

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
CZ/IZ-2343630			16 december 2002
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Breder beoordelingskader kleine ziekenhuizen			

In vervolg op het Algemeen Overleg over de IJsselmeerziekenhuizen beschrijf ik hieronder het breder beoordelingskader voor kleine ziekenhuizen. Dit kader is uit een aantal punten opgebouwd: het laatste punt handelt over verantwoordelijkheidsverdeling. Daarna ga ik nader in op enkele concrete ziekenhuizen, zoals die afgelopen week aan de orde kwamen. Mijn brief eindigt met een nader voorstel.

#### Beoordelingskader

Het door mij gehanteerde beoordelingskader bevat de volgende punten:

- 1) Op basis van het door het College Bouw aangereikte materiaal (zie vervolg-uitvoeringstoets van 14/1/2002) heb ik in mijn brief van 1 februari 2002 een aantal typen of verschijningsvormen onderscheiden. Een van die verschijningsvormen is het basisziekenhuis. Beschreven is welke functies en welke soort zorg in een dergelijk basisziekenhuis voorhanden dienen te zijn. Klinische aanwezigheid van de poortspecialismen en een volwaardige afdeling spoedeisende zorg maken daar nadrukkelijk onderdeel van uit.
- 2) Een afdeling spoedeisende zorg is van belang voor de bereikbaarheid van acute of spoedeisende ziekenhuiszorg. Deze zorg dient per ambulance binnen 45 minuten bereikbaar te zijn. Uit analyses van het College Bouw en het RIVM blijkt dat het allergrootste deel (99%) van de Nederlanders binnen die normtijd per ambulance voor spoedeisende hulp in een ziekenhuis kan zijn. Dat betekent dat de huidige spreiding van ziekenhuizen in orde is. Tegelijkertijd zijn er enkele zwakke plekken waarvoor waakzaamheid op zijn plaats is.
- 3) Behalve bereikbaarheid is de kwaliteit van de zorg een belangrijk uitgangspunt: kwalitatief verantwoorde zorg moet gegarandeerd zijn. In die context is van belang dat er voldoende patiënten worden gezien door de dokters en dat er voldoende dokters aanwezig zijn om het dienstenschema van 7x24 uur te kunnen vullen. De primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg ligt bij de medische professionals. Het toezicht daarop ligt bij de Inspectie.
- 4) In eerdere stukken is, bij wijze van vuistregel, aangegeven dat voor een basisziekenhuis de minimumomvang ligt bij 72.500 adherente inwoners en 25 poortspecialisten. Tot dat aantal van 25 is gekomen door aan te nemen dat drie

- artsen per poortspecialisme de beschikbaarheid gedurende 7x24 uur kunnen garanderen. Bij deze omvang is vakinhoudelijke samenwerking met een ander ziekenhuis noodzakelijk, omdat de aangegeven omvang een minimum is.
- 5) In een aantal gevallen leidt een dergelijke samenwerking tot concentratie van zorg op één locatie. Dat is soms om de hierboven genoemde kwaliteitsredenen noodzakelijk. Soms is die concentratie echter onaanvaardbaar, namelijk in die gevallen waarbij de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp binnen 45 minuten gevaar loopt.
  - 6) Daarbij is het van belang te onderkennen dat er sprake is van een autonome, technologische ontwikkeling (bijvoorbeeld op het terrein van de telemedicine, de minimale invasieve chirurgie, nieuwe geneesmiddelen en preventieve behandeling) die enerzijds met zich meebrengt dat de curatieve zorgverlening in toenemende mate binnen een niet-klinische constellatie kan worden verricht waardoor anderzijds de klinische zorg een groter verzorgingsgebied nodig heeft.
  - 7) Externe belanghebbenden hebben een nadrukkelijke positie in het besluitvormingsproces gekregen (zie de beleidsregels ex art. 3 WZV). De uiteindelijke verantwoordelijkheid ligt bij de ziekenhuisdirectie die zich daarbij moet inspannen om tot overeenstemming met de stakeholders te komen. Minister en College Bouw toetsen de door de ziekenhuisdirectie geleverde inspanning.
  - 8) Deze verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuisdirectie en stakeholders vloeit logisch voort uit het feit dat ziekenhuizen privaatrechtelijke rechtspersonen zijn. Naar hun aard hebben zij een maatschappelijke verantwoordelijkheid, maar dit neemt niet weg dat zij uiteindelijk een eigen (management)verantwoordelijkheid hebben binnen de kaders die de overheid stelt.

#### Informatie over enkele concreet genoemde ziekenhuizen.

Tegen de achtergrond van dit beoordelingskader informeer ik u over enkele ziekenhuizen die vorige week, tijdens het Algemeen Overleg genoemd werden.

- Over de concentratienieuwbouwplannen van ziekenhuis Bernhoven hebben mijn medewerkers een gesprek gevoerd waarbij behalve het ziekenhuis ook het College Bouw, de gedeputeerde en de verzekeraars aanwezig waren. Daarin is afgesproken dat men in januari met een nadere onderbouwing komt. Vervolgens neem ik een besluit over het al dan niet afgeven van een verklaring ex artikel 6 van de WZV.

- Voor de locatie Kerkrade van Atrium Medisch Centrum in Heerlen is de nadere invulling binnen de kaders van eerdere besluitvorming aan de orde. Dat betekent dat in poliklinische zin alle specialismen aanwezig blijven. Ook is er een poliklinische operatiekamer en zijn er mogelijkheden voor dagverpleging. Daarnaast wordt er een doelgroepenbeleid ontwikkeld, zoals de zorg rond diabetespatiënten, een geriatrisch/diagnostisch dagcentrum en een inloospreekuur TIA/CVA. Ook is een transferafdeling (van ziekenhuis naar verpleeghuis) van 2 keer 24 bedden operationeel. Naar ik begrijp hebben de meerderheid van de gemeenteraad van Kerkrade en de meerderheid van Provinciale Staten zich achter de gepresenteerde voorstellen geschaard.

- Voor de locatie Zierikzee van de Oosterscheldeziekenhuizen geldt dat ik in het kader van het ambulancespreidingsplan en binnen het in de regio uitgewerkte plan van aanpak, naar een oplossing zoek.

- Er zijn geen juridische argumenten om in het kader van de Garantierегeling de gevraagde goedkeuring aan de fusiestatuten van de ziekenhuizen in Velp en Arnhem te onthouden. De ondernemingsraden en Velp en Rijnstate en de inspectie hebben inmiddels aangedrongen op spoedige goedkeuring. Het ziekenhuis Velp fungeert al een tijdje als profielziekenhuis. De productiecijfers zijn gestegen.

- Intensief overleg met de waarnemend voorzitter van de Raad van Toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen heeft ertoe geleid dat op zeer korte termijn de benoeming van een nieuwe voorzitter te verwachten valt. Ook is besloten om het voorzitterschap van het overleg met de extern betrokkenen in handen te leggen van een onafhankelijk voorzitter. Alle overige suggesties uit ons overleg van vorige week heb ik overgebracht. De vele reacties die dat overleg gegenereerd heeft geven aan dat het creëren van rust van groot belang is. Ook het voortbestaan van de locatie Lelystad is immers in het geding.

#### Nadere informatie

Tijdens het overleg van vorige week is ook de lijst van fusieziekenhuizen, als opgenomen in mijn brief over het bereikbare ziekenhuis van 20 november 2002, aan de orde geweest. Het toepassen van de ontwikkelde criteria op de daarin genoemde ziekenhuizen leverde onvoldoende informatie op. Op dat punt kan ik het volgende in het vooruitzicht stellen. In februari 2003 komt het Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg van IPO, NVZ, NPCF en ZN beschikbaar. Op dat moment zijn ook de resultaten bekend van de enquête die de inspectie heeft uitgezet naar de financiële situatie van ziekenhuizen, waarover ik u per brief van 30 oktober 2002 informeerde. Inmiddels zijn mijn medewerkers begonnen aan een serie bezoeken aan de acht ziekenhuizen die op dit moment onder de norm van 72500 adherente inwoners en 25 poortspecialisten functioneren. Dat alles kan samengevat worden in een notitie die ik u daarna zal toesturen.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mr. A.J. de Geus