

| | |
|-------------------|-----|
| Postprint Version | 1.0 |
| Journal website | |
| Pubmed link | |
| DOI | |

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

De daling zet door: Concentratie ziekenhuizen

J.D. MELOEN, P.P. GROENEWEGEN, L. HINGSTMAN

De toekomst van algemene ziekenhuizen staat ter discussie. Zijn er inderdaad in 2010 nog maar 40 algemene ziekenhuizen of zal de trend naar schaalvergroting en concentratie worden omgebogen?

Bij de vraag of concentratie van ziekenhuizen zich verder moet doorzetten gaat het niet alleen om de toekomst van het algemene ziekenhuis, maar breder om de vormgeving van de regionale gezondheidszorg. Ziekenhuizen maken immers deel uit van de regionale zorgketen. Dat vraagt een breder beoordelingskader. Op verzoek van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen heeft het Nivel een achtergrondstudie verricht waarin deze thema's aan de orde komen (1). In dit artikel doen we in kort bestek verslag van deze studie.

HALVERING

Sinds 1970 is het aantal algemene ziekenhuizen gehalveerd, terwijl het aantal locaties met ongeveer een kwart is afgenomen. Het gemiddeld aantal bedden is geleidelijk opgelopen van minder dan 300 in 1970 tot 461 bedden in 1999. Parallel daaraan is er functiedifferentiatie naar medisch-technische behandelcentra met een steeds kortere verpleegduur, terwijl de verzorgingsfunctie meer en meer wordt overgenomen door verpleeg- en verzorgingshuizen of thuiszorg (2). Gevolg is dat veel kleine ziekenhuizen zijn verdwenen, terwijl de overblijvende ziekenhuizen in omvang toenamen. Dit gebeurt de laatste 30 jaar vooral door fusies, aanvankelijk nog met veel nieuwbouw, terwijl later meerlocatie-ziekenhuizen ontstonden. Kleine ziekenhuizen werden gesloten of werden een onderdeel van een groter ziekenhuis. Er zijn momenteel nog slechts enkele ziekenhuizen met minder dan 200 bedden.

ACHTERGRONDEN

Wat zijn nu de achtergronden van deze trends? Het overheidsbeleid voor de bouw en concentratie van ziekenhuizen is relevant. Dat beleid heeft een aantal fasen doorlopen. Tot de jaren zeventig werden kleine ziekenhuizen vooral gesloten op grond van kwaliteitsoverwegingen en als gevolg van de ontzuiling. In de jaren zeventig werd het beddenreductiebeleid ingevoerd met als achtergrond kostenbeheersing. Omdat sluiting van kleine ziekenhuizen en vermindering van bedden van bestaande instellingen weerstand opriepen, werd de beddenreductie vaak gekoppeld aan nieuwbouw waarbij het totaal aantal toegestane bedden minder was dan de som van het aantal bedden in de oorspronkelijke ziekenhuizen. In de jaren tachtig kwam een nieuwe golf van fusies tot stand door anticipatie op de plannen voor meer marktwerking in de gezondheidszorg. Een wellicht krachtiger stimulans ging uit van de functiegerichte ziekenhuisbudgettering of FB-systematiek. Deze systematiek maakte fusies aantrekkelijk doordat het budget van een fusieziekenhuis groter werd dan de som van de afzonderlijke budgetten van de ziekenhuizen van voor de fusie. Het lijkt erop dat het overheidsbeleid zich ontwikkelt tot een remmende kracht. Immers, sinds het Paarse kabinet is er een soort moratorium ingesteld op ziekenhuisfusies. Dit moratorium werkt echter slechts ten dele; fusies komen sindsdien alleen wat minder vaak voor, maar vinden nog steeds doorgang. Het is denkbaar dat er een eind komt aan de fusiemogelijkheden

door een plafondeffect: gebrek aan fusiepartners op redelijke afstand. Bij fusies waarbij locaties verdwijnen worden bepaalde grenzen bereikt, zoals die van gewenste maximumafstanden tot ziekenhuizen in verband met spoedeisende hulp. Een toenemende nadruk in het beleid op regionale integratie kan ertoe leiden dat een goede lokale inbedding en samenwerking binnen de regionale zorgketen belangrijker worden (3). Dit zou remmend kunnen werken op fusies waarbij het aantal locaties wordt beperkt. Ook antikartel wetgeving zou op den duur een rol kunnen spelen. In de VS wordt dergelijke wetgeving ingezet om schaalvergroting te voorkomen. Bij ziekenhuisfusies in Nederland blijft de rol van de toezichthouder NMa vooralsnog beperkt.

TOEKOMST

Een ziekenhuis wordt niet in korte tijd gebouwd en alleen al de planning van nieuwbouw of renovatie beslaat vele jaren. Het bestand aan ziekenhuizen verandert daarom slechts traag. Dat geldt in mindere mate voor de wijze waarop de ziekenhuiszorg is georganiseerd. Het aantal ziekenhuizen is in de jaren '90 onder invloed van overheidsbeleid weliswaar minder snel afgenomen, maar het aantal ziekenhuisorganisaties daalt nog steeds. Wanneer we de langjarige trend lineair doortrekken, dan wordt duidelijk dat bij een ongewijzigd maatschappelijk krachtenveld al over circa 12 jaar het aantal van 40 algemene ziekenhuizen zou worden bereikt. Met een minder sterke daling volgens een exponentiële kromme volgt in dezelfde tijd nog altijd een daling tot 70 algemene ziekenhuizen. Bij deze simpele projecties is uiteraard geen rekening gehouden met omstandigheden die zich pas in de toekomst zullen voordoen. Of het ooit zover komt dat er 40 ziekenhuizen overblijven is onduidelijk en mede afhankelijk van toekomstig beleid en de maatschappelijke respons daarop. Hoewel het gevoerde beleid de laatste decennia verschillende malen is bijgesteld, lijkt dit op de dalende trend slechts een geringe invloed lijkt te hebben gehad; hooguit op de sterkte van de daling. Hieruit zou men kunnen opmaken dat de maatschappelijke krachten waaraan ziekenhuisconcentraties onderhevig zijn, sterker zijn dan het gevoerde beleid. De FB-systematiek zal binnen enkele jaren worden afgeschaft, mede in verband met de nieuwe financieringsplannen (4). Om een gelijkmatige spreiding van ziekenhuizen te garanderen zijn daarbij meerlocatie-incentives voorgesteld. De overheid heeft zich daarmee gevoelig getoond voor het wegnemen van oneigenlijke prikkels die tot fusie kunnen leiden. Door vermindering van regelgeving zou de overheid tegelijk nauwelijks meer invloed kunnen uitoefenen op fusies. Hierdoor kunnen andere invloeden de ziekenhuisbouw gaan bepalen (5). Een van die invloeden zal uitgaan van de zorgverzekeraars die in de nabije toekomst ook meer verantwoordelijkheden krijgen op budgettair gebied. Door het naturastelsel in de ziekenfondsverzekering hebben zij een speciale rol in het toegankelijk houden van de zorgvoorzieningen voor hun verzekerden die vaak nog regionaal geconcentreerd zijn. De overheid wil een sterkere regiefunctie voor de zorgverzekeraars en het is de vraag hoe zij die rol zullen invullen bij de spreiding en toegankelijkheid van ziekenhuizen. Al met al is het de vraag of de huidige trend tot een grotere ziekenhuisconcentratie zal worden omgeboogen.

BEOORDELINGSKADER

Gevolgen van concentratie treden op verschillende terreinen op, zoals toegankelijkheid en kwaliteit. De diverse actoren zullen die gevolgen verschillend beoordelen. We hebben daarom op basis van ons literatuuronderzoek geprobeerd aan te geven wat de perspectieven van de verschillende actoren zijn en op welke terreinen de gevolgen van concentratie zich laten voelen. Relevante actoren zijn: - gebruikers van gezondheidszorg (accent op toegankelijkheid, beschikbaarheid van zorg in spoedgevallen en kwaliteit), - regionale zorginstellingen (accent op samenwerking in de zorgketen), - professionals (accent op kwaliteit, werksatisfactie) - ziekenhuizen en hun management (accent op maatschappelijk ondernemen, overleven als organisatie, kwaliteit), - zorgverzekeraars (accent op doelmatige gezondheidszorg, zorgplicht), - de overheid (accent op regionale samenhang,

toegankelijkheid en efficiëntie). Vanuit hun verschillende perspectieven hechten actoren een uiteenlopend belang aan aandachtsgebieden voor ziekenhuisspreiding, zoals al naar voren komt uit de steekwoorden bij ieder van de onderscheiden actoren. Mede op grond van de verzamelde literatuur komen we tot de volgende, ons inziens, belangrijkste aandachtsgebieden: 1. Toegankelijkheid: een voldoende toegankelijkheid en bereikbaarheid van ziekenhuizen op grond van een beperkte geografische afstand dan wel beperkte afstand in reistijd. 2. Samenhang: een voldoende regionale en lokale samenhang en samenwerking met andere instellingen en andere ziekenhuizen om de zorgketen te kunnen waarborgen. 3. Functieaanbod: een voldoende breed aanbod van ziekenhuisfuncties op het basisniveau, op modaal niveau of op topzorgniveau. 4. Kwaliteit: het garanderen van de kwaliteit van alle verleende ziekenhuiszorg. 5. Personeel: het uitvoeren van de zorg met behulp van voldoende geschoold personeel in voldoende aantallen. 6. Specialisten: het verbinden aan het ziekenhuis van voldoende zorgfuncties en de daarbij behorende specialisten in voldoende aantallen en met het juiste deskundigheidsniveau. 7. Doelmatigheid: het bedrijfseconomisch rendabel en organisatorisch efficiënt functioneren van ziekenhuizen. 8. Financieel: voldoende financiële ruimte om de verschillende organisatorische zorgtaken als ziekenhuis te kunnen uitvoeren. Vanuit de verschillende perspectieven kan met behulp van de genoemde aandachtsgebieden prioriteitsstelling plaatsvinden en kan het effect van geografische concentratie van het ziekenhuisaanbod bepaald worden. De combinatie van beide bepaalt het beoordelingskader voor de zorg door algemene ziekenhuizen.

DISCUSSIE

In het algemeen zijn in de sector van professionele diensten ontwikkelingen te zien naar concentratie en schaalvergroting, zoals in het onderwijs, de accountancy, de advocatuur, het notariaat en bij de politie (6). Vaak heeft dat geleid tot een tweedeling in de omvang van de organisatorische eenheden, met enerzijds een aantal grote instellingen en anderzijds een aantal heel kleine. De kleine instellingen zijn vaak 'niche-organisaties', dat wil zeggen zij richten zich op zeer kleine, maar speciale deelmarkten. In de Nederlandse gezondheidszorg is de ruimte voor niche-organisaties, zoals gespecialiseerde privé-klinieken, tot nu toe klein gebleven. De trend tot schaalvergroting en concentratie lijkt op zichzelf een autonoom proces, maar is in werkelijkheid het resultaat van complexe invloeden van verschillende actoren in de gezondheidszorg, waarvan positie, rol en strategisch gedrag ook nog eens in de loop der tijd varieerden. De invloed van de overheid is uiteindelijk vaak beperkt geweest; van oudsher via stimulering of remming van ziekenhuisnieuwbouw (resp. uitbreiding en renovatie). Later waren meer concrete criteria in gebruik, zoals het beddenpromillage, de omvang van het adherentiegebied en de specialistenbezetting. De geografische concentratie na midden jaren '70 vond eveneens niet zozeer plaats met het oog op evenwichtige spreiding (al was die wel voorzien in de 'ideale' regio) maar veel meer op basis van allerlei directe en indirecte overwegingen. Daarnaast waren er machtspolitieke factoren, veelal op de kortetermijn gericht en soms verschillend per kabinet of kabinetsperiode, en soms zelfs toevalsfactoren die tot beslissingen over sluiting, fusie of overplaatsing van ziekenhuizen leidden (7). In het laatste decennium wordt echter weer meer aan de organisaties overgelaten en wordt de greep van de overheid minder. De literatuur over de concentratie in de ziekenhuissector laat veel vragen open en er wordt getwijfeld aan de voordelen van ziekenhuisfusies (8). Wat betreft de optimale schaalgrootte van ziekenhuizen is er weinig recent empirisch onderzoek. Schaalgrootte en kwaliteit worden in de discussie over de omvang van ziekenhuizen gemakkelijk aan elkaar gekoppeld, maar een middelgroot ziekenhuis in de jaren '70 behoort nu bij de kleine ziekenhuizen en de veronderstelde optimale grootte is meegegroeid met het steeds grotere gemiddelde. Nederlands onderzoek betrof slechts deelaspecten van fusies, een beperkt aantal fusies of fusies die zich lang geleden hebben voorgedaan onder andere omstandigheden (9). Onderzoek naar de optimale grootte van ziekenhuizen kent in Nederland weinig traditie. Kwaliteits- en

efficiëntieproblemen kunnen zowel beneden als boven een bepaalde omvang optreden. Het weinige onderzoek dat er is, laat zien dat de optimale grootte eigenlijk helemaal niet zo groot is (10). De ontwikkeling van de arbeidsverdeling onder artsen (subspecialisatie, aandachtsgebieden) kan ervoor zorgen dat het draagvlak van kleinere ziekenhuizen om een brede range aan specialismen in huis te hebben daalt. Daar staat tegenover dat de nieuwe ontwikkeling van de medisch-technologische middelen eerder in de richting gaat van gebruik in kleinschaliger voorzieningen. Een aantal apparaten (MRI bijvoorbeeld) en sommige hoog-specialistische behandelingsprocedures konden door de hoge kosten en het benodigde gespecialiseerde personeel alleen door grote ziekenhuizen worden betaald. Maar inmiddels is dergelijke apparatuur binnen het bereik van kleinere ziekenhuizen gekomen waardoor een stimulans tot schaalvergroting kan verdwijnen.

VERWIJZINGEN:

- (1) Meloen, JD, Groenewegen PP, Hingstman L. De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: Nivel, 2000.
- (2) Philipsen H. De WAO, de thuiszorg en de Bijlmerramp: randgebieden rond het medisch centrum van de gezondheidszorg. Afscheidscollege Universiteit Maastricht, 2000.
- (3) P. P. Groenewegen. Naar een nieuwe regionalisering van de gezondheidszorg? De modernisering van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 78:244-247, 2000.
- (4) VWS, Ministerie van (2000e). Nota 'Positionering algemene ziekenhuizen'. Bijlage bij brief aan Tweede Kamer, 18 sept. 2000, met samenvatting van de Nota.
- (5) CBZ, College Bouw ziekenhuisvoorzieningen (2000). Uitvoeringstoets op hoofdlijnen inzake gewenste ziekenhuisspreiding. 30 augustus 2000, Utrecht, CBZ.
- (6) Heijningen, B. van (1996) Fusies zonder eind: Twaalf jaar schaalvergroting in onderwijs, gezondheidszorg en bij de politie. *Intermediair*, 32, 20, 15-21. Arts WA, Batenburg R, Groenewegen PP (red). Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen. Amsterdam: AUP, verschijnt september 2001.
- (7) Baakman, N.A.A. (1990). Kritiek van het openbare bestuur. Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985. Amsterdam, Thesis. Können, E.E. (1984). Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie. Dissertatie. Rotterdam, Erasmusuniversiteit.
- (8) Ferguson, B., Goddard, M. (1997). The case for and against mergers. In: Ferguson, B., Sheldon, T., Posnett, J., Eds. (1997). *Concentration and Choice in Healthcare*. RSM Press/Hodder Doyle Meadows, Cambridge UK. Ferguson, B.A. (2000). Questions and Answers: How big should a hospital be? *Journal of Health Services and Research Policy*, 5, 3, 196. Hagen, J.H. (red.) (1995). Kleinere ziekenhuizen, gezonde basis. Utrecht, De Tijdstroom. Ruijs, G.J.H.M. (2000). Fusies in de gezondheidszorg: langetermijneffecten onvoldoende onderzocht. *Medisch Contact*, 55, 21, 771-772. Sowden, A.J., Sheldon, T.A. (1998). Does volume really affect outcome? Lessons from the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 3, 3, 187-190.
- (9) K. van der Lee. Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten: beschouwing vanuit enkele neo-institutionele en organisatiekundige theorieën, Groningen:Dissertation, RUG, 2000. Können, op. cit.
- (10) Blank, J.L.T., Eggink, E., Merkies, A.H.Q.M. (1998). Tussen bed en budget. Den Haag, SCP. Stevens, J., Tulder, F.van. (1995). Grootste ziekenhuizen zijn niet het meest productief'. *ESB*, 26 april.