men meer dan 35 mijl verwijderd is van een ander ziekenhuis, of van een ander CAH. Soms wordt een klein ziekenhuis door de staat als CAH aangewezen als een noodzakelijke aanbieder van zorg.

Het gemiddelde aantal bedden in de CAH's is 30. De functies die men aanbiedt zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de al of niet aanwezige professionals. Over het algemeen beschikt men over algemene interne en chirurgische faciliteiten. Men verzorgt spoedeisende hulp en vaak verloskunde. De intensiteit van de zorg die men biedt is afhankelijk van de competenties van de artsen. Het is van belang te weten dat in de meeste rurale ziekenhuizen geen specialistische geneeskunde wordt aangeboden, zo schreef de voorzitter van de AHA. De CAH's hebben zowel klinische als poliklinische faciliteiten plus veelal de faciliteiten voor laboratoriumdiagnostiek, radiologie, fysiotherapie en een apotheek. Soms is er een aparte unit voor rehabilitatie en/of voor psychiatrische zorg.

De CAH's moeten ten aanzien van opnameduur en aantal bedden die voor acute zorg worden gebruikt aan strenge criteria voldoen. Tot voor kort gold dat men niet meer dan 15 bedden voor acute care mocht inzetten; recent is dit verhoogd tot maximaal 25 bedden (Annual Report 2004 of the AHA Section for Small and Rural Hospitals).

De staf in de CAH's kan bestaan uit *primary care physicians* (PCP's), nurse practitioners, physician assistants (PA's), SEH artsen en PCP's die geaccrediteerd zijn in algemene interne geneeskunde, *family medicine*, obstetrie, pediatrie en chirurgie. Het is van belang op te merken dat in de CAH's vooral laagcomplexere geneeskunde wordt bedreven. Voor meer complexe zorg en grotere operaties wordt verwezen naar de specialisten in de grotere centra in de stad.

Specialty Hospitals

Dit zijn kleine ziekenhuizen met een beddenaantal van 10 tot 50, in zowel rurale als stedelijke gebieden. Deze ziekenhuizen hebben zich gespecialiseerd in bepaalde zorg en bieden zowel klinische als poliklinische zorg voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, orthopedie, rehabilitatie en planbare electieve chirurgie. Er is van deze ziekenhuizen geen algemeen beeld te geven. Soms zijn ze controversieel wegens het feit dat ze verzekerde laagrisicopatiënten afromen.

Tenslotte is het aan te bevelen kennis te nemen van de opvattingen en manier van organiseren van de primary care van 'Kaiser Permanente' in Californië. Daar maakt men in teams gebruik van huisartsen plus, PA's en nurse practitioners en kan men meer eerstelijnszorg bieden dan in de standaard primary care setting. Via een integrated care benadering weet men meer patiënten te behandelen en uit het ziekenhuis te houden. De mededeling van Chris Ham

onlangs op het congres voor Integrated Care in Dublin, dat men in de NHS in Groot-Brittannië drie keer zoveel ziekenhuisbedden gebruikt voor patiënten met 10 chronische ziekten dan in Californië, geeft stof tot nadenken.

3.6. Australië

Het verslag van een studiereis naar Australië in de achtergrondstudie 'For profit ziekenhuizen in het buitenland' (Rapportnr. 569 van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen), biedt veel informatie over de gezondheidszorg in Australië en over de manier waarop men bezig is kleinschalige voorzieningen als een Super Clinic of ICC (integrated care centre) in rurale gebieden op te richten. De gegevens die via e-mail correspondentie werden verkregen uit 'down under' voegen niet wezenlijk toe aan het reeds beschreven rapport nr. 569.

3.7. Canada

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met twee relaties in Canada en op de websites 3.18, 3.19 en 3.20 (bijlage 3).

De gezondheidszorg in Canada is op provincieniveau geregeld. Zo kunnen details van provincie tot provincie verschillen. Ontario is één van de dichtstbevolkte gebieden in Canada en heeft bijna net zoveel ziekenhuizen als Nederland.

In Canada hebben de ziekenhuizen een nauwe relatie met de gemeentelijke overheid en met de provincie, die de kaders aangeeft voor het kleine ziekenhuis. Dit betreft de basisvoorzieningen die aanwezig dienen te zijn, waartoe veelal ook een SEH behoort. Een algemene beschrijving van de kenmerken van het kleine ziekenhuis is niet te geven; er bestaat een grote variatie. In algemene zin staan kleine algemene ziekenhuizen in Canada onder druk als gevolg van problemen met de financiering en door een tekort aan professionals. Het lukt haast niet meer om als klein ziekenhuis zelfstandig te zijn. Er worden in toenemende mate allianties met grotere ziekenhuizen gesloten om de 'professional resources' te kunnen delen. Het kleine ziekenhuis in Grimsby is exemplarisch voor de kleine ziekenhuizen in Ontario, zo werd medegedeeld door de ziekenhuisdirecteur. Het bestaat uit 60 bedden bij een verzorgingsgebied van 55.000 mensen. Er is een SEH, algemene interne geneeskunde, chirurgie en verloskunde en een aantal bedden wordt gebruikt voor langdurige complexe zorg. Op de SEH worden per jaar 27.000 patiënten gezien. Het budget bedraagt ongeveer 22 miljoen Canadese dollars. Men heeft recent een management services agreement gesloten met de Hamilton Health Sciences. Hamilton ligt 30 autominuten verder.

Er zijn kleine ziekenhuizen die zich aan het specialiseren zijn in bepaalde typen zorg, zoals b.v. cataractchirurgie, orthopedische operaties en electieve planbare chirurgie, met het doel de kwaliteit zo hoog mogelijk te houden en de kosten te reduceren. Soms heeft men dan nog wel een SEH, maar heel vaak ook niet. Als oplossing voor de SEH ziet men de ontwikkeling ontstaan dat de huisartsen deze runnen, met de specialist als consultant op de achterhand.

3.8. Nieuw Zeeland

Dit deel is gebaseerd op e-mail correspondentie met drie relaties uit Nieuw Zeeland en op het verslag van A.J.P. Schrijvers van zijn reis naar Nieuw Zeeland in 2004.

In Nieuw Zeeland kent men twee soorten kleine ziekenhuizen: super clinics (gezondheidscentra) en community hospitals. Nogal wat kleine ziekenhuizen zijn getransformeerd tot super clinics.

Super clinics

In super clinics worden patiënten poliklinisch gezien en worden patiënten ingeval van spoedeisende acute zorg gestabiliseerd voordat ze naar een groter centrum worden vervoerd. Primair zijn de super clinics afgelegen buitenpoliklinieken van een groter algemeen ziekenhuis. De verscheidenheid van de super clinics is groot; er bestaat niet zoiets als *de* super clinic. De zorg wordt gegeven door Primary Care Physicians.

Community hospitals.

Community hospitals liggen in rurale gebieden. De medische staf bestaat uit een mix van plaatselijke huisartsen en niet-gespecialiseerde ziekenhuisartsen. Het zijn geen *focus factories* die zich op één deel van de gezondheidszorg richten, maar zij verzorgen een breed scala aan klinische activiteiten. Ze worden ondersteund door medisch specialisten die poliklinische spreekuren houden en ze hebben goede verwijzrelaties met de grotere ziekenhuizen. Ze worden gebruikt als step up en step down voor deze grotere ziekenhuizen. In deze community hospitals worden ook meestal electieve, laag-complexe chirurgische ingrepen gedaan. Met name de mogelijkheden voor postoperatieve zorg bepalen welke ingrepen men kan doen. Soms, afhankelijk van het gebied, zijn deze ziekenhuizen ook de basis voor public health, primary health en andere sociale ondersteuning.

Hoofdstuk 4. Wat zijn de lessen ?

4.1. Algemeen

Uit de voorgaande beschrijvingen komt naar voren dat *het* kleine ziekenhuis niet bestaat. Er wordt een grote variatie aangetroffen in de functies die in de kleine ziekenhuizen worden aangeboden, in de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijns en in de patiëntencategorieën die worden behandeld. Daarin is overigens geen rode draad te herkennen. Dit heeft vooral te maken met de context waarin de zorg wordt aangeboden: deze wisselt van land tot land en van regio tot regio. Binnen deze context is het kunnen beschikken over bepaalde professionals belangrijk. Het fenomeen zoals in Nederland, dat er op enkele categorale ziekenhuizen en privé-klinieken na alleen maar algemene ziekenhuizen bestaan waar in ieder geval *alle* basisspecialismen worden uitgeoefend, is in het buitenland onbekend. In het buitenland zijn ook genoeg ziekenhuizen te vinden waar alle basisspecialismen aanwezig zijn, maar daarnaast kent men vele ziekenhuizen waar slechts een beperkt pakket aan specialismen wordt aangeboden.

Opvallend verschil tussen Nederland en de bovenbeschreven landen is de verwevenheid van de lokale overheid (gemeente, district of provincie) met de gezondheidszorg. Zij hebben een belangrijke stem en rol in de 'health service' die men aan de bevolking wil aanbieden, vermoedelijk omdat men ook vaak inkoper van die zorg is. Uit de documenten en de persoonlijke reacties is voorts gebleken dat de kenmerken van de kleine ziekenhuizen niet los gezien kunnen worden van de ontwikkelingen die in de gezondheidszorg hebben plaatsgevonden. Omdat er voor de Nederlandse situatie lessen uit kunnen worden geleerd is het van belang deze te beschrijven. Het gaat vooral om een beschrijving van de redenen tot concentratie van voorzieningen en activiteiten, en van de tendens, vooral in de Europese Engelstalige landen, om weer te deconcentreren.

4.2. Concentratie van ziekenhuisvoorzieningen

Net als in Nederland hebben er in veel landen de afgelopen twee decennia fusies en concentraties plaatsgevonden van de ziekenhuisvoorzieningen. In meer of mindere mate zijn de volgende redenen in wisselende combinatie daarbij van belang geweest:

- de continuïteit van zorg kwam onder druk te staan door een tekort aan personeel. Daarbij kwam de regelgeving rondom de werktijden van het medisch, verpleegkundig en (para) medisch personeel, waardoor een capaciteitsprobleem ontstond en de noodzaak ontstond om de ‘resources’ te delen
- de capaciteitsproblemen van medische professionals
- de druk op de kwaliteit van zorg
- het sterke verband dat werd gelegd tussen het volume van de ingrepen en de kwaliteit ervan, alsmede de daardoor ontstane druk (vanuit wetenschappelijke verenigingen) om bepaalde ingrepen te concentreren
- de mogelijkheden voor subspecialisatie en superspecialisatie in grotere ziekenhuizen
- het delen van de werklast en de disutility over meerdere specialisten
- een efficiënt gebruik van dure en veelal immobiele diagnostische en therapeutische apparatuur
- kostenreductie
- budgetverruiming.

Het algemene kenmerk van deze concentratietendens van de ziekenhuisvoorzieningen is: het is aanbodgerichte zorg, die geen rekening houdt met de behoeften van de patiënt. De menselijke schaal is verloren gegaan.

4.3. Deconcentratie.

Veel van de redenen om ziekenhuisvoorzieningen te concentreren bestaan nog steeds, maar er zijn ontwikkelingen (zie hieronder) in de gezondheidszorg en in het denken over gezondheidszorg, die herziening van het zorgaanbod onvermijdelijk maken. Het ‘big is beautiful’ ziekenhuis staat onder druk. Er is weer een opleving van het kleine ziekenhuis aan het ontstaan, zoals ook beschreven wordt in de rapporten 2.1, 2.2, en 2.3. (Bijlage 2).

Recente ontwikkelingen:

- de patiënt van vandaag is mondiger
- de patiënt van vandaag weet door de informatietechnologie meer over gezondheid en geneeskunde en is toenemend bereid voor de eigen gezondheid verantwoordelijkheid te nemen
- er is meer zorgvraag door de vergrijzing
- het aantal mensen met chronische aandoeningen die long-term zorgbehoeften hebben stijgt. Alleen al CPOD en hartfalen zullen de komende jaren met 40% toenemen
- zorgvraag (door ouderen) stijgt door toename van de technische mogelijkheden
- mensen zien gezondheidszorg als een normaal deel van hun leven en willen de zorg in de lokale ‘setting’ kunnen krijgen
- grote ziekenhuizen hebben onvoldoende menselijke dimensie
- de zorguitkomsten hebben niet alleen te maken met volume maar ook met de visie op zorg en de manier waarop de zorg is georganiseerd (bijvoorbeeld CVA)
- wachtlijsten zijn onacceptabel en moeten worden gereduceerd
- de zorg moet meer patiëntgericht zijn en toegesneden op de behoefte van de mensen en van de ‘communities’ waarin ze leven
- de toegenomen specialisaties hebben geleid tot veel aandacht voor de ziekte en minder voor de zieke. Er dient weer een balans te ontstaan tussen generalisten en specialisten.
- de geneeskunde wordt in toenemende mate geprotocolleerd met ondersteuning door klinische beslissobomen en met vervaging van het onderscheid tussen eerste- en tweedelij

- de ontwikkeling van transmurale zorgketens en clinical pathways zal leiden tot verbetering van zowel de logistiek als van de kwaliteit van zorg en heeft consequenties voor de verschijningsvorm van het ziekenhuis
- nieuwe technologieën van apparatuur, geneesmiddelen, communicatie en informatie bieden perspectieven om gezondheidszorg meer lokaal aan te bieden
- de capaciteit van het personeel in de ziekenhuizen en van de artsen blijft een probleem. Functiedifferentiatie en nieuwe en uitgebreidere rollen voor artsen, verpleegkundigen en paramedische staf worden ontwikkeld
- veel van de acute zorg wordt geboden door niet-specialisten, hetgeen leidt tot kwaliteitsverlies
- de gezondheidszorg is van monodisciplinair in multidisciplinair veranderd. Dus ligt een 'whole system' benadering voor de hand
- In Groot-Brittannië zijn mensen van boven de 65 jaar verantwoordelijk voor tweederde van de verpleegdagen in de ziekenhuizen en voor 40% van de opnamen. De meeste hebben acute zorg nodig, maar de vraag is of die zorg in het algemene acute ziekenhuis moet worden geleverd.
- de mogelijkheden om ziekenhuisnetwerken te maken dient nader te worden verkend.

Hoewel er een duidelijke tendens is om de kleine ziekenhuizen te herwaarderen, is het Europese werktijdenbesluit (maximaal 48 uur werken per week) zodanig dat dit op gespannen voet staat met het kleine ziekenhuis en met de zorg die een 24-uurs dekking vereist. Vandaar dat men, met name in Groot-Brittannië en in Ierland, bezig is nieuwe zorg- en servicemodellen te ontwikkelen, juist omdat men het van belang vindt om in de kleine ziekenhuizen, die veelal in rurale gebieden voor de bevolking een belangrijke functie vervullen, de spoedeisende hulp dicht bij de mensen in stand te houden.

In Groot-Brittannië hanteert men hierbij uitgangspunten die belangrijk genoeg zijn om hier te vermelden:

1. de ontwikkeling van nieuwe modellen vindt plaats *met* de patiënten en is gebaseerd op ervaringen van patiënten
2. de focus is gericht op redesign en niet op reallocatie
3. er is sprake van een 'whole system' benadering.

Het redesign van de zorg en de 'whole system' benadering houden in Groot-Brittannië onder meer in, dat oplossingen in de ziekenhuizen in de kleinere gemeenten een combinatie van de volgende kenmerken hebben:

- behoud van de toegang tot acute zorg (SEH). In de acute zorg bestaan gradaties en men probeert afhankelijk van de lokale situatie maatwerk te maken
- meer services voor de gemeente
- geïntegreerde zorg
- ontwerp van de zorg rondom de behoeften van de patiënt
- uitgebreidere en nieuwe rollen voor dokters, verpleegkundigen en paramedische staf (functiedifferentiatie)
- nieuwe manieren om het ziekenhuis 's nachts te managen
- een nieuwe balans in de zorg die generalisten (GP's) en specialisten leveren
- meer teamwork tussen artsen en andere gezondheidszorg professionals
- opzet van een netwerk met andere ziekenhuizen zodat je elkaars deskundigheid efficiënt kunt gebruiken
- meer gebruik van informatie- en communicatietechnologie zoals het EPD, telemedicine en teleconferencing
- adequate organisatie van ambulancevervoer.

5. Samenvatting en conclusies

1. De term *profielziekenhuis* wordt nergens ter wereld gebruikt. Bij het intikken van dit zoekwoord op internet worden geen hits gescoord.
2. Bij deze studie is gebleken dat Nederland het enige land is waar in *alle* algemene ziekenhuizen *alle* basisspecialismen aanwezig zijn. Onder basisspecialismen wordt verstaan: algemene interne geneeskunde, chirurgie, obstetrie en gynaecologie, kindergeneeskunde, anesthesiologie, longziekten, cardiologie, orthopedie, urologie, KNO, neurologie en dermatologie.
3. De categorale ziekenhuizen en de huidige privé-klinieken in Nederland zijn voorbeelden van een profielziekenhuis.
4. *Het* kleine ziekenhuis bestaat niet. In de landen en tussen de landen die voor deze studie virtueel zijn bezocht wordt een grote variëteit aan kleine ziekenhuizen gevonden. De verschijningsvorm is afhankelijk van de context waarin het kleine ziekenhuis functioneert en vooral van de aanwezigheid van bepaalde professionals.
5. In veel landen zien we in kleine ziekenhuizen samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns professionals. De samenwerking kent een grote diversiteit en wordt bepaald door de lokale en regionale context.
6. Concentratie van ziekenhuizen mag een mondiaal verschijnsel worden genoemd. Oorzaken voor de concentratie zijn vooral de druk op de financiën en de beschikbaarheid van medische, verpleegkundige en paramedische professionals.
7. In de landen met zogenaamde rurale gebieden en grote afstanden begint een tegenbeweging te ontstaan tegen de concentratie van voorzieningen. Men wil de zorg weer meer naar de lokale bevolking terugbrengen. Hiervoor zijn vele redenen aan te wijzen. Ook een andere manier van denken over de gezondheidszorg speelt hierbij een niet te onderschatten rol.
8. Het terugbrengen en het behouden van de zorgfaciliteiten in de rurale gebieden kent niet één, maar diverse oplossingen en modellen. Bijzondere aandacht verdienen daarbij nieuwe toepassingen op het gebied van informatie-en communicatietechnologie.
9. Wat er in de literatuur wordt geschreven over de ‘outlook’ van de kleine ziekenhuizen is tegengevallen. Voor de vraagstelling waren de artikelen beperkt bruikbaar. De bestudeerde artikelen gingen meestal met name over kosteneffectiviteit, kwaliteit en patiëntveiligheid, bekorten van de verpleegduur, capaciteitsproblemen van het personeel en oplossingen daarvoor, functiedifferentiatie, andere rollen van professionals en de consequenties voor de inrichting van de zorg.
10. De meeste gegevens over kleine ziekenhuizen werden gehaald uit documenten, rapporten, websites en e-mail correspondentie.
11. De ontwikkeling van integrated care is eerder het *gevolg* dan de *oorzaak* van de opleving van de kleine ziekenhuizen.

Literatuur

(Bouwcollege 2002) College Bouw ziekenhuisvoorzieningen: vervolg uitvoeringstoets Spreiding Ziekenhuiszorg (1^e tranche) rapportnr. 520, 14 januari 2002 (www.bouwcollege.nl).

(Bouwcollege 2004) College Bouw ziekenhuisvoorzieningen: verslag studiereis Australië, opgenomen in achtergrondstudie For Profit Ziekenhuizen in het Buitenland, rapportnr. 569, 5 juli 2004 (www.bouwcollege.nl).

Bijlage 1. Verzonden e-mail naar buitenlandse relaties

Subject: The role of smaller hospitals in integrated care context

Dear

Through this email, we would like to ask your comments on and information about the role of smaller hospitals in your country. Could you give us titles of reports, websites, good practices and statistical sources on this role? Let us explain the background for this question.

In the Netherlands, the distribution of hospital services is an important political issue because, as a result of mergers of hospitals during the last decade, their accessibility came under pressure. Recently, the position of the smaller hospitals has become an issue as well. Several questions arose, such as: are these hospitals general hospitals or do they focus on a specific category of patients (e.g. patients with orthopaedic problems) or on a specific part of health care where GP's and medical specialists are working together (e.g. oncology; diabetes; COPD and/or cardiac problems, stroke service); do they offer acute care, is there an emergency unit?

Our first step is to learn from you and from other colleagues. We would like to know whether there are smaller hospitals in your country with a specific profile and/or focus on a specific category of patients. (We have in mind: community hospitals, focus factories, integrated care centres in Australia, super clinics, etc.).

Therefore, the Netherlands Board for Hospital Facilities, together with the undersigned, are particularly interested in titles of reports, websites, good practices and statistical sources about smaller hospitals in your country. We hope you will be able to inform us. If you have any specific opinions on this topic, we would be very pleased to talk to you more extensively on the telephone.

We would greatly appreciate hearing from you within two weeks from now.

Kind regards,

Guus Schrijvers, professor of public health
Henk van der Steeg, MD, PhD, health services researcher

UMC, Julius Center
P.O. Box 85500 (huispost Str. 6.131)
3508 GA Utrecht
The Netherlands
Telephone # ++ 31 30 250 9359

Bijlage 2. Geraadpleegde rapporten en documenten.

- 2.1. Department of Health United Kingdom. Keeping the NHS local - a new direction of travel (2003/2004).
- 2.2. Department of Health United Kingdom. Keeping the NHS local. Summary of the consultation process.
- 2.3. David Hanly, Ireland. Report of the National Task Force on medical staffing, 2003.
- 2.4. Department of Health and Children, Ireland. Implementation of the national health strategy. Quality and fairness. A health system for you. (2004).
- 2.5. Department of Health and Children, Ireland. Primary care, a new direction. (2001).
- 2.6. Department of Health and Children, Ireland. The health services reform programme, 2005.
- 2.7. Report of National Consultative Forum, Ireland. Proceedings, 2004.
- 2.8. David Hunter. Brief description of the Health Care System in the United Kingdom, 2004.
- 2.9. American Hospital Association. Section for Small and Rural Hospitals. Annual Report, 2003.
- 2.10. American Hospital Association. Critical Access Hospital Annual Report, 2004.
- 2.11. American Hospital Association. Advancing health in America. Promises under pressure. Ensuring fair and adequate payment. AHA Small or Rural hospital advocacy agenda.
- 2.12. United States General Accountancy Office. Medicare. Modest eligibility expansion for critical access hospital programme should be considered. (2003).
- 2.13. American Hospital Association. Factsheet Rural Health Clinic.
- 2.14. American Hospital Association. Factsheet Sole Community Hospital.
- 2.15. Mc Kee. European Observatory on Health Systems and Policies. Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? (2004).
- 2.16. World Health Organization, Europe. What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity ? (2003).

Bijlage 3 Geraadpleegde websites.

3.1.

www.dh.gov.GB/policyandguidance/organisationpolicy/secondarycare/configuringhospitals

Uitvoerig is bestudeerd het deel van de website over:

Bishop Auckland Hospital.

West Cornwall Hospital: urgent assessment, diagnostic and treatment hospital.

Central Middlesex Hospital: Brent emergency care and diagnostic centre.

Treatment centres.

3.2. www.dsi.dk/engelsk.html

3.3. www.flexmonitoring.org (info over Critical Access Hospitals)

3.4. www.medpac.gov (over rural hospitals door Medicare Payment Advisory)

3.5. www.gao.gov (info over specialty hospitals in USA)

3.6. www.ypyp.gr (site van het Griekse Ministerie van Gezondheid)

3.7. www.abh.bg (site van de Bulgarian Hospital Association)

3.8. www.stm.fi (site van Ministry of Social Affairs and health in Finland)

3.9. www.lf.se (Federation of County Councils, Sweden)

3.10. www.stakes.fi (National Research Centre Stakes, Finland)

3.11. www.kuntaliitto.fi (Association of Local Authorities)

3.12. www.hhs.gov (VS department of Health)

3.13. www.health.gov.au (Australian department of Health)

3.14. www.bmgs.bund.de (Duitse departement van gezondheid)

3.15. www.who.int (small hospitals WHO)

3.16. www.hst.org.za (Health systems Trust ZA)

3.17. www.integratedcarenetwork.org

3.18. www.srpc.ca/cjrm.html (Canadian Society of Rural Medicine)

3.19. www.hc-sc.gc.ca (Health Canada Rural site)

3.20. www.health.gov.on.ca/...../ruralca.html (Provincial frameworks for hospitals)

3.21. www.aha.org (American Hospital Association).