

Demografische krimp en ziekenhuiszorg

Yvonne van Otterdijk

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksge-
zondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in
20/20

Den Haag, 2011

Inhoud

Inleiding	5
1 Demografische krimp	7
1.1 Groeiende zorgvraag en krimpende bevolking	7
1.2 Vergrijzing en migratie	8
1.3 Demografische druk	9
1.4 Trek naar het westen	11
1.5 Ervaringen van krimpregio's belangrijk voor anderen	11
1.6 In Oost-Europa krimp	12
1.7 Invloed van migratie en immigratie	12
1.8 Drie krimpregio's	13
1.9 Huishoudsamenstelling	14
1.10 Ervaringen met krimp	14
1.11 Anticipeerregio's	15
1.12 Vergrijzing	15
1.13 Krimp op platteland of stad	16
1.14 Wonen en werken	16
1.15 Coördinatie van acties	17
1.16 Aantrekken of begeleiden	17
1.17 Weinig aandacht voor zorg	18
1.18 Topteam krimp	19
1.19 Actieplan Bevolkingsdaling	19
1.20 Kansen voor innovatie in de zorg	20
1.21 Ontwerpadvies SER	20
1.22 Conclusies demografische krimp	21
2 Krimpregio's en ziekenhuiszorg	23
2.1 Demografische ontwikkelingen en de ziekenhuiszorg	23
2.2 Krimp en bereikbaarheid, kwaliteit en kosten van de zorg	25
2.3 Grensoverschrijdende ziekenhuiszorg	31
3 De ziekenhuiszorg in de krimpregio's	36
3.1 Zeeuws-Vlaanderen	36
3.2 Parkstad Limburg en Midden-Limburg	48
3.3 Eemsdelta en Oost-Groningen	64
4 Conclusies en mogelijke oplossingsrichtingen	74
4.1 Begeleiden in plaats van bestrijden op basis van een goede analyse	74
4.2 Kansen en bedreigingen van grensoverschrijdende zorg	74
Demografische krimp en ziekenhuiszorg	3

4.3	De arbeidsmarkt	75
4.4	Regie	76
4.5	Samenwerking versus concurrentie	77
4.6	Nieuwbouw	77
4.7	SEH	78
4.8	Kansen voor innovatie	78
	Literatuur	80

Inleiding

In deze studie beantwoordt de RVZ de vraag wat demografische krimp betekent voor de (organisatie van de) ziekenhuiszorg, en welke maatregelen eventueel noodzakelijk zijn om daarop te anticiperen.

Betekent demografische krimp dat ook de zorgvraag afneemt? Dwingen de kleiner wordende inwonersaantallen tot concentratie van de basiszorg? En wat betekent dat voor de toegankelijkheid van de acute zorg? Leidt de vergrijzende en kleiner wordende bevolking in de krimpregio's tot een te klein arbeidspotentieel voor de zorg? En zijn deze regio's nog wel aantrekkelijk genoeg voor ambitieuze specialisten en huisartsen?

Nederland kent momenteel drie officiële krimpregio's, de Eemsdelta, Parkstad Limburg en Zeeuws-Vlaanderen. Demografische krimp vindt echter al in meer regio's plaats of gaat daar de komende jaren plaatsvinden. Deze studie legt de nadruk op de drie krimpregio's, maar kijkt daar waar nodig ook breder.

Allereerst wordt beschreven waar krimp plaatsvindt, en hoe die krimp eruit ziet. Wat is het effect van bevolkingskrimp op de bevolkingssamenstelling en welke beleidsmaatregelen zijn daarbij getroffen of mogelijk? Is daarbij ook gekeken naar de gevolgen voor de (ziekenhuis)zorg?

In hoofdstuk twee kijken we naar de bevolkingssamenstelling in de krimpregio's en de daaraan gerelateerde te verwachten zorgvraag. Hoe is de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg in deze regio's gewaarborgd, en hoe is grensoverschrijdende zorg geregeld.

Hoofdstuk drie is het hart van deze achtergrondstudie. Beschreven wordt wat de karakteristieken van de krimpregio's zijn en hoe de ziekenhuiszorg daar momenteel is ingericht. Wat is de uitdaging in elke regio: bereikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit of kosten van ziekenhuiszorg? Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen die hiervoor worden aangedragen? En wie neemt of kan hier de regie nemen? Hierbij zal kort worden ingegaan op de positie van de ziekenhuisorganisatie, de patiënten, de zorgverzekeraar en van de eerste lijn.

In hoofdstuk vier tenslotte worden conclusies getrokken en oplossingsrichtingen aangegeven.

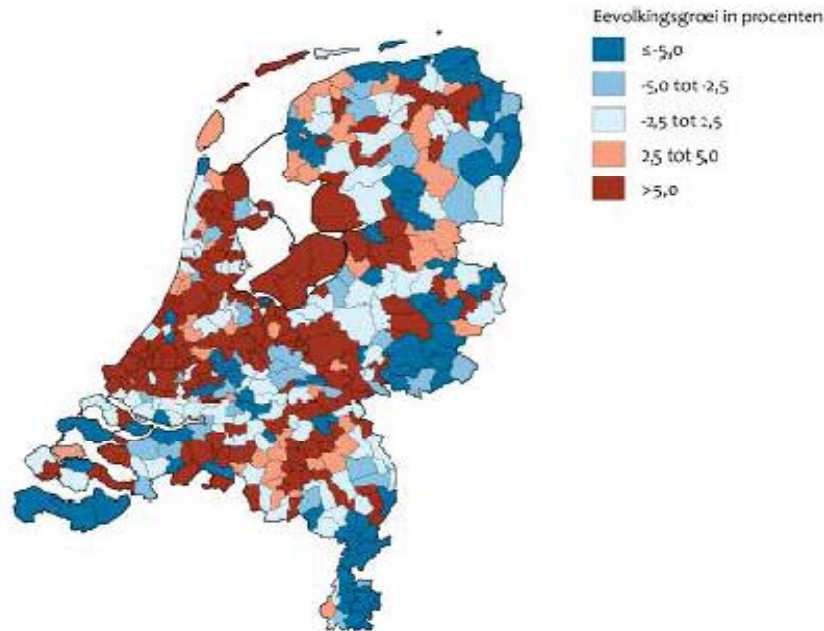
Voor deze studie heeft een uitgebreide literatuurstudie plaatsgevonden en is gesproken met ziekenhuisbestuurders van de Ommelander Ziekenhuis Groep te Delfzijl, het Refaja ziekenhuis te Stadskanaal, Zorgzaam in Terneuzen en het Adriaan de Ruyterziekenhuis in Vlissingen, het St.Jans Gasthuis te Weert en van het Laurentius ziekenhuis te Roermond. Tevens is gesproken met vertegenwoordigers van de in deze regio's dominante zorgverzekeraars CZ en Menzis.

1 Demografische krimp

1.1 Groeiende zorgvraag en krimpende bevolking

Door de vergrijzing en toename van het aantal chronische zieken zal de zorgvraag de komende jaren stijgen. De stijgende zorgvraag nu, wordt nog voor een groot gedeelte bepaald door een stijging van het volume, en nog niet door de vergrijzing. Die druk komt de komende jaren pas, als de nu 65-plussers ouder zijn geworden. De zorg moet zich door de vergrijzing dus opmaken voor een nog meer groeiende vraag, en de organisatie daarop aanpassen. Tegelijkertijd echter is de prognose (bron: CBS en PBL) dat tot 2040 vele gemeenten in Nederland te maken zullen krijgen met een afname van de bevolking. Minder inwoners dus, maar wel gemiddeld ouder. Een derde invloed op de zorgvraag is de ontwikkeling van medicijnen, E-health en technologie in de zorg. Deze ontwikkelingen zullen naar verwachting leiden tot vermindering van de zorgvraag of het minder belastend kunnen behandelen van ziekten en gebreken. Het lijkt waarschijnlijk dat het beroep op ziekenhuiszorg in de toekomst daardoor kan en zal afnemen.

Bevolkingsgroei per gemeente 2008 - 2040



Bron: PBL/CBS regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2009-2040

1.2 Vergrijzing en migratie

Het aantal 65-plussers groeit landelijk tussen nu en 2040 van 2,4 miljoen naar 4,6 miljoen volgens de laatste prognoses. De komende 4 jaar komen er landelijk al een half miljoen 65-plussers bij, de eerste groep babyboomers. Landelijk groeit de bevolking nog tot 2040 tot 17,5 miljoen mensen, daarna daalt deze licht. De stijging komt met name door een positief migratiesaldo, naar verwachting met name vanuit Midden- en Oost Europa en andere niet-westerse landen. Het aantal geboortes daalt, waardoor de bevolking zou dalen, maar dat wordt opgeheven doordat de sterftekans eveneens afneemt. Door de huidige bevolkingsopbouw stijgt het percentage ouderen landelijk van 15% in 2010 naar 26% in 2040.

Ontwikkeling bevolking Nederland 2010-2040

Bevolking Nederland	2010	2040	% verschil 2010-2040
Totale bevolking	16.635.250	17.473.817	+ 5%
0-20 jaar	3.920.622	3.797.441	- 3%
20-65 jaar	10.077.534	9.194.441	- 9%
65 jaar en ouder	2.538.094	4.481.935	+77%

(bron: Regionale prognose bevolkingsopbouw 2009-2040, CBS Statline)

1.3 Demografische druk

De potentiële beroepsbevolking daalt landelijk vanaf 2011, maar deze daling zet pas echt stevig in na 2025. Daarmee zal de potentiële beroepsbevolking tussen 2010-2040 dalen met bijna 900.000 mensen, en dit bij een stijging van de totale bevolking met ruim 800.000 inwoners. Een kleiner wordende groep zal dus moeten werken voor een groter wordende groep. Dit betekent een grotere demografische druk in de komende jaren. De demografische druk – jongeren plus ouderen versus de potentiële beroepsbevolking- wordt in deze jaren vooral bepaald door de toename van het aantal ouderen, en veel minder door een daling van het aantal jongeren. Het aandeel ouderen neemt dus aanzienlijk toe. We zien ook sterke verschillen in de mate van daling van de potentiële beroepsbevolking tussen de verschillende provincies en regio's. De potentiële beroepsbevolking daalt met name sterk in de drie krimpregio's Parkstad Limburg, Eemsdelta en Zeeuws-Vlaanderen, maar het probleem is breder.

Potentiële beroepsbevolking 2010-2040

Leeftijdsgroep 20-65 jaar X 1000	2010	2020	2030	2040	% krimp 2010-2040
Nederland	10.078	9.901	9.556	9.194	- 9%
Provincie Groningen	361	352	335	320	- 11%

Eemsdelta	38	34	30	27	- 30%
Gemeente Groningen	130	135	133	130	0
Provincie Zeeland	222	209	195	184	- 17%
Zeeuws-Vlaanderen	62	56	51	46	- 26%
Provincie Limburg	681	625	563	529	- 22%
Parkstad Limburg	155	139	104	108	- 30%
Maastricht	76	73	71	71	- 7%
Zuidoost-Drenthe	101	95	89	84	- 17%
Achterhoek	233	219	202	186	- 20%
Provincie Zuid-Holland	2.146	2.136	2.095	2.041	- 5%
Provincie Utrecht	757	772	768	764	+ 1%
Provincie Noord-Holland	1.658	1.646	1.602	1.550	- 7%

(bron: regionale bevolkingsprognose bevolkingsopbouw 2009-2040, CBS Statline)

1.4 Trek naar het westen

De bevolking in geheel Nederland groeit tot 2040, maar dat geldt maar voor een aantal regio's. De groei zal voornamelijk plaatsvinden in de Randstad en het midden van Nederland. Het CBS verwacht een groei van circa 1,25 miljoen inwoners in de Randstad en Midden-Nederland tussen 2010-2040. Met name aan de randen van Nederland zal krimp plaatsvinden. Tevens vindt er een verdere verschuiving plaats van het platteland naar de grotere steden en op het platteland naar regiocentra. Zo zal in het Noorden de stad Groningen naar verwachting aanzienlijk groeien, en in mindere mate Assen en Leeuwarden. Ook andere universiteitssteden of steden met een sterke economische structuur buiten de Randstad zullen volgens het CBS de komende 15 jaar stevig groeien: Nijmegen, Amersfoort, Tilburg, Zwolle. De migratie van jongeren en hoog opgeleiden naar stedelijke gebieden en het westen, daar waar de werkgelegenheid is en hogere opleidingen zijn, gaat door. We zien dus een bevolkingsgroei in de economische kernregio's naast een bevolkingsdaling in de meer perifere regio's.

1.5 Ervaringen van krimpregio's belangrijk voor anderen

De drie krimpregio's van de eerste generatie, de Eemsdelta in Groningen, Parkstad Limburg in Limburg en Zeeuws-Vlaanderen in Zeeland, zijn voorboden van een breder probleem. In deze drie krimpregio's zijn aanpassingen in de woningvoorraad al noodzakelijk gebleken om leegstand en achterstallig onderhoud te voorkomen. Terugloop van het (gemeentelijke) voorzieningenniveau wordt al gevoeld. De herstructureringsopgave is al ter hand genomen. Voor de regio's die de bevolkingskrimp ook – in beperkte mate – voelen of zien aankomen, is het nu nog mogelijk om aanpassingen te verrichten om desinvesteringen te voorkomen. Bevolkingskrimp hoeft op zichzelf geen probleem te zijn. In een dichtbevolkt land als Nederland geeft het wellicht wat ruimte. Het is echter wel een probleem als het beleid op groei is ingesteld. Negatieve groei vraagt dan om grote aanpassingen.

1.6 In Oost-Europa krimp

Deze demografische ontwikkelingen passen bij het Europese beeld. In Europa zal naar verwachting de bevolking nog doorgroeien tot 2035 naar 520 miljoen inwoners, tegen 496 miljoen in 2008 (in 27 lidstaten). Daarna gaat de bevolking licht dalen. In 2007 daalde echter de bevolking al in Duitsland, Hongarije, de Baltische staten, Roemenie en Bulgarije. Er vindt een migratie plaats van Centraal- en Oost-Europa naar West-Europa en naar landen buiten de EU. Binnen Europa is er een negatief geboortecijfer (we krijgen te weinig kinderen), maar de bevolking groeit in sommige landen toch door de immigratie van buiten Europa.

1.7 Invloed van migratie en immigratie

Binnen Europa lijkt dus migratie van het ene land of regio naar het andere meer de bevolkingsgroei te gaan bepalen dan natuurlijke groei. In landen als Roemenie, Bulgarije, Polen en Duitsland zal de bevolking aanzienlijk dalen indien er geen immigratie plaatsvindt of de migratie stopt. Dit omdat er in deze landen sprake is van een negatieve natuurlijke groei. Immigratie wordt daarmee in vele landen gezien als mogelijkheid om de bevolking te verjongen en daarmee de economisch actieve bevolking te laten groeien. Wel blijkt dat migratie leidt tot verlies aan bevolking in arme regio's en groei voor de meer welgestelde regio's. De verwachting is dan ook dat migratie een sterke factor zal worden bij het vergroten van regionale verschillen in Europa, aldus de rapportage DEMIFER uit 2010.

1.8 Drie krimpregio's

De bevolkingsprognoses van het CBS geven vooral een sterke daling aan voor de Eemsdelta, en dan specifiek Delfzijl, de gehele regio Zeeuws-Vlaanderen en Midden- en Zuid-Limburg. De stad Heerlen, met daaromheen Parkstad Limburg krimpt sterk. De steden Maastricht en Groningen blijven in deze periode volgens de prognoses stijgen qua inwonertal. Ook de bevolking in Walcheren groeit nog, volgens de prognoses, die van de stad Goes gaat stevig dalen.

Bevolkingsontwikkeling 2010-2040

Bevolking x1000	2010	2020	2030	2040	% krimp 2010- 2040
Nederland	16.536	17.014	17.380	17.474	+6%
Provincie Groningen	578	588	596	596	+ 3%
Eemsdelta	66	61	58	55	-17%
gemeente Groningen	187	204	215	219	+17%
Provincie Zeeland	381	380	377	370	- 3%
Zeeuws-Vlaanderen	107	103	99	95	-11%
Vlissingen en Middelburg	93	97	98	98	+5%
Provincie Limburg	1.120	1.095	1.071	1.036	- 8%
Midden-Limburg (CR)	233	224	214	201	-14%
Parkstad Limburg	253	244	230	214	-15%
Maastricht	118	118	121	123	+ 4%

(bron: Regionale bevolkingsprognose bevolkingsopbouw 2009-2040, CBS Statline)

De bevolkingsprognoses zijn, vooral op langere termijn, onzeker. Veel hangt bijvoorbeeld af van de inschatting van de in-

ternationale migratie. En deze is sterk afhankelijk van conjuncturele ontwikkelingen, politieke ontwikkelingen en immigratiebeleid. Regionale bevolkingsprognoses zijn bovendien ook gebaseerd op woningbouwplannen op gemeentelijk en provinciaal niveau. Verschillende methoden (CBS, Primos) leiden tot verschillende cijfers. De trend voor de drie krimpregio's is echter in alle prognosemodellen hetzelfde.

1.9 Huishoudsamenstelling

Oudere eenpersoonshuishoudens zijn kwetsbaarder bij lichamelijke gebreken en zullen eerder gebruik moeten maken van formele zorg. Onduidelijk is of oudere mensen die alleen wonen ook meer gebruik maken van ziekenhuiszorg. Volgens de prognoses zal het aantal eenpersoonshuishoudens in Nederland tussen 2011-2040 stijgen met 34%. Voor mensen van 65 jaar en ouder zal het echter naar verwachting stijgen met 102%. Daarmee is te verwachten dat uit deze groeiende groep oudere alleenwonende mensen ook een groeiende zorgvraag komt. Dit indien er niet meer maatregelen en beleid komt, gericht op preventie van ziekte en gebreken en op het zoveel mogelijk zelfzorgen.

1.10 Ervaringen met krimp

De drie krimpregio's hebben al enige jaren ervaring opgedaan met de gevolgen van krimp en de mogelijke acties daartegen. De eerste reacties op de ontstane en verwachte situatie waren gericht op het bestrijden van krimp, en dan met name door maatregelen te nemen die gericht waren op het aantrekken van nieuwe inwoners. Dit betrof dan veelal woningmarktstrategieën gericht op tweede huizen of initiatieven als de Blauwe stad. Inmiddels is gebleken dat het bestrijden van krimp niet de juiste strategie is, want niet effectief, maar het begeleiden van krimp noodzakelijk is. Daarmee is voor deze regio's het besef belangrijk gebleken dat demografische krimp geen tijdelijk en omkeerbaar lokaal probleem is, maar een onomkeerbaar regionaal probleem. Dit besef blijkt in de regio Parkstad Limburg en Eemsdelta beter te zijn doorgedrongen dan in Zeeuws-Vlaanderen. In deze laatste regio heeft men ook nu nog een strategie die gericht is op het meer binnenhalen van migranten (met name Polen), naast het begeleiden van de krimp. Deze strategie is echter vooral afhankelijk van het kunnen aanbieden van structurele werkgelegenheid.

De gedeelde probleempceptie blijkt noodzakelijk te zijn voor een goede reactie en anticiperend beleid op demografische krimp. In deze studie kijken we vooral naar de ervaren noodzaak om niet alleen naar de gevolgen van demografische krimp op woningbouw, bedrijventerreinen en gemeentelijke voorzieningen te kijken, maar ook naar de op de krimp aangepaste organisatie van de zorg.

1.11 Anticipeerregio's

Naast de drie krimpregio's zijn er ook zogenaamde anticipeerregio's: Oost-Drenthe, Twente, de Achterhoek, Noord- en Midden-Limburg, het Groene Hart, West-Brabant, Goeree-Overflakkee, Voorne-Putten en de Hoeksche Waard, Noord-oost-Friesland, de Kop van Noord-Holland, en Schouwen-Duiveland. Deze regio's staan aan de vooravond van een structurele bevolkingsdaling. Het is belangrijk dat deze regio's tijdig anticiperen op de demografische ontwikkelingen, waardoor overcapaciteit voor bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg kan worden voorkomen. In Zuidoost-Drenthe en de Achterhoek is de bevolkingsgroei inmiddels al omgeslagen in een bevolkingsdaling.

1.12 Vergrijzing

Nederland vergrijsst, maar niet overal even snel. De gevolgen van de vergrijzing voor de zorg zijn een waarschijnlijk stijgende zorgvraag – afhankelijk van de ontwikkeling van de medische wetenschap en leefstijl in Nederland- en een grotere druk op de arbeidsmarkt. De vergrijzing vindt in alle regio's in Nederland plaats, maar in de krimpregio's slaat deze extra hard toe. In Noordoost-Groningen, Zeeuws-Vlaanderen en Parkstad Limburg bestaat volgens de prognoses in 2040 meer dan 30% van de inwoners uit mensen van 65 jaar en ouder. De steden Maastricht en Groningen trekken een jonge bevolkingsgroep aan, en hebben dus veel minder last van de vergrijzing.

Percentage inwoners 65 jaar en ouder, 2010-2040

% inwoners 65 jaar en ouder	2010	2020	2030	2040
Nederland	15%	20%	24%	26%
Provincie Groningen	16%	20%	24%	26%
Oost-Groningen	19%	24%	27%	29%
Eemsdelta	19%	24%	28%	29%

Provincie Zeeland	19%	23%	26%	28%
Zeeuws-Vlaanderen	20%	25%	29%	30%
Provincie Limburg	18%	23%	28%	28%
Midden-Limburg	18%	24%	29%	30%
Parkstad Limburg	19%	24%	29%	29%

(bron: naar CBS Statline)

Naast een vergrijzing vindt er ook een ontgroening plaats. In de jaren 2005-2009 was er in de drie krimpregio's sprake van een negatief geboorteoverschot, oftewel minder geboorten dan sterfte. Dit verschijnsel komt nog niet in veel regio's voor. In de drie krimpregio's was sprake van een laag geboortecijfer.

1.13 Krimp op platteland of stad

Demografische krimp werkt anders uit in landelijke, dan in stedelijke gebieden. De ROB/Rfv zegt in zijn advies over bevolkingsdaling: *“Stadsbewoners zijn gewend aan de nabijheid van voorzieningen. Dorpsbewoners zijn meer gewend om ‘in de auto te stappen. Stedelijkheid staat immers garant voor een dicht voorzieningenaanbod. Bij krimp in de stad gaat het meestal om minder van dezelfde voorzieningen, bij krimp in een dorp kan het gaan om het verdwijnen van een laatste voorziening. (-) Het is in het belang van de stad om een zo groot mogelijke regionale functie te hebben. Het is in het belang van dorpen om lokaal zo veel mogelijk voorzieningen beschikbaar te hebben. Regionale afstemming is dan van groot belang.”* We zullen zien dat de dreigende sluiting van een SEH of ziekenhuis in een plattelandsgeregio tot grote emoties kan leiden.

1.14 Wonen en werken

Lastig blijkt het in de praktijk om plannen voor woningen, bedrijfsterrinen en voorzieningen bij te stellen. Geen enkele (gemeente)bestuurder streeft graag een ambitie van krimpende voorzieningen na. De veronderstelling is ook vaak dat het aanwezige voorzieningenniveau de aantrekkelijkheid als vestigingsplaats bepaalt. Volgt wonen nu werken of volgt werken het wonen? Feit is dat in de meeste plattelandsgemeenten ook nu al gereisd moet worden voor voorzieningen en werk, en dat dit de aantrekkelijkheid van het wonen in het groen niet hindert. Het gaat dan meer om de toegankelijkheid van voorzieningen en een goede weg en openbaar vervoerinfrastructuur, dan om de aanwezigheid van voorzieningen in het eigen dorp. Uit diverse studies blijkt dat het verhuisgedrag van mensen

maar beperkt wordt bepaald door het aanwezige voorzieningenniveau. Dat hoogopgeleiden en jongeren het werken en de (hogere) opleidingsmogelijkheden volgen, en daar dan blijven hangen, is inmiddels wel gebleken.

In de Randstad blijkt het werken wel het wonen te volgen. Grote (internationale) bedrijven vestigen zich in de Randstad omdat dat aantrekkelijk is voor (internationaal) hoogopgeleid personeel en omdat de bereikbaarheid beter is. Vaak ook willen grote ondernemingen bij elkaar in de buurt zitten, een centrum vormen. Dat een dergelijk centrum van activiteiten ook buiten de Randstad mogelijk is, toont Brainport Eindhoven en Agrocentrum Wageningen wel aan.

In de krimpregio's blijkt echter nauwelijks sprake van een samenhang tussen wonen en werken. Woningbouw of extra bedrijventerreinen leiden hier, zo blijkt tot nu toe, niet tot extra bevolkingsgroei. Met name voor Zeeuws-Vlaanderen speelt de problematiek van vertrekkende jongeren sterk. Ook in Noordoost Groningen trekken ze naar de nabijgelegen stad of het Westen. In alle krimpregio's blijkt het al moeilijk om specialisten voor het ziekenhuis te werven en huisartsen in de landelijke gebieden.

1.15 Coördinatie van acties

De ervaring leert dat bij het anticiperen op en begeleiden van demografische krimp, regionale coördinatie en samenwerking noodzakelijk is. Tevens blijkt uit de ervaring in de drie krimpregio's, dat de desbetreffende provincies een sterk stimulerende rol kunnen spelen in het bevorderen van het inzicht en de noodzaak van maatregelen, maar ook in de coördinatie van de transformatie. Wat dit betekent voor de transformatie van ziekenhuiszorg, zal in deze studie worden onderzocht.

1.16 Aantrekken of begeleiden

Als het aantrekken van nieuwe bewoners geen effectief middel blijkt, dan wordt veelal alles uit de kast getrokken om de krimpregio aantrekkelijk te houden of te maken voor de bestaande bevolking, dus de uittocht tegen te gaan. Het aantrekken van bedrijvigheid hoort hierbij, maar ook het aanbieden van voorzieningen. In het verleden kozen gemeenten er wel voor om door nieuwbouwplannen nieuwe bewoners aan te willen trekken. Dit heeft echter tot leegstand en verlies geleid. Inmiddels is in de krimpregio's gekozen voor afstemming en samenwerking bij nieuwbouwplannen. In de provincie Zeeland kiest men

nog voor een dubbelstrategie: enerzijds zorgen voor een kwalitatief goed aanbod, dus met name gericht op concentratie en samenwerking, maar toch ook op overcapaciteit voor het mogelijk aantrekken van nieuwe bewoners en bedrijvigheid, in concurrentie op andere regio's

Om de afname van de potentiële beroepsbevolking te compenseren, hebben de krimpregio's gekozen voor maatregelen gericht op enerzijds het geschikter maken van het aanbod (betere aanpassing arbeidsaanbod en – vraag, afstemming en samenwerking bij opleidingen, omscholing) voor specifieke sectoren en voor verhoging van de arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit. Het investeren in innovaties, ook in de zorg, wordt daartoe mede als middel gezien.

1.17 Weinig aandacht voor zorg

Het bewustzijn van de al opgetreden en optredende demografische krimp is in Nederland de afgelopen jaren sterk gegroeid. Aan dit bewustzijn bij lokale bestuurders hebben activiteiten van het Rijk, VNG, en IPO sterk bijgedragen. Opvallend is dat de aandacht hierbij veelal is uitgegaan naar de gevolgen voor de woningbouw, bedrijvigheid en bedrijventerreinen en voor de gemeentelijke voorzieningen. Veel aandacht is dan ook uitgegaan naar de gevolgen voor en noodzakelijke maatregelen voor de financiële positie van gemeenten. Dat de gevolgen voor (de organisatie van) de zorg en ziekenhuizen in het bijzonder hierbij maar weinig aandacht heeft gekregen, lijkt veroorzaakt te worden door twee zaken.

Allereerst voert het departement VWS een generiek beleid. Aandacht voor specifieke regio's is er indien een sluiting van een ziekenhuis of fusie dreigt of de acute zorg in gevaar lijkt te zijn. De minister van VWS treedt alleen dan op indien de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg in het geding lijkt te komen, maar is niet de centrale planner of regisseur. Lokaal en regionaal eist men wel regelmatig zo'n rol van de minister, maar de minister neemt deze rol niet meer op zich.

De tweede oorzaak lijkt te zitten in het ontbreken van een verantwoordelijke of aanspreekbare instantie of organisatie. Wie bepaalt hoeveel ziekenhuizen, waar, noodzakelijk zijn? Wie stuurt op de verspreiding van zorgvoorzieningen? Wie kan sturen op een teveel of te weinig en kan partijen tot afstemming brengen? In de ziekenhuiszorg laten we dat over aan de markt, dus aan individuele bestuurders en de inkoper van de zorg, de zorgverzekeraar. Daarmee is van planning vooraf geen

sprake, en blijkt regionale afstemming soms lastig, mede in het licht van de Mededigingswet.

1.18 Topteam krimp

De Minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties hebben in 2009 het ‘Topteam Krimp’ ingesteld. De opdracht aan het Topteam was om de knelpunten en kansen die bevolking- en huishoudensdaling met zich meebrengen te analyseren en het formuleren van oplossingsrichtingen en aanbevelingen. Het Topteam Krimp heeft afzonderlijke onderzoeken uitgevoerd naar de regio’s Eemsdelta en Oost-Groningen, Parkstad Limburg en Zeeuws-Vlaanderen. Hoewel ook deze onderzoeken focussen op de gemeentelijke voorzieningen en woningbouw, is wel aandacht besteed aan de gevolgen voor de zorg. Voor de problematiek in de drie krimpregio’s, inclusief Oost-Groningen, achtte het Topteam verder onderzoek naar de benodigde zorgvoorzieningen, het schaalniveau en de mogelijkheden van samenwerking, ook over de grens, noodzakelijk. Inmiddels blijkt dat de Provinciale raad voor de Volksgezondheid in Limburg en provincie, zorgverzekeraar en ziekenhuizen in Noordoost-Groningen gezamenlijk analyses hebben laten uitvoeren.

Het Topteam adviseerde het Ministerie van VWS om een vervolgonderzoek uit te voeren naar de vraag of het huidige stelsel voldoende soelaas biedt voor bijzondere krimpsituaties. Hierbij stelde het Topteam de vraag of er nu voldoende mogelijkheden zijn om met financiële middelen te kunnen schuiven. Dit omdat banken beducht zijn voor kapitaalsvernietiging door de bevolkingsdaling en organisaties daardoor moeilijker financiering blijken te krijgen van banken voor renovatie en nieuwbouw. Een sluitende businesscase is een eerste vereiste, zo tonen onder andere de problemen die het Adriaan de Ruyter-ziekenhuis heeft in Walcheren/Zuid-Beveland met de financiering van de door hen gewenste nieuwbouw.

1.19 Actieplan Bevolkingsdaling

In Krimpen met Kwaliteit, een interbestuurlijk Actieplan Bevolkingsdaling van Rijk, IPO en VNG, is een reactie opgenomen van het Kabinet op de eindrapportage van het Topteam. Aandacht gaat daarbij vooral uit naar de benodigde bestuurskracht die noodzakelijk wordt geacht om de uitdagingen aan te

gaan. Opvallend hierbij is dat het Topteam voor de drie krimpregio's drie verschillende bestuursoplossingen adviseerde, die het kabinet ook overneemt. Voor Parkstad Limburg adviseerde het Topteam een driemanschap gevormd door een onafhankelijk voorzitter en twee leden aan te wijzen door het bestuur van Parkstad Limburg. Voor de Eemsdelta en Oost-Groningen zag het Topteam een regierol weggelegd voor de provincie met betrokkenheid van het volledige College van GS. Voor Zeeuws-Vlaanderen tenslotte zag het Topteam een stuurgroep van de drie gemeenten met ondersteunende rol van de provincie als het meest toegesneden voor de taak. Vraag is wat deze bestuurlijke kracht kan betekenen voor de ziekenhuiszorg.

1.20 Kansen voor innovatie in de zorg

Specifiek voor de zorg zien IPO, Rijk en VNG de bestaande subsidiemogelijkheden van ZonMw, de beleidsinnovatieregeling van de NZA en gelden van VWS als voldoende om de tijdelijke financiering van innovatieve programma's mogelijk te maken. Juist in de krimpregio's ziet het Actieplan kansen voor het experimenteren met nieuwe werkwijzen in de zorg. Het grote aantal arbeidsplaatsen in de zorg biedt in deze regio's juist kansen, zeker gezien de relatief hoge werkloosheid. Wat wel nodig wordt geacht, zijn extra inspanningen voor benodigde opleidingsplaatsen en stageplaatsen. Voor de (komende) arbeidsmarktproblematiek in de zorg in de krimpregio's zou dan ook geen aanvullende regelgeving benodigd zijn. Van enige beschouwing van een benodigde herziening van het zorglandschap en de daarvoor benodigde (bestuurlijke) inspanning is geen sprake in het Actieplan. Voor de zorg wordt stevast verwezen naar het generieke beleid van VWS.

1.21 Ontwerpadvies SER

De Sociaaleconomische Raad doet in haar Ontwerpadvies Bevolkingskrimp benoemen en benutten (2011) voor de sector Zorg en Welzijn een aantal aanbevelingen. Zo adviseert de SER om in gemeenten verschillende functies op een locatie te combineren. Hiermee kan optimalisering en flexibilisering van de bedrijfsvoering worden bereikt, en een hogere kwaliteit van dienstverlening. Uitdrukkelijk geeft de SER hierbij aan dat zowel (semi-)publieke als commerciële diensten gecombineerd kunnen worden. Tevens adviseert de SER om sterk in te zetten, juist in krimpregio's, op nieuwe vormen van zorgverlening

en andere innovaties. Juist krimp geeft kansen. Om de teruggang van de potentiële beroepsbevolking op te kunnen vangen adviseert de SER om verdergaande samenwerkingsverbanden op te zetten, bijvoorbeeld personeelspools van publieke en marktpartijen. Daar waar knelpunten ervaren worden voor samenwerking, dienen deze voorgelegd te worden aan de NMa. De SER ziet een duidelijke regisserende en coördinerende rol voor de provincie weggelegd op het ruimtelijke, economische en natuurterrein. Dit past ook bij de taken van de provincie. Voor de zorg lijkt deze rol echter niet weggelegd.

1.22 Conclusies demografische krimp

De Nederlandse bevolking groeit nog tot 2040, daarna daalt deze licht. De potentiële beroepsbevolking daalt wel stevig in deze periode, de bevolking vergrijsst. Binnen Nederland zijn er nu al drie krimpregio's, maar voor meerdere regio's, vooral langs de randen van Nederland, wordt een stevige krimp voorspeld. Deze demografische krimp zien we in meer gebieden in Europa optreden. In Nederland blijkt er een trek naar de grote steden plaats te vinden en naar regionale centra. In Nederland betekent dat veelal een trek naar het Westen en naar het midden van Nederland.

In de krimpregio's slaat de vergrijzing harder toe dan in de rest van Nederland. In Parkstad Limburg en de Eemsdelta zal in 2040 naar verwachting 30% van de bevolking 65 jaar of ouder zijn. Naast de drie bekende krimpregio's zijn er vele regio's, veelal langs de randen van Nederland, waarvoor ook een stevige krimp wordt verwacht, de zogenaamde Anticiperregio's. Daarmee is het belangrijk om te leren van de ervaringen in de eerste krimpregio's.

Er is in Nederland al relatief veel studie gedaan naar de gevolgen van demografische krimp op gemeentelijke voorzieningen, economische mogelijkheden, woningbouw en de financiële positie van gemeenten. In al deze studies is er maar weinig aandacht voor de gevolgen van demografische krimp op de zorgsector. Uit de verschenen studies blijkt dat de strategie van de krimpregio's is gegroeid van het bestrijden van krimp naar het begeleiden van krimp. Demografische krimp wordt inmiddels geaccepteerd als een onvermijdbaar regionaal en structureel gegeven. Het aantrekken van bewoners elders uit Nederland door het aanbieden van woningbouwlocaties en het aanleggen van extra bedrijventerreinen om vestiging aantrekkelijk

te maken blijken niet te hebben gewerkt. Bij het ontwikkelen van een nieuwe visie en beleid blijken de provincies vaak een sturende rol te hebben gespeeld. Voor de zorgsector is voor de provincie echter geen automatische rol weggelegd.

Voor de arbeidsintensieve zorgsector, en dus ook voor de ziekenhuiszorg, is de dalende potentiële beroepsbevolking een groot risico voor de toekomst. Dit geeft overigens de krimpregio's juist weer extra kansen voor innovatie: juist daar daalt de potentiële beroepsbevolking sterk en is de urgentie het grootst.

Het Topteam Krimp heeft voor de drie krimpregio's een analyse opgesteld, en daarbij ook naar de zorgsector gekeken. Dit Topteam komt tot de conclusie dat samenwerking van ziekenhuizen, eerste lijn en care noodzakelijk is om de problemen aan te kunnen pakken, evenals het combineren van voorzieningen. Tevens constateert het Topteam dat in de krimpregio's nog meer analyse van de problematiek voor de zorg noodzakelijk is. Dit lijkt in ieder geval ook een goede aanbeveling voor de zogenaamde Anticiperegio's. Inmiddels is voor Limburg en Noordoost-Groningen een specifieke analyse voor de gevolgen van krimp op de ziekenhuiszorg uitgevoerd. Voor Zeeland ligt er een analyse uit 2006, waarvan echter het realistisch gehalte anno 2011 in twijfel mag worden getrokken. Maar daarover meer in hoofdstuk 3.

2 Krimpregio's en ziekenhuiszorg

2.1 Demografische ontwikkelingen en de ziekenhuiszorg

Nog beperkte invloed demografie

Door de daling van de potentiële beroepsbevolking en de vergrijzing, gaat de arbeidsintensieve zorgsector het moeilijk krijgen. Enerzijds omdat er minder mensen beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt en daarmee de concurrentie op die arbeidsmarkt groter wordt. Maar anderzijds omdat door de vergrijzing de zorgvraag complexer wordt en groeit: ouderen, met name 75-plus, hebben meer behoefte aan zorg. Dit bovenop de trendmatige stijging van de zorgafname: meer is mogelijk, meer is gemakkelijker toegankelijk en meer behandelingen zijn minder ingrijpend. TNO verwacht in de jaren tot 2020 een voortgaande jaarlijkse stijging van het aantal dagopnames en klinische opnamen. Dit op basis van de demografische prognoses en trendmatige doorrekening van ontwikkelingen in gezondheid, medische en technologische ontwikkelingen en de zorgvraag. In de jaren 2004-2007 bleek het aantal klinische opnamen per 1000 inwoners met 2,5%, het aantal dagopnames met 7,6% en het aantal polikliniekbezoeken met circa 1,5% te zijn gestegen. De vergrijzing is hierbij slechts een van de factoren die deze stijging veroorzaakte. Belangrijker bleek de toename in de prevalentie van ziekten (onafhankelijk van de demografie), nieuwe behandel- en onderzoeksmogelijkheden, indicatiecriteria, autonome groei en een inhaalvraag (wegwerken wachtlijsten). Demografische ontwikkelingen hebben dus maar een beperkte invloed op de ontwikkeling van de zorgvraag.

Scenario's

Op basis van verschillende scenario's (voortgaande groei, sterke groei en afname groei) verwacht TNO een voortgaande jaarlijkse stijging van het aantal klinische opnamen van 2,3%-3,8%, en van het aantal dagopnames (per 1000 inwoners) van 5,7%-10,1 %. Vooral de verwachte stijging in het aantal dagopnames noopt tot een verandering van de organisatie binnen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen onderling: ruimtelijke decentralisatie en concentratie van gelijksoortige processen. De gemiddelde verpleegduur daalt in de verschillende scena-

rio's verder tot 3,4-4,6 dag. Het aantal benodigde bedden per 1000 inwoners (klinische en dagopnamen) is volgens TNO in 2007 2,1 bed. In de verschillende scenario's komt TNO tot een behoefte van 2,2-2,8 bed per 1000 inwoners. Indien geen afname van de groei gaat plaatsvinden, zal door de demografische ontwikkeling overigens de gemiddelde verpleegduur naar verwachting wel hoger blijven en daarmee de behoefte aan klinische bedden. Daarmee raadt TNO aan om niet te plannen (bouwplannen) voor een te beperkt aantal bedden.

Tekort aan artsen

Doordat jongeren en hoger opgeleiden vertrekken naar de Randstad en het midden van Nederland, ontstaan aan de randen van Nederland tekorten aan geschoolde verpleegkundigen en specialisten. In Noordoost Groningen, in Zeeuws-Vlaanderen en Zuid-Limburg is het nu al moeilijk om aan geschikte specialisten te komen en is het moeilijk om openvallende huisartsenposten te vullen. Zo worden in NO-Groningen nu al tekorten aangevuld met Duitse specialisten, maar ook dat gaat moeizaam. Dit tekort aan specialisten kan de continuïteit van de zorg, de kwaliteit van de zorg en de vernieuwing van het zorglandschap ernstig gaan hinderen.

2.2 Krimp en bereikbaarheid, kwaliteit en kosten van de zorg

Acute zorg

De acute zorg kan onderverdeeld worden in acute zorg die naar de patiënt toekomt (ambulance, traumahelikopter, verloskundige) en acute zorg waar de patiënt zelf naar toe gaat (Spoed Eisende Hulp, huisartsenposten). In een SEH komen patiënten binnen die gebracht worden door een ambulance, die worden doorverwezen door huisartsen en de Huisartsenpost (achterwachtfunctie), en er komen zogenaamde zelfverwijzers naartoe, al dan niet terecht.

Ambulancezorg kent twee soorten zorg, spoedeisende zorg en planbare zorg. Bij spoedeisende zorg komt de zorgvraag voort uit een incident. Bij een A1-urgentie is sprake van een levensbedreigende situatie, bij A2 is spoed geboden, maar geen levensbedreigende situatie.

Normtijden acute zorg

Voor A1 ambulancehulp gelden drie normtijden, de responstijd (15 minuten vanaf de ontvangst van de melding tot de patiënt), de behandel tijd (5 minuten, berekend op de noodzakelijke tijd voor het stabiliseren en inladen van de patiënt) en de vervoerstijd (25 minuten voor het bereiken van een SEH). De totale tijd tussen melding en aflevering bij een SEH heet afhandeltijd en is daarmee op een maximale norm van 45 minuten gesteld. Ook politiek wordt deze norm van binnen 45 minuten in een ziekenhuis kunnen zijn, gehanteerd, en deze normtijd is ook in de beleidsregels van de WTZi vastgelegd. Daarmee wordt deze norm gehanteerd ten behoeve van de financiering van ziekenhuizen. De responstijd van ambulances (15 minuten na melding) is een politieke planningsnorm, die wordt gebruikt om te bepalen hoeveel standplaatsen en ambulances nodig zijn. De RVZ heeft eerder aangegeven dat vanuit medische argumenten een norm van 8 minuten beter zou zijn. Zowel in NO-Groningen als Zeeland zijn er ambulancestandplaatsen los van een ziekenhuis om de responstijd van 15 minuten te kunnen behalen.

Nader beschouwd is het voor A1 spoedeisende ambulancehulp dus wezenlijk om de totaal benodigde reistijd in beschouwing te nemen van melding van het incident tot aankomst bij een SEH. En deze is in Nederland in feite maximaal 40 minuten, hoewel 45 minuten wordt gehanteerd. Tevens moet een ambulance binnen 15 minuten bij een incident en patiënt kunnen zijn.

Afhandeltijden ambulancezorg

Het RIVM heeft in opdracht van de minister in 2010 een analyse uitgevoerd van de afhandeltijden in Nederland in 2009. Aanleiding voor dit onderzoek waren vragen over de bereikbaarheid van de SEH's in Oost-Groningen bij sluiting van een of meer SEH's in die regio. Uit dit onderzoek komt naar voren dat zowel de responstijd als de vervoerstijd in (bijna) alle regio's in Nederland goed gehaald wordt en kan worden. De behandeltijd blijkt wel structureel veel langer (totaal gemiddeld ruim 19 minuten) te zijn dan de norm. Ambulancepersoneel richt zich immers op het redden van levens en het voorkomen van gezondheidsschade, en zal zo lang behandelen als noodzakelijk wordt geacht om de patiënt goed te kunnen vervoeren. Een lange behandeltijd is dus niet fout of schadelijk voor de patiënt, veelal in tegendeel. Gemiddeld wordt de responstijd in Nederland met een gemiddelde van bijna 10 minuten ruim gehaald. In Zeeland blijkt wel de langste responstijd te zijn met gemiddeld 11 minuten. De vervoerstijd is in Nederland ook ruim onder de norm met gemiddeld ruim 12 minuten, maar ook hier scoort Zeeland het hoogst met bijna 15 minuten. Gemiddeld blijkt de bereikbaarheid van acute zorg in Nederland dus goed te zijn geregeld.

Gevoelige ziekenhuizen

Van gevoelige ziekenhuizen wordt gesproken wanneer de aanwezigheid van een SEH in een ziekenhuis noodzakelijk is om voor een bepaalde hoeveelheid bewoners in een specifiek gebied de 45-minuten norm te kunnen behalen. Een alternatief is er dan niet beschikbaar. Uit een onderzoek van het RIVM in 2008 bleek een 25-tal ziekenhuizen/SEH's in deze zin gevoelig, waarvan een groot aantal voor slechts relatief kleine populaties, waaronder het Delfzicht ziekenhuis in Delfzijl (voor 1200 inwoners). De ziekenhuizen op Walcheren, Zuid-Beveland (Adriaan de Ruyter met twee SEH's), Zeeuws-Vlaanderen (Zorgzaam) en in Roermond (Laurentius) staan in ieder geval op deze lijst met grote aantallen kwetsbare burgers. De ziekenhuizen met SEH te Winschoten en Stadkanaal niet, maar daarover later meer.

Financiering spoedeisende hulp

De spoedeisende hulp valt onder de functionele budgettering. Bezoeken worden bekostigd als eerste polikliniek bezoek (circa 40 euro). De SEH is echter een voorportaal voor het gehele ziekenhuis en voor vervolgbehandelingen, opnames of DBC-verrichtingen. Daarmee is het belangrijk voor het aantrekken

van nieuwe patiënten. Voor het kunnen uitoefenen van spoedeisende hulp moet locatie beschikbaar zijn, maar vooral moeten gespecialiseerde artsen (spoedartsen) en verpleegkundigen beschikbaar zijn of binnen 15 minuten aanwezig kunnen zijn, 24x7. Daaraan zijn kosten verbonden voor het ziekenhuis.

Toegankelijkheid basiszorg

In 2010 vond in de Tweede Kamer een stevig debat plaats tussen minister Klink en een aantal kamerleden over het mogelijk bedreigde voortbestaan van het Refaja ziekenhuis te Stadskanaal. Deze discussie geeft goed aan hoe de emoties over en in krimpende regio's soms hoog kunnen oplopen bij het eventueel verdwijnen van een ziekenhuis, maar ook hoe de minister vindt dat de verantwoordelijkheden liggen. Aanleiding was een aantal berichten over zorgverzekeraar Menzis die zou weigeren om de financiering voor renovatie van operatiekamers voor het Refaja te bekostigen. Dit omdat Menzis liever de drie ziekenhuizen/vestigingen in Noordoost-Groningen (Delfzijl, Stadskanaal en Winschoten) zou vervangen door 1 nieuw te bouwen groter ziekenhuis langs de A7. De minister gaf in dit debat aan dat een belangrijke verantwoordelijkheid voor een goede kwaliteit van zorg en voor de toegankelijkheid daarvan ligt bij de ziekenhuizen zelf en bij de zorgverzekeraar. Vanuit deze verantwoordelijkheid achtte minister Klink het dan ook terecht dat Menzis op basis van de te contracteren volumes beoordeelt of er voldoende basis is voor OK's in een ziekenhuis. De minister vindt zichzelf wel verantwoordelijk voor de bereikbaarheid van cruciale zorgfuncties zoals de SEH en de veiligheid van de zorg, en daarmee voor het handhaven van de 45 minuten norm. Ook erkent hij de systeemverantwoordelijkheid. De minister geeft in dit debat duidelijk aan dat hij de zorgverzekeraar verantwoordelijk acht voor de kwaliteit en kwaliteitsverbetering, en daarmee voor de eventueel daarvoor noodzakelijke concentratie en specialisatie. Het gaat de minister om de continuïteit van de zorg, en niet om de continuïteit van elke specifieke instelling. Sommige instellingen krijgen daarvoor een financiële handreiking om de continuïteit van de zorg en de bereikbaarheid te kunnen garanderen, de zogenaamde beschikbaarheidstoelage.

Fusies

Over fusies had de minister van VWS in het verleden niet dringend een mening, tenzij de bereikbaarheid van de zorg daarmee in het geding kwam. Minister Schippers ziet meer bezwaren tegen grote zorgondernemingen. Zorg dichtbij en met een menselijke maat hebben de voorkeur. Zij heeft aange-

geven een zorgspecifieke fusietoets door de IGZ en NZa te wensen, voorafgaand aan een eventuele mededingingstoets door de NMa. Daarmee kiest de minister niet voor een fusie-stop, maar wel voor een zorgvuldig voorbereidingstraject. Ook deze minister gaf in december 2010 aan dat de zorginstellingen zelf samen met de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de vorm en inhoud van de bereikbaarheidseis en kwaliteit van zorg.

Beschikbaarheidtoeslag

Volgens de Functionele bekostigingssystematiek wordt een beschikbaarheidstoeslag verstrekt voor ziekenhuislocaties met een klinische adherentie van minder dan 72.500 inwoners, met een afdeling spoedeisende hulp die van belang is voor de bereikbaarheid. Zowel het Ommelander ziekenhuis, het Refaja als Zorgsaam horen bij deze groep. Deze beschikbaarheidstoeslag is gemiddeld 1,5 miljoen euro per ziekenhuis. De Beschikbaarheidsgelden zijn niet specifiek gericht op de bekostiging van SEH's, maar worden daar voor de kleine ziekenhuizen veelal wel voor gebruikt. Zo kreeg het Refaja ziekenhuis in 2008 hieruit 1 miljoen euro en het OZG 3 miljoen euro. Na invoering van de prestatiebekostiging zal overgegaan worden tot het verstrekken van een algemene beschikbaarheidsvergoeding aan alle ziekenhuizen met een 7x24 uur SEH.

Marktwerking en concurrentie

Vergroting van de marktwerking in de ziekenhuiszorg en onderlinge concurrentie zijn belangrijke onderdelen van het beleid van de minister van VWS. Het toezicht houden op mogelijk misbruik van economische machtsposities van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar en/of kartelvorming zijn daarmee onlosmakelijk verbonden.

In dunbevolkte regio's is er minder aanbod van ziekenhuizen. In de Eemsdelta en op Zeeuws-Vlaanderen is er maar 1 ziekenhuis, dus van een echte markt of concurrentie is geen sprake. Op Zeeuws-Vlaanderen is er wel de mogelijkheid om naar een ziekenhuis in België te gaan. In de Eemsdelta is de stad Groningen het dichtste bij. Het lijkt logisch dat de (relatief) kleine ziekenhuizen in deze twee krimpregio's de samenwerking zoeken met andere ziekenhuizen om zo de noodzakelijke zorg kwalitatief goed te kunnen blijven leveren. Zeker als de bevolking nog meer krimpt. Vraag is in hoeverre de Mededingingswet zich tegen samenwerking vanuit deze gronden verzet. Samenwerking met als doel efficiency te bereiken is toegestaan. Samenwerking door ondersteunende diensten, op het terrein

van ICT of catering zijn dan ook toegestaan. Marktverdeling en prijsafspraken zijn dat niet.

In Parkstad Limburg is eerder sprake van een teveel aan aanbod, de concurrentie is hier potentieel groot. Ook hier echter kan een verdeling van de beschikbare capaciteit en concentratie van deskundigheden voordelig zijn voor zowel de belastingbetaler als de zorgafnemer. De Mededingingswet lijkt hier echter hinderlijker: in een markt moet door concurrentie de sterkste overwinnen, het verdelen van de markt is uit den boze. De NMa is van mening dat het de zorgverzekeraar is die een keuze moet maken over welk ziekenhuis zich waarin specialiseert. Ziekenhuizen mogen dat niet onderling bepalen, tenzij zij kunnen aangeven dat de voordelen van samenwerking opwegen tegen de nadelen van verminderde keuzevrijheid. (bron: speech Kalbfleisch, 28 januari 2011) In de praktijk blijken wel samenwerkingsafspraken gehanteerd te worden, veelal om efficiency te bereiken of deskundigheden te delen. Wanneer deze afspraken zijn afgezegd door de zorgverzekeraar, lijken zij te worden toegestaan.

In een aparte achtergrondstudie gaat de RVZ dieper in op de (vermeende) belemmeringen van de Mededingingswet.

Kwaliteit

In toenemende mate worden door zorgverzekeraars, op voorstel van wetenschappelijke beroepsverenigingen, volume-eisen gesteld aan bepaalde specialistische handelingen. Deze volume-eisen zijn gekoppeld aan de ervaring van specifieke specialisten, in dienst van of verbonden aan een ziekenhuis. Voor kleine ziekenhuizen is het belangrijk dat die specialisatie aan de persoon van de specialist is verbonden, en niet aan een locatie. Zij zullen immers vaker een specialist delen met een ander ziekenhuis. Daarbij blijft staan dat niet alleen de specialist, maar ook het team daaromheen, aan bepaalde ervaringseisen moet voldoen.

België en Duitsland

Voor de toekomst van de medische- specialistische zorg in krimpgebieden is met name de ontwikkeling van de zorgvraag, specifiek door de combinatie van krimpende bevolking en toenemende vergrijzing, belangrijk. Bovendien speelt in deze drie regio's mee dat ziekenhuizen in België (Zeeuws Vlaanderen) en België en Duitsland (Limburg) goed bereikbaar zijn. Voor Noordost-Groningen zijn er geen Duitse alternatieven. Hoewel de reisafstand wel bepalend is bij de keuze van een ziekenhuis, neemt dit criterium bij voldoende keuze en informatie in belang af ten gunste van kwaliteit en reputatie. De

reisbereidheid hangt daarmee af van het type zorgconsument, het type zorgvraag en de reismogelijkheden (vervoermiddel en infrastructuur). De verwachting is dat door meer transparantie en kwaliteitsinformatie en een veranderende zorgconsument, de reisbereidheid van patiënten zal toenemen.

Omvang en kosten ziekenhuiszorg

Wat zijn nu kleine ziekenhuizen en wat grote? Op basis van gegevens van de NZa waren er in 2009 vijf ziekenhuizen met minder dan 30.000 verpleegdagen (Talma Sionsberg te Dokkum, streekziekenhuis Zevenaar te Zevenaar, het Maasziekenhuis te Boxmeer, het Van Weel Bethesda ziekenhuis te Dirksland en het Havenziekenhuis te Rotterdam). Dit zegt iets over het beddenhuis, en dan alleen nog over de erkende en bekostigde behandelingen uit het A-segment, maar niet veel over de kwaliteit van de zorg of de kosten. Deze ziekenhuizen blijken ook de laagste A-budgetten te hebben, maar ziekenhuizen als het Refaja te Stadskanaal en Amstelland te Amstelveen hebben niet veel meer budget ter beschikking. Als gekeken wordt naar de dagverpleging en 1^e polikliniekbezoeken heeft het Refaja relatief veel klandizie en scoort Talma Sionsberg uitzonderlijk laag. Behalve het Refaja ziekenhuis te Stadskanaal lijkt er op basis van deze cijfers weinig reden voor zorg voor de toekomst van de ziekenhuizen in de drie krimpregio's. De omvang van het adherentiegebied kan wel aanleiding zijn om bepaalde vergunningen wel of niet te verstrekken, of om specialisaties te bundelen. Uit de discussie rondom de te verlenen vergunning voor een tweede dottercentrum in Zeeland in het Adriaan de Ruyterziekenhuis (naast Terneuzen, dat al een vergunning had), bleek dat de Tweede kamer om redenen van financiën, het voorkomen van concurrentie en verspilling, pleitte voor het afwijzen van de tweede vergunning. Dat is ook geschiedt, de twee ziekenhuizen zijn verzocht te gaan samenwerken in plaats van te concurreren. Zoals uit hoofdstuk 3 zal blijken heeft het Adriaan de Ruyter ziekenhuis om andere redenen wel zorgen over de toekomst.

Cijfers 2009 Jaardocumen- ten	Kli- nische opna- men	1e po- likli- niek bezoen- ken	Klinische Verpleeg- dagen	Bedrijfsop- brengst X 1000
Ommelan- der zieken- huis Delfzijl en Winscho- ten	17.621	91.552	87.818	96.435
Refaja Stadskanaal	8.527	52.084	46.523	54.711
Zorgsaam Terneuzen	13.332	75.740	81.708	85.618
Adm. De Ruyter Vlis- singen, Goes	23.513	143.280	130.826	158.797
Orbis Sittard- Geleen	18.290	134.073	110.633	166.357
Atrium Heerlen	30.216	180.475	204.361	239.460
Laurentius Roermond				104.133
St.Jans Gasthuis Weert	9.940	62.845	51.567	64.765

2.3 Grensoverschrijdende ziekenhuiszorg

Vrij verkeer van diensten

Het EG-verdrag betreffende het vrije verkeer van diensten bepaalt dat nationale overheden geen maatregelen mogen nemen die het vrije verkeer van diensten (kunnen)belemmeren, zoals een vereiste van voorafgaande toestemming om zorg in het buitenland te mogen betrekken. Uitzondering is als het financiële evenwicht van het stelsel van ziektekostenverzekeringen dreigt te worden aangetast of wanneer gevaar dreigt voor de instandhouding van een verzorgingscapaciteit of me-

dische deskundigheid op nationaal grondgebied. Het Europese Hof heeft duidelijk gemaakt dat burgers die gebruik maken van deze mogelijkheden, ten minste recht hebben op een vergoeding ter hoogte van een bedrag dat zij zouden krijgen als zij de behandeling ondergaan in het land waar zij verzekerd zijn. Het Hof heeft ook duidelijk gemaakt dat de zorgverzekeraar geen toestemming mag weigeren – voor zover vereist- indien de wachttijd voor een behandeling in eigen land gezien de toestand van de patiënt en medische behoefte onaanvaardbaar is. Zo zijn de rechten van patiënten in de loop der jaren duidelijk geworden, maar blijft de grensoverschrijdende zorg toch relatief beperkt van omvang. De Europese Commissie heeft in 2008 een ontwerprichtlijn voor de toepassing van patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg gepresenteerd aan de Europese Raad. Indien deze Richtlijn van kracht wordt, is deze juridisch bindend voor alle 27 lidstaten. Zover is het nu nog niet. Feitelijk kunnen patiënten zich al wel op deze rechten beroepen omdat ze zijn vastgelegd in de jurisprudentie van het Europese Hof.

Zeeuws Vlaanderen Regeling

Sinds 1976 is de zogenaamde Zeeuws Vlaanderen Regeling van kracht, die bepaalt dat ontbrekende (topklinische) zorg in Zeeuws Vlaanderen kan worden ingekocht in het UZ Gent en het AZ Sint-Jan Brugge. Sinds 2002 loopt deze regeling via CZ en geldt hij voor geheel Nederland. In Zeeland blijkt tussen 2003-2007 het aantal buitenlandse patiënten iets afgenomen en bedraagt niet meer dan circa 0,5% (366). Het aandeel van de uitstroom van Zeeuwen naar België blijkt stabiel te blijven en aanzienlijk groter te zijn met circa 12% (11.322 in 2007). In totaal maken ongeveer 25% van de Zeeuwen gebruik van ziekenhuizen buiten Zeeland, behalve ziekenhuizen in België ook in Zuid-Holland en West-Brabant. (2007). In België gaat het voornamelijk om Maria Middelaars in Gent, Sint-Jan Brugge en Oostkust Knokke. De academische uitstroom is logisch, aangezien Zeeland geen academisch aanbod heeft. Dit betrof in 2007 70% van de totale uitstroom naar België en blijft redelijk constant.

Patiënten uit het buitenland

Het aandeel buitenlandse klinische patiënten in Nederland is beperkt, maar wel groeiend. In 2001 bedroeg het 0,5% van de totale klinische opnamen, oftewel 6992 opnamen, in 2007 0,6% en 10.536 opnamen. Hierbij steken de patiënten afkomstig uit Duitsland (3221 opnamen) en Belgen er ver bovenuit (2852 opnamen). Dit kunnen heel goed Nederlanders zijn die

over de grens zijn gaan wonen. Dit zou verklaren waarom vooral ziekenhuizen in Limburg een relatief hoog (3-4%) patiënten kennen afkomstig uit het buitenland.

Level playing field

De Nederlandse zorgverzekeraars leggen geen belemmeringen op de weg voor ziekenhuisbezoek in België en Duitsland. Ziekenhuizen in Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen gaan in beperkte mate, veelal uit eigen belang, samenwerkingsrelaties aan met ziekenhuizen in België of Duitsland. De verwachting is ook dat er nieuwe geografische markten zullen ontstaan voor ziekenhuizen die niet stoppen bij de grens. In de Euregio (Maastricht en Aken) is dat al het geval. Grensoverschrijdende zorg geeft dus mogelijkheden. In Zeeuws-Vlaanderen, en in beperktere mate in Limburg, wordt echter ook geklaagd over het weghalen van eigen patiëntenstromen en een gebrek aan wederkerige stromen. Kunnen Nederlandse ziekenhuizen de concurrentie wel aan? Is er wel een level playing field?

De financieringsregimes voor ziekenhuizen verschillen op punten aanzienlijk. In Duitsland en België hoeven ziekenhuizen het vastgoed niet in de prijs te verdisconteren. In Duitsland mogen private ziekenhuizen hun winsten uitkeren aan aandeelhouders, wat in Nederland verboden is. Hierdoor is het aantrekkelijker voor investeerders om in Duitsland in hoogwaardige zorg te investeren. De eerste aantrekkelijkheid van ziekenhuizen in België en Duitsland betrof het gebrek aan wachtlijsten en de patiëntbejegening. Dit laatste hebben ziekenhuizen zelf in de hand, maar in Nederland wordt de omvang van de geleverde zorg wel gereguleerd. Tevens is het verbod op winstuitkering een belemmering voor investeringen in ziekenhuizen in Nederland, in vergelijking met de omliggende landen. Ook de honorering van medisch specialisten maakt Nederlandse ziekenhuizen niet erg beweeglijk.

Voor de krimpregio's is het enerzijds van groot belang dat door samenwerking met andere ziekenhuizen over de grens goede kwaliteit verzekerd kan worden, maar anderzijds is het behouden van een locatie, en daarmee patiëntenstromen, soms van groot belang voor de toegankelijkheid. Om goede concurrentie mogelijk te maken is naast vergelijkbare regulering ook transparante, betrouwbare en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen noodzakelijk.

Ambulancevervoer

In België was er tot voor kort een regeling die bepaalde dat ambulances daar alleen patiënten naar Belgische ziekenhuizen mochten vervoeren. Deze regel is inmiddels opgeheven. Ook

de financiële vergoedingen voor ambulancevervoer over de grenzen zijn in Beneluxverband besproken (en opgelost?) Dit was noodzakelijk omdat in Nederland sprake is van een meer integrale vergoeding van de kosten. Daarmee zijn er geen hindernissen meer voor grensoverschrijdend ambulancevervoer.

Conclusies krimpregio's en ziekenhuiszorg

Tot 2020 wordt een stijgend aantal klinische opnamen en vooral dagopnamen verwacht van tussen de 6-10%. Dit wordt meer veroorzaakt door trends in de zorg dan door de vergrijzing van de bevolking. Na 2020 zijn de prognoses onzekerder omdat onduidelijk is wat de invloed van zorgvernieuwing en ontwikkeling van medicijnen en E-health betekent voor de ziekenhuiszorg. Dalende bevolkingsaantallen en vergrijzing blijken maar een beperkt effect te hebben op de zorgvraag, maar hebben deze wel op de beschikbaarheid van medisch personeel. Het is nu al moeilijk om verpleegkundigen, specialisten voor ziekenhuizen en huisartsen voor het landelijk gebied te werven. Een tekort aan huisartsen, nu al acuut in de landelijke gebieden in Groningen, maakt vernieuwing in de zorg lastig uit te voeren.

Voor het benodigd aantal ziekenhuisbedden is de verwachting dat dit tot 2020 nog zal stijgen tot circa 2,8 bed per 1000 inwoners.

Gemiddeld blijkt de bereikbaarheid van de acute zorg in Nederland goed geregeld te zijn. De normtijd van het binnen 45 minuten bij een SEH kunnen zijn wordt gemiddeld goed gehaald. Er blijken een 25-tal ziekenhuizen te zijn waarvan het beschikbaar hebben van een SEH noodzakelijk is voor een bepaalde groep inwoners. Soms, zoals in de Eemdelta, betreft dit maar kleine aantallen, soms grotere. Dat geldt in ieder geval voor de ziekenhuizen met SEH in Terneuzen, Goes en Roermond. Het behoud van een spoedeisende hulp wordt door vrijwel alle geconsulteerde ziekenhuizen als cruciaal voor het voortbestaan gezien. Dit is niet zozeer omdat het direct geld oplevert, integendeel, maar omdat het een stroom nieuwe patiënten genereert. Bovendien, de bevolking verwacht een SEH bij een écht' ziekenhuis. Een Beschikbaarheidstoelage stelt kleine ziekenhuizen in staat om de SEH in de lucht te houden.

De minister van VWS heeft bij diverse debatten over kleine ziekenhuizen in de Kamer kenbaar gemaakt, dat zij de zorgverzekeraar samen met de ziekenhuizen in een regio verantwoordelijk acht voor de noodzakelijke concentratie en samen-

werking. Alleen in noodgevallen is zij bereid om op te treden. Ondertussen laat de NMA zijn dreigende schaduw vallen op alle gewenste of mogelijke samenwerkingsafspraken die de – veelal kleine- ziekenhuizen in de krimpregio's willen maken of hebben gemaakt. Deze samenwerking wordt vaak ook voorgestaan door de zorgverzekeraars. De premisse van concurrentie en wenselijkheid van samenwerking werken niet altijd gezamenlijk in dezelfde richting.

Ondertussen blijkt dat de concurrentie in Zeeuws-Vlaanderen veel meer vanuit België komt dan vanuit ziekenhuizen in Nederland. Ook in Limburg blijkt een licht toenemende stroom van patiënten gebruik te maken van de ziekenhuizen in België en Duitsland. Deze stroom gaat niet twee kanten op. CZ heeft enkele Belgische ziekenhuizen afzonderlijk gecontracteerd. Bij de Nederlandse ziekenhuizen in de grensstreken is goed doorgedrongen dat men de concurrentie aan zal moeten gaan door een goede bejegening van de patiënt, service en geringe wachttijden. Een goede kwaliteit van de zorg is daarbij voorondersteld. Daarmee lijken de patiënten in de grensregio's meer keuze en betere service te krijgen door de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg. Zolang dit het voortbestaan van een ziekenhuis in de regio niet in gevaar brengt, zijn er alleen maar winnaars. In Zeeuws-Vlaanderen blijken belgen ook nu al te investeren in Zeeuwse zorg. Er wordt ook actief geworven onder toeristen. Zorgverlening aan toeristen in vakantieparken wordt ook door de Zeeuwse ziekenhuizen als groeimarkt gezien (dialyse, oogoperaties, plastische chirurgie).

3 De ziekenhuiszorg in de krimpregio's

In dit hoofdstuk ligt het accent op de ziekenhuiszorg in de krimpregio's Noordoost-Groningen, Zeeuws-Vlaanderen en Zuid- en Midden-Limburg, en daarbinnen specifiek Parkstad Limburg.

3.1 Zeeuws-Vlaanderen

Zeeuws-Vlaanderen omvat de gemeenten Hulst, Sluis en Terneuzen. Voor de aanpalende gebieden West-Brabant, Goeree-Overflakkee, Voorne-Putten en Hoeksche Waard en Schouwen-Duiveland wordt echter ook krimp verwacht. Zeeuws-Vlaanderen is een dunbevolkte, landelijke regio. De bevolkingsdichtheid is met 146 inwoners per vierkante kilometer laag. De gemeente Terneuzen is de grootste gemeente in Zeeland met redelijk wat bedrijvigheid. Vooral jongere leeftijdsgroepen verlaten de regio voor werk en opleiding elders. Vergrijzing is in deze regio voor de komende jaren een grote uitdaging, zeker ook door de waarschijnlijk ermee gepaard gaande stijgende zorgvraag. De krimp in Zeeuws-Vlaanderen zal tussen 2010-2040 volgens het CBS 11% bedragen. De ergste vergrijzing blijkt daarbij na 2030 al voorbij. De bevolking op Walcheren stijgt nog de komende jaren. Opvallend hierbij is dat waar het Adriaan de Ruyter ziekenhuis zijn hoofdvestiging heeft verlegd van Vlissingen(en daarmee ook Middelburg) naar Goes, de krimp juist in dat gebied gaat toeslaan. Het geografische midden komt daarmee niet overeen met het centrum van het adherentiegebied. In de regio heeft dat tot veel onvrede en onbegrip geleid.

Walcheren en Zuid-Beveland zijn inmiddels al enige jaren via de Westerscheldetunnel verbonden met Zeeuws-Vlaanderen, en daarmee Terneuzen. De drie ziekenhuisvestigingen zijn daarmee goed onderling bereikbaar (+/- 30 minuten)

Bevolkingsda- ling	2010	2020	2030	2040	% ver- schil 2010- 2040
Zeeuws- Vlaanderen	106.78 7	103.46 1	99.26 6	94.75 9	- 11%
65 jaar en ouder	21.408	26.090	28.27 6	28.31 2	+ 32%

Hulst		27.474	26.593	25.744	- 8%
65 jaar en ouder	27.874	6.686	7.780	8.104	+ 53%
Sluis		22.784	21.353	19.860	- 17%
65 jaar en ouder	24.005	6.492	6.789	6.606	+ 23%
Terneuzen		53.203	51.320	49.155	- 11%
65 jaar en ouder	54.908	12.912	13.707	13.602	+ 27%
Walcheren en Zuid-Beveland					
Goes		36.477	34.899	33.125	-15%
Middelburg		47.865	49.815	50.745	+6%
Vlissingen		45.164	46.708	47.753	+5%

Het Belgische achterland

Voor Zeeuws-Vlaanderen is de provincie Oost-Vlaanderen met Gent als economisch centrum, West-Vlaanderen met Brugge en de provincie Antwerpen het directe achterland. Deze drie Belgische provincies zullen naar verwachting de komende decennia nog groeien qua inwonertal. Wel toont de provincie West-Vlaanderen een vergelijkbare ontwikkeling qua vergrijzing als Zeeuws-Vlaanderen, van 20% nu naar 28 % in 2030.

Bijzonderheden Zeeland

In Zeeland wonen weinig niet-westerse allochtonen en relatief veel westerse allochtonen, vooral belgen. Zo is circa 16% van de inwoners van Terneuzen belg. De beroepsbevolking is relatief laag opgeleid. De levensverwachting van een Zeeuw is gemiddeld 1 jaar hoger dan het Nederlands gemiddelde, het ziektepatroon wijkt niet af van het Nederlandse beeld. Zeeland neemt wel een bijzondere plaats in voor wat betreft het aantal risicovolle objecten (o.a. kerncentrale Borssele op Zuid-Beveland) en vervoer van gevaarlijke stoffen. De vaccinatiegraad is lager dan gemiddeld door een relatief groot aandeel orthodox-bevindelijken.

Opvallend voor Zeeland is het grote aantal vakantievierders in het hoogseizoen. Zeeuws-Vlaanderen is binnen Zeeland het minst populair, maar telt toch meer dan 1,3 miljoen overnachtingen van bezoekers in een jaar, met de daarbij horende (potentiële) zorgvraag. Walcheren kent een aanzienlijk grotere groep toeristen.
(bron: VTV Zeeland)

Beschikbare ziekenhuizen

Zorgsaam ziekenhuis, Zeeuws-Vlaanderen

- vestiging De Honte Terneuzen, 344 feitelijk beschikbare bedden, waarvan 24 PAAZ-bedden SEH.
- vestiging Antonius Oostburg, 0 bedden
- buitenpolikliniek Liduina Hulst, 0 bedden

Adriaan de Ruyterziekenhuis op Walcheren en Zuid-Beveland

- vestiging Vlissingen, feitelijk in gebruik 60 bedden. SEH.
- vestiging Goes, 364 erkende bedden. SEH.
- vestiging Zierikzee, buitenpolikliniek en dagbehandeling, 24 bedden
- buitenpolikliniek Middelburg, 0 bedden

Voor Zeeuws-Vlaanderen zijn er 344 bedden voor circa 106.000 inwoners. Dat is met 3,2 bed per 100 inwoners een zeer ruime capaciteit. Zelfs als rekening wordt gehouden met vakantiegangers en bezoekers is dit een hoog beddenaantal. Zeker in een krimpende regio. In de praktijk blijken de toeristen met name poliklinisch tot stijging van de zorgvraag te leiden, en dan nog beperkt. Voor de meer complexe behandelingen van de inwoners van Zeeuws-Vlaanderen zijn er goede alternatieven over de grens: ziekenhuizen in Gent (academisch en algemeen), Brugge, Knokke en Antwerpen.

In Terneuzen en Oostburg zijn twee centrale huisartsenposten voor Zeeuws-Vlaanderen (HAP's). In Zeeuws-Vlaanderen werken geen eerstelijns verloskundigen (VTV Zeeland), wel tweedelijns, vanuit het ziekenhuis.

Het Adriaan de Ruyter ziekenhuis (vestiging Vlissingen en Goes) had bij de fusie in 2009 een capaciteit van ruim 700 bedden. Inmiddels is de hoofdvestiging in Goes komen te liggen en is de bedcapaciteit in Vlissingen teruggebracht.

Arbeidsmarkt

De werkloosheid is laag in Zeeland met 3,9% in 2010 (CBS Statline) tegen 5,4% in Nederland. De netto arbeidsparticipatie is iets hoger dan in Nederland als geheel. Daarmee is op deze

twee terreinen weinig ruimte te vinden voor uitbreiding van de potentiële beroepsbevolking. Wel kan Zeeland gebruik proberen te maken van de slechter arbeidsmarktmogelijkheden in andere landen, en zo migranten aantrekken. Omdat de beoogde groep (Polen) echter ook te maken zal krijgen met een sterke teruggang van de bevolking, lijkt dat voor de toekomst minder mogelijkheden te bieden.

De Stichting Zorgzaam (ziekenhuiszorg, thuiszorg, ouderenzorg) is één van de grootste werkgevers in Zeeland met ruim 3.000 medewerkers, en de grootste op Zeeuws-Vlaanderen. Zowel Zorgzaam als het AdRz geven aan dat het voor hun wervingskracht belangrijk is om aantrekkelijk en uitdagend werk te kunnen blijven bieden aan specialisten. Ook nu al hebben zij moeite om voldoende kwalitatief goede specialisten te werven. Samenwerking wordt om deze reden dan ook voor sommige maatschappen gezocht: het kan deskundigheden borgen voor de regio en voldoende aantrekkelijk werk garanderen. Voor hoogopgeleiden biedt Zeeland weinig arbeidsmarktmogelijkheden. Jongeren trekken dan ook veelal weg om te studeren, en blijven weg.

Reistijd en grenzen

De reistijd naar een Zeeuws ziekenhuis kan behoorlijk oplopen, met name vanuit de hoeken van Zeeuws-Vlaanderen en Walcheren. Een flink aantal Zeeuwen bezoekt daarom ziekenhuizen buiten de Zeeuwse grens. Veel inwoners van Tholen gaan naar het ziekenhuis in Bergen op Zoom. Inwoners in Zeeuws-Vlaanderen maken gebruik van en zoeken vaak ziekenhuizen en artsen in België op. Uit onderzoek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in België blijkt dat patiënten met name voor technische en zware ingrepen de grens over gaan. Het ziekenhuis in Terneuzen werkt al enkele jaren intensief samen met twee ziekenhuizen in Gent voor opleidingen, patiëntenstromen en informatie-uitwisseling. Door de specifieke geografische vorm van Zeeland en Zeeuws-Vlaanderen in het bijzonder, is bereikbaarheid en toegankelijkheid een belangrijk criterium voor de organisatie van de ziekenhuiszorg. Daarbij gaat het dan zowel om bereikbaarheid van de acute zorg als toegankelijkheid van de basiszorg.

Bereikbaarheid en kwaliteit van zorg

Doordat Zeeuws-Vlaanderen al dunbevolkt is en ook geïsoleerd ligt ten opzichte van de rest van Nederland, kan het op het terrein van zorg moeilijker voldoen aan de kwaliteit- en bereikbaarheidseisen. Bereikbaarheid van acute zorg (met

name in West-Zeeuws-Vlaanderen) en toegankelijkheid van basiszorg is in Zeeuws-Vlaanderen en geheel Zeeland dan ook een punt dat aandacht blijft behoeven. De voortzettende krimp maakt dit nog meer opportuun. Tevens is er een krapte op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Ook zijn de kosten voor het decentraal aanbieden van diensten en beschikbaarheidsfuncties (spoedeisende hulp, onplanbare zorg vanuit thuiszorg) hoger. De oplossingsrichting lijkt hier te liggen in verregaande samenwerking tussen zorg- en welzijnsinstellingen.

Bereikbaarheid acute zorg

Zeeland is een plattelandsprovincie. In 2008 woonde 14% van de bevolking buiten de 15-minuten grens. (VVT Zeeland) Landelijk ligt dit percentage op 3%. Zeeland heeft voor traumazorg de beschikking over traumahelikopters uit Zuid-Holland en België. Boven de Westerschelde komen de helikopters primair uit Rotterdam en onder de Westerschelde uit Brugge. 's Nachts komt de helikopter uit Nijmegen. Een enkele keer wordt voor duikongevallen een beroep gedaan op de helikopter uit Zeebrugge die uitgerust is voor speciale reddingsacties in bijvoorbeeld het water. De helikopters vervoeren het Mobiel Medisch Team (MMT) naar de plaats van het ongeval zodat arts en verpleegkundige zo snel mogelijk ter plaatse kunnen beginnen met het stabiliseren van de patiënt. Door de geografische ligging staan de SEH's van Terneuzen en Goes niet ter discussie omdat zijn noodzakelijk zijn voor het behalen van de 45-minuten norm.

Kwaliteit en samenwerking

Voor een verantwoorde kwaliteit van medisch- specialistische zorg is een bepaalde omvang van medische handelingen, omzet en ervaring nodig. De Minister van VWS heeft onlangs duidelijk aangegeven dat samenwerking van de ziekenhuizen in Zeeland wenselijk en noodzakelijk is. Dit is ook als argument gegeven om een aanvraag van het Adriaan de Ruyterziekenhuis te Goes/Vlissingen voor een eigen PCI-dotter af te wijzen. Immers, in Terneuzen was deze voorziening al aanwezig.

De minister ziet voor de toekomst meer in een samenwerkingsmodel. Daarbij nemen Zorgsaam en het Adriaan de Ruyterziekenhuis hun gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om samen met beide medische staven en cardiologen voor de toekomst één goede locatie voor het dotteren voor Zeeland te behouden. Dat betekent dat binnen Zeeland alleen in Terneuzen PCI's worden gedaan. Tevens is het Ministerie van mening

dat in de nabije toekomst wellicht op meerdere terreinen samengewerkt moet worden. Er wordt al langer op verschillende gebieden door de beide Zeeuwse ziekenhuizen met elkaar samengewerkt, zoals de functies van Klinische Farmacie, Plastische Chirurgie, Reumatologie, Geriatrie en Oogheelkunde. Functies als Radiotherapie en Revalidatie zijn ook in Zeeuws verband georganiseerd.

Academische functie

Binnen Nederland verzorgt het Erasmus in Rotterdam de topklinische en academische zorg en functies voor Zeeland. In Zeeuws-Vlaanderen kan ook gebruik gemaakt worden van het academisch centrum in Gent. Voor de traumazorg moeten de Zeeuwen naar Rotterdam of Gent/Brugge. Qua bereikbaarheid is dat geen probleem. Voor de Zeeuwen speelt wel een sentiment dat er traumazorg beschikbaar zou moeten zijn binnen Zeeland. Het AdRz heeft daarom als ambitie om in Goes een traumacentrum op te zetten met een IC-level 2 voorziening. Dit is ook een eis geweest van de NMa bij de fusie die heeft geleid tot het AdRz. Of dit verstandig is vanuit kwaliteit van de zorg en de kosten, is een andere vraag.

Het ziekenhuis Zorgsaam te Zeeuws-Vlaanderen

Zorgsaam heeft een uitgestrekt (breed) verzorgingsgebied met circa 106.000 inwoners. Eind 1988 is het ziekenhuis De Honte in Terneuzen in gebruik genomen, ter vervanging van de drie ziekenhuizen in Hulst, Terneuzen en Sluiskil. Tevens is hier de fusie met de Ambulancedienst Zeeuws-Vlaanderen aan gekoppeld. In juli 2000 is ZorgSaam Ziekenhuis gefuseerd met ZorgSaam Thuis en enkele woonzorgcentra. Samen vormden zij de Stichting ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen. Per 1 januari 2007 zijn hier nog enkele woonzorgcentra aan toegevoegd. Eind 2007 is de ZorgSaam Kliniek Hulst geopend. Naast de al bestaande poliklinische voorziening beschikt Hulst nu ook over een huisartsenkliniek en een afdeling Low Cure. In zowel Oostburg als Hulst zijn de poliklinieken gekoppeld aan een verpleeghuis met korte demente verpleegbedden en HAK huisartsenbedden. Hierbij is de gedachte dat dit kan uitgroeien tot een buurtmedisch centrum voor chronisch zieken. Met circa 25.000 inwoners als basis is daarmee een buurtmedisch centrum tevens een voorziening voor een stad in Zeeland. In Zeeuws-Vlaanderen is – in tegenstelling tot boven de Westerschelde- sprake van goede samenwerking van de instellingen (ziekenhuis, ouderenzorg, GGZ, en huisartsen) in het Zeeuws Vlaanderen Zorgoverleg. Men spreekt elkaar hier aan op de

samenwerking en helpt elkaar.

Vanuit België komt de echte concurrentie, zowel voor de ziekenhuiszorg van Zeeuwen als voor toeristen. Er zijn ook al huisartsenposten die zijn overgenomen door Belgen, en vervolgens patiënten doorverwijzen naar het ziekenhuis in Knokke. Omdat de klanten toch weglekken naar België is samenwerking noodzakelijk. Voor radiologie gaan patiënten daarom naar Vlissingen, voor academische zorg naar Gent. Met het AdRz zijn er al gemeenschappelijke maatschappen voor reuma, oogheelkunde en plastische chirurgie. Gesprekken over meer samenwerking vinden wel voorzichtig plaats, maar de ambitie van het AdRz hindert hierbij, aldus de RvB van Zorgsaam. In Vlaanderen lijkt het medische beleid minder terughoudend te zijn dan in Nederland. In het verleden waren de wachttijden (aanzienlijk) korter en de service beter. De concurrentie wordt op zich niet als storend ervaren, deze prikkelt. Voor topklinische zorg is de lijn naar België ook logisch, maarvoor de basiszorg vindt de RvB het wel gevaarlijk: het ziekenhuis in Terneuzen moet immers wel overeind blijven. Zorgsaam zet hier goede kwaliteit en service tegenover, en met name het totaal aan zorg: huisartsenzorg afgestemd met ziekenhuiszorg, revalidatie, thuiszorg en ouderenzorg. De RvB voorziet voor de toekomst een integrale HAP/SEH. Hij is daarover ook al voorzichtig in gesprek.

Met steun van CZ heeft Zorgsaam in Terneuzen 7 verloskundigen in dienst genomen. Door het aanbieden van gezinsverpleegkundigen en kraamsuites worden bevallingen in het ziekenhuis aantrekkelijk gemaakt en thuisbevallingen buiten Terneuzen onnodig.

Vier specialismen van Zorgsaam scoorden in het Elsevier onderzoek naar ziekenhuizen van 2009 een Top 10 notering. Het ziekenhuis haalde in de AD Top 100 van 2009 de achtste plaats. Het halen van hoge noteringen is weliswaar niet zaligmakend als bewijs voor kwaliteit, maar toont wel hun focus op aantoonbare performance. De kwaliteit van de zorg lijkt daarmee niet het primaire zorgpunt voor de ziekenhuiszorg in Zeeuws-Vlaanderen.

Het Adriaan de Ruyterziekenhuis op Walcheren en Zuid-Beveland

Het Adriaan de Ruyterziekenhuis is het resultaat van de fusie per 1-1-2010 van drie stichtingen, het ziekenhuis Walcheren, de Oosterschelde ziekenhuizen en de ondersteunende diensten Servizz. Het verzorgingsgebied beslaat Schouwen-Duiveland (Zierikzee), de Bevelanden (Goes) en Walcheren (Middelburg

en Vlissingen). Goes is de hoofdvestiging geworden van het nieuwe AdRz. In Zierikzee is een buitenpolikliniek en dagbehandelingcentrum met een oogheeskundig centrum, in Middelburg een polikliniek, en in Vlissingen is nog een beperkt basisziekenhuis gevestigd. Het AdRz is daarmee nu een middelgroot ziekenhuis met eind 2009 1710 fte personeel voor een verzorgingsgebied van in totaal circa 249.000 inwoners in 2010, verspreid over een uitgestrekt gebied. Dit aantal te verzorgen bewoners daalt volgens de prognoses maar licht tot 2040, van echte krimp is voor de totaliteit van het gebied geen sprake. Omdat het verzorgingsgebied uitgestrekt is en niet echt 1 centrumgemeente kent en daarmee 1 regisseur, hebben lokale sentimenten veel invloed. Deze lokale sentimenten willen allemaal een ziekenhuis bij hun in de buurt, de verdeeldheid op Walcheren en Zuid-Beveland is groot. CZ neemt hierin niet de regie, het zijn immers zijn polishouders.

Bij de fusie is door de NMa een absoluut prijsplafond voor DBC's in het B-segment opgelegd. Behalve aanzienlijke twijfels bij de toezichhouders (IGZ, CSZ en Waarborgfonds voor de Zorgsector), heeft het traject tot de fusie en concentratie van functies in Goes tot negatieve reacties geleid bij zowel burgers als gemeenten en provincie. Ook met de huisartsen heeft de nieuwe RvB een charmeoffensief moeten starten. Negatieve pers leverde de concentratie op van de klinische verloskunde en kindergeneeskunde in Goes. Ook in deze regio bleek echter concentratie van de gynaecologen noodzakelijk om dit specialisme sowieso overeind te houden. Door deze concentratie werden in Goes (2009) wel 1446 bevallingen uitgevoerd, en daarvoor 846 en 657 in twee vestigingen. De lijn is verder uitgevoerd naar concentratie van complexe en acute zorg in Goes als geografisch midden, en planbaar en laag complex in Vlissingen. Deze lijn heeft echter geleid en leidt nog steeds tot luide protesten van de bevolking in Walcheren: men wil een écht' volwaardig basiszorg ziekenhuis behouden. Ondertussen zijn er nog maar een zestigtal bedden in Vlissingen, de meeste patiënten worden met de ambulance naar Goes vervoerd. Wel is er nog een IC-faciliteit (geen volwaardige IC!) in Vlissingen, en een gezamenlijke ploeg poortartsen en SEH-verpleegkundigen met Goes. In hoeverre een ziekenhuisbestuur een lijn kan volhouden zonder de daarvoor noodzakelijke steun van zijn omgeving en klanten, en met interne onrust door de fusie, is echter ongewis. De RvB vindt daarom rust in dit stadium absoluut noodzakelijk.

Financiële toekomst

Qua financiële positie merkt Zorgsaam dat het een relatief klein (bevolking) zorggebied heeft. In 2009 kwam ZorgSaam geld tekort op diverse onderdelen van zorg, zoals acute zorg, verloskunde, zorg op afroep en het in stand houden van meerdere ziekenhuislocaties. ZorgSaam wil echter alle huidige vormen en locaties behouden. ZorgSaam ziet een rol voor VWS om, vanwege de beperkte bevolkingsdichtheid van Zeeuws-Vlaanderen, onvoldoende gedekte kosten gehonoreerd te krijgen. Of dit beroep op VWS succes zal hebben, valt te betwijfelen. Een betere financiële positie zou immers goed te bereiken moeten zijn door meer samen te werken, zorg te concentreren en in de bedrijfsvoering efficiency te bereiken. Het gaat dan niet om het opheffen van locaties, maar wel om het meer concentreren van bepaalde vormen van zorg die minder gebonden zijn aan nabijheid.

Het AdRz heeft over 2009 een positief resultaat kunnen laten zien van 872.594 op een totale exploitatie van circa 160 miljoen. In deze periode stond het ziekenhuis echter nog wel onder verscherpt toezicht van de huisbankier door tekorten in het verleden. Met een eigen vermogen van 5 miljoen eind 2009 vaart AdRz nog steeds een scherpe koers, verhoging is noodzakelijk, vindt ook de RvB.

Conform plannen uit 2004-2006 heeft het AdRz het voornemen om tot een nieuwe hoofdvestiging te komen van een geheel nieuw ziekenhuis in de omgeving van Borssele. Daarmee zou dit ziekenhuis ook bewoners in Zeeuws-Vlaanderen kunnen bedienen. De businesscase heeft het AdRz echter nog niet rond kunnen krijgen, o.a. door de boekwaardeproblematiek van de oude vestigingen.

Samenwerking noodzakelijk

Marktwerking en concurrentie zijn volgens Zorgsaam nadelig voor een dunbevolkt gebied als Zeeuws-Vlaanderen. Omdat in dit uitgestrekte gebied veel vormen van zorg onrendabel zijn, bestaat de kans dat bij een verdergaande marktwerking bepaalde vormen van zorg door geen enkele zorgaanbieder meer worden aangeboden, aldus Zorgsaam. Het ziekenhuisbestuur heeft gekozen voor verdergaande samenwerking met het Adriaan de Ruyterziekenhuis. Door met elkaar samen te werken, kunnen dergelijke vormen van zorg gebundeld worden en vaak net wel kostendekkend worden geleverd. Tevens richt Zorgsaam zich op innovatie.

Samenwerking blijkt voor ADRZ nog noodzakelijker dan voor Zorgsaam. Het ADRZ heeft plannen ingediend voor nieuwbouw, maar blijkt geen sluitende businesscase te kunnen opstel-

len, tot nu toe. Een financier en de zorgverzekeraar zullen nog overtuigd moeten worden van een – gewijzigd- bouwplan. Op de locatie Vlissingen heeft het ziekenhuisbestuur besloten om geen IC-level1 zorg meer te willen leveren. Wel blijft de IC – faciliteit in Vlissingen beschikbaar. Voor het dotteren zal het ADRZ moeten samenwerken met Zorgsaam nu de aanvraag voor een eigen vergunning is afgewezen. Wel heeft minister Schippers besloten om de extra ambulance die staat op de kop van Walcheren sinds begin 2009 structureel te gaan financieren. Als argument hiervoor geeft zij aan de geografie van Zeeland, de bevolkingsdichtheid en de spreiding van de ziekenhuislocaties. De minister neemt hiermee, net als haar voorganger, haar verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid van de acute zorg op Walcheren.

De zorgverzekeraar

CZ heeft bij de beide ziekenhuisorganisaties in Zeeland aangedrongen op uitgebreidere samenwerkingsafspraken. CZ acht dan ook een regioplan noodzakelijk, met een verdeling van specialisaties. Deze eis stelt CZ ook aan de ziekenhuisorganisaties in Limburg. Hierbij gaat het CZ primair om het opstellen van locatieprofielen, niet om het sluiten van locaties. In het verleden stelden de ziekenhuizen op Walcheren en Zuid-Beveland zich afhoudend op t.a.v. samenwerking, ze vonden zichzelf blijkbaar te goed. Inmiddels is het gefuseerde AdRz met een nieuwe RvB meer genegen tot gesprek, aldus CZ, ook door nood gedwongen. De grensoverschrijdende zorg werkt ondertussen goed uit voor de patiënten in Zeeuws-Vlaanderen. Huisartsen sturen indien nodig rechtstreeks door, enkele ziekenhuizen zijn door CZ zelfstandig gecontracteerd. De Zeeuws-Vlaanderenregeling vindt CZ dan ook niet meer nodig.

CZ ziet een toekomst voor chronische zorg bij huisartsengroepen door gespecialiseerde verpleegkundigen en ingevlogen specialisten. Of dit op de landelijke schaal van Zeeland ook goed kan uitwerken, is wel een vraag. Daarnaast zoekt CZ naar wegen om diagnostische functies en laboratoriumfuncties in een regio te centreren. Een rol voor de provincie ziet CZ daarbij niet, hooguit om te entameren en enthousiasmeren. CZ overlegt ook maar minimaal met de provincie. dit omdat de provincie geen enkele formele rol heeft in de zorg. Centraal bij CZ staat dat de patiënt moet kunnen kiezen, en dat ziekenhuizen hun patiënten moeten verdienen. Wel wil CZ toe naar meerjarenafspraken, maar zonder zich vast te leggen op af te nemen volumes. CZ blijkt dus binnen Zeeland een zachte drijvende kracht te zijn in samenwerking en concentratie van

specialismen. De concurrentie vanuit België wordt daarbij verwelkomd, concurrentie tussen ziekenhuizen in Zeeland is maar beperkt. Opheffing van SEH's is geen streven van CZ.

Eenzijdige grensoverschrijdende zorg

Zorgsaam signaleert dat de Nederlandse zorgverzekeraars de grensoverschrijdende zorg faciliteren, maar dat de Belgische verzekeraars de grenzen vooralsnog gesloten houden. Dit betekent dat er zowel voor samenwerking als voor concurrentie met Belgische zorgaanbieders geen gelijk speelveld aanwezig is. Ondertussen kiest Zorgsaam nadrukkelijk voor het uitbreiden van de samenwerking met het Universitair Ziekenhuis en het ziekenhuis Maria Middelaers, beide te Gent. ZorgSaam acht het voortbestaan van ziekenhuislocatie Antonius in Oostburg van groot belang voor de regio West Zeeuws-Vlaanderen. Bovendien heeft Zorgsaam het zorggebied van West Zeeuws-Vlaanderen hard nodig om zelf gezond te blijven. Daarom kiest ZorgSaam ervoor deze locatie, samen met partners in de zorg, verder uit te bouwen en samenwerking en znodig concurrentie aan te gaan met de grensziekenhuizen.

Conclusie Zeeuws-Vlaanderen, Walcheren en de Bevelanden.

Zeeuws-Vlaanderen is een krimpende en vergrijzende, dunbevolkte en landelijke regio. Het enige ziekenhuis Zorgsaam in Terneuzen heeft een relatief smal maar wel breed verzorgingsgebied met in 2010 circa 106.000 inwoners. In 2040 zullen dat er 12.000 minder zijn en zal 30% 65 jaar of ouder zijn.

Het ziekenhuis Adriaan de Ruyter heeft met Walcheren, de Bevelanden en Schouwen-Duiveland een groot en uitgestrekt verzorgingsgebied met ruim 249.000 inwoners en nauwelijks krimp te verwachten. De bevolking op Walcheren zal naar verwachting zelfs nog groeien. De RvB heeft er bij de fusie in 2010 voor gekozen om van Goes zijn hoofdvestiging te maken. Daarmee voelt een groot gedeelte van het adherentiegebied, namelijk Walcheren met circa 100.000 inwoners, zich met (inmiddels) een onvolledig basiszorg ziekenhuis in Vlissingen slecht bediend.

De beide ziekenhuisorganisaties zijn onderling goed bereikbaar door de tunnelverbinding, de cultuurverschillen aan beide kanten van de Westerschelde zijn echter groot. Zo is het ziekenhuis Zorgsaam door zijn geografische ligging en door het

verleden veel meer gericht op België. De voorlopers van het AdRz hadden in het verleden Zorgsaam niet nodig. Op Walcheren en de Bevelanden ondervindt het AdRz door het gevoerde beleid in het verleden weinig steun van lokale gemeenten, provincie, bevolking of huisartsen. Zorgsaam heeft met de andere zorgverleners op Zeeuws-Vlaanderen een goede samenwerking gerealiseerd. Voor topreferente en academische zorg werkt Zorgsaam dan ook veel samen met de ziekenhuizen in België. Op enkele specialismen wordt samengewerkt door de maatschappen van Zorgsaam en het AdRz.

De acute zorg is in Zeeland, gezien de geografische eigenaardigheden, goed geregeld en bereikbaar, o.a. door extra ambulanceposten. De traumazorg komt vanuit België of Rotterdam. Het AdRz heeft als ambitie om de Zeeuwse traumazorg te gaan opzetten in Goes met een IC-level 2. Dit lijkt onnodig en gevaarlijk voor de kwaliteit en kosten. Deze ambitie voldoet wel aan de provinciale Zeeuwse sentimenten.

De dominante zorgverzekeraar CZ blijkt met zachte hand te sturen richting concentratie van specialistische zorg en meer samenwerking tussen Zorgsaam en het AdRz. Concurrentie wordt ondersteund door Belgische ziekenhuizen zelfstandig te contracteren. Daarmee betreft het hier concurrentie op de basiszorg, voor topreferente en academische zorg heeft Zeeland geen eigen voorzieningen. Essentieel is hierbij voor CZ dat patiënten een keuze hebben, en dat ziekenhuizen hun patiënten moeten verdienen. CZ stuurt niet op het sluiten van SEH-locaties of ziekenhuislocaties. Gezien de geografische ligging lijkt dat ook niet handig. Op Walcheren en de Bevelanden opereert CZ voorzichtig, dit gezien de daar levende tegenstrijdige lokale sentimenten.

3.2 Parkstad Limburg en Midden-Limburg

Parkstad Limburg omvat de gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Onderbanken, Simpelveld, Voerendaal en Nuth. Parkstad Limburg kent een bovengemiddelde vergrijzing en een beneden gemiddelde natuurlijke aanwas. Zowel het binnenlandse als buitenlandse migratiesaldo is bovendien negatief (vestiging in België en Duitsland). Het opleiding- en inkomensniveau ligt lager dan gemiddeld in Nederland. De bevolkingsdichtheid is groot met 935 inwoners per vierkante kilometer. Het gaat hier dus om een verstedelijkte omgeving. Volgens de prognose van het CBS krimpt Parkstad Limburg tussen 2010-2040 met bijna 39.000 inwoners. Daarmee is de daling tussen 2010 en 2040 15%. Het percentage ouderen stijgt snel, vooral tot 2030, daarna zet een daling in. Vooral in de gemeente Landgraaf slaat de vergrijzing hard toe. Tussen 2010 en 2040 verdubbelt het aantal inwoners van 75 jaar en ouder bijna in Landgraaf.

Ook de bevolking in Midden-Limburg gaat een stevige krimp vertonen van 14%. Opvallend is hierbij dat deze nauwelijks wordt verwacht voor de stad Weert, echter wel voor de omliggende steden. Het aantal inwoners van het adherentiegebied van het St.Jans Gasthuis zal daarmee naar verwachting tussen 2010-2040 dalen van 101 duizend inwoners (*exclusief Cranendonck, niet vindbaar*) naar 93 duizend inwoners.

Bevolking Parkstad Limburg en Midden-Limburg, 2010-2040

Bevolking	2010	2020	2030	2040	% verschil 2010-040
Parkstad Limburg en Midden-Limburg					
Parkstad Limburg	252.908	244.079	230.451	214.050	-15%
65 jaar en ouder	48.458	58.664	66.349	63.424	+31%
Heerlen	89.757	86.634	80.519	73.303	- 19%
65 jaar en ouder	17.011	20.103	22.821	21.944	+ 29%
Kerkrade	47.930	46.308	43.771	40.495	- 16%
65 jaar en ouder	9.363	11.070	12.286	11.445	+ 22%

jaar en ouder					
Landgraaf	38.139	36.389	33.674	30.683	- 20%
65	6.963	9.092	10.296	9.518	+ 37%
jaar en ouder					
Midden-Limburg	232.583	224.400	214.372	201.327	-14%
Weert	48.324	48.110	48.185	47.621	- 2%
Roermond	54.383	53.776	51.048	47.246	- 14%

(Bron: CBS Statline)

Provincie Limburg krimpt en wordt ouder

Limburg is de enige provincie die als geheel krimpt, binnen Limburg varieert de mate van krimp per streek. Zuid-Limburg krimpt al langer en daarmee meer in totaal dan Noord- en Midden-Limburg. In de periode 2010-2040 krimpt de totale Limburgse bevolking met 8 %. In Limburg is de ontgroening het sterkst in de periode 2010-2020, daarna blijft de groep 0-14jarigen dalen, maar minder snel. Tussen 2010-2040 verdubbelt het aantal 75plussers in Limburg vrijwel. Daarmee mag veronderstelt worden dat de zorgvraag vanuit deze groep aanzienlijk zal stijgen.

Provincie Limburg	2010	2020	2030	2040
75 jaar en ouder	42.131	51.484	71.135	83.274

(bron: CBS Statline)

Euregio Maas-Rijn

Een groot gedeelte van Limburg maakt deel uit van de Euregio Maas-Rijn, samen met de Belgische provincie Limburg, Luik en de regio Aken. In deze regio wonen 3,9 miljoen inwoners. Limburg is de enige krimpregio in deze Euregio, de rest groeit nog. Limburg is tevens de meest dichtbevolkte regio in dit geheel. Voor een provincie als Limburg is het noodzakelijk om te kijken naar ook de beschikbare ziekenhuisvoorzieningen over de grenzen van Nederland heen. Ziekenhuizen in België en Duitsland zijn vaak uitstekend bereikbaar.

Samenwerking

In de regio Parkstad Limburg hebben de gemeenten in 2006 besloten om hun nieuwbouwplannen (woningen) regionaal af te stemmen. Daarmee is gekozen voor het begeleiden van de krimp en voor afstemmen in plaats van concurreren. De (oorspronkelijk niet-Limburgse) burgemeesters van drie grote

steden in Zuid-Limburg staan een actieve strategie toe in het omgaan met krimp, en willen hun steden niet als sterfhuis zien.

De arbeidsmarkt

In Limburg is de zorg voor 16% verantwoordelijk voor de werkgelegenheid in de provincie, tegen 13% landelijk. 29% van deze werkgelegenheid in de zorg wordt geboden in de ziekenhuiszorg. In Zuid-Limburg werkt 17% in de zorg, oftewel 47.150 mensen (2008), waarvan 27,7% in de ziekenhuiszorg. Daarmee is de zorgsector de grootste werkgever in Zuid-Limburg. De verwachting is dat in de periode tot 2014 de werkgelegenheid in de zorg nog met 11,5 % zal toenemen in Zuid-Limburg (sterker in de rest van Limburg), maar dat is een lagere groei dan in de rest van Nederland wordt verwacht. De arbeidsparticipatie ligt in Limburg met 63% lager dan in Nederland, te verklaren uit een lagere arbeidsparticipatie van jongeren <25 jaar en van >45 jarigen. In Parkstad Limburg is de netto arbeidsparticipatie nog lager met 59,3% in 2010. Het werkloosheidspercentage was in Parkstad Limburg uitzonderlijk hoog met 7,5% tegen 5,4% landelijk.

De potentiële beroepsbevolking daalt in Limburg al sinds 1995. Net zoals in andere krimpregio's trekken (hoog)opgeleide jongeren weg, waardoor de beroepsbevolking relatief oud is. Een kans biedt het grensoverschrijdende woonwerkverkeer. Met name vanuit België komen mensen werken in Limburg. Toch worden voor de komende jaren een stevig arbeidsmarkttekort voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen verwacht in Limburg, en dan met name in Parkstad Limburg. De thuiszorg wordt daardoor naar verwachting het ergst getroffen, gevolgd door de V&V. Maar ook de ziekenhuiszorg zal de gevolgen gaan merken. De lage arbeidsparticipatie en hoge werkloosheid geven wel ruimte voor uitbreiding van de potentiële beroepsbevolking. Het beleid van de provincie is hier ook op gericht.

Om het verwachte personeelstekort voor de zorg op te kunnen vangen, heeft Parkstad Limburg samen met zorginstellingen en kennisinstututen in 2009 de Zorgacademie opgericht. Deze Zorgacademie legt zich toe op onderwijsinnovatie, zorginnovatie en strategisch personeelsbeleid. Een passend onderwijsaanbod (gebruik maken van eerdere werkervaring, doorlopende leerlijnen, E-learning, loopbaanbegeleiding) wordt getracht nieuw zorgpersoneel op te leiden.

Beschikbare ziekenhuizen

Ziekenhuizen in Limburg (bron: RIVM, Zorgatlas 2010 of jaardocument)

Orbis Medisch Centrum, Sittard. Algemeen ziekenhuis.

- vestiging Maaslandziekenhuis Sittard-Geleen, 425 beschikbare bedden. SEH.
- buitenpolikliniek De Egte Echt, 0 bedden

Atrium Medisch Centrum parkstad, Heerlen. Topklinisch ziekenhuis

- vestiging Brunssum, polikliniek en dagverpleging, planbare zorg
- vestiging Kerkrade, polikliniek en transmurale functies zoals geriatrisch diagnostisch centrum en Diabetes centrum.
- vestiging Heerlen, 721 beschikbare bedden wv. 35 PAAZ-bedden. SEH.

Maastricht Universitair Medisch centrum, Maastricht, bedden-capaciteit erkend 715. SEH. Academisch ziekenhuis.

Laurentius ziekenhuis, Roermond.

- vestiging Laurentius ziekenhuis Roermond, 345 bedden. SEH.
- buitenpolikliniek Laurentius Echt, 0 bedden

VieCuri ziekenhuis Venlo. Topklinisch ziekenhuis.

- Vestiging Vie Curi Venlo, 481 erkende bedden. SEH.
- Buitenpolikliniek Hort en Panningen, 0 bedden

St.Jans Gasthuis Weert

- vestiging St Jans Gasthuis Weert, 165 warme bedden. SEH.
- Buitenpoliklinieken in Weert en Budel, 0 bedden

Capaciteit

In Parkstad Limburg waren er 721 beschikbare bedden (2009) tegenover circa 250.000 inwoners. Dat is een relatief hoge bedcapaciteit. Grote ziekenhuizen in Sittard-Geleen (Orbis) en Maastricht zijn echter ook goed bereikbaar. Daarmee is de aantal beschikbare bedden in Zuid-Limburg wel aan de hoge kant met 608.000 inwoners en circa 1800 bedden. Voor de bewoners van Zuid-Limburg zijn de drie ziekenhuizen, waaronder een academisch, in Aken goed bereikbaar, naast het ziekenhuis in Lanaken en Genk. In Midden-Limburg is het ziekenhuis in Maaseik net over de grens en het ziekenhuis in MunchenGladbach iets verder. De ziekenhuizen in de regio

Eindhoven zijn op een half uur rijden vanuit weert bereikbaar. In Noord- Limburg zijn de ziekenhuizen in Nettetal, Kevelaer en Goch dichtbij. Daarnaast zijn er in Limburg een aantal zelfstandige behandelcentra, waarvan de Reinaert kliniek in Maastricht de grootste is met drie vestigingen. Ook zijn er een twintigtal privéklinieken, vooral gericht op kleine chirurgische ingrepen, en enkele categoriale ziekenhuizen (revalidatie, audiologie, epilepsie, slaapstoornissen en oncologie). Een aantal ziekenhuizen heeft specifieke zelfstandige behandelcentra, veelal gericht op diagnostiek. De huidige capaciteit voor ziekenhuiszorg in de provincie Limburg, en Zuid-Limburg in het bijzonder, is dus hoog.

Bereikbaarheid acute zorg

De bereikbaarheid van acute zorg is in Parkstad Limburg, maar ook in geheel Limburg, uitstekend. Gelet op de adherentiegebieden staan de SEH's van Maastricht, Heerlen en Sittard-Geleen, niet ter discussie. Die van Weert (adherentie van nu nog circa 80.000 inwoners) en Roermond staan gezien hun omvang mogelijk wel ter discussie. Het Laurentius ziekenhuis stond in 2008 op lijst van gevoelige ziekenhuizen met 11.000 inwoners die afhankelijk zijn van deze SEH voor het behalen van bereikbaarheidsnorm van 45 minuten (RIVM, 2008). Voor deze twee kleinere ziekenhuizen ligt het dan ook voor de hand om beperktere functies in de SEH aan te gaan bieden (HAP+ of SEH-) al dan niet in samenwerking met of onder leiding van huisartsen. Voor de bewoners van de steden en omliggende dorpen lijkt het behoud van niet-complexe ziekenhuiszorgverlening naast het behoud van een vorm van spoedeisende hulp van het meeste belang.

Grensoverschrijdende bereikbaarheid

Binnen Limburg hoeft de Limburgse patiënt dus niet ver te reizen. Maar bovendien zijn er meer dan genoeg Belgische en Duitse ziekenhuizen in de grensstreek binnen een half uur reisafstand. De verwachting is dat het grensverkeer naar Belgische en Duitse ziekenhuizen verder zal stijgen. In het ziekenhuis Oost-Limburg in Genk werden in 2009 31.000 Nederlandse patiënten geholpen, in totaal in ziekenhuizen in Belgisch Oost Limburg 41.000. De Belgische ziekenhuizen worden geprezen om hun kortere wachttijden en betere service. Concurrentie met Belgische ziekenhuizen is een gegeven. CZ heeft ziekenhuizen in Luik, Aken, Maaseik en Genk gecontracteerd, ook met DBC's. Concurrentie zal moeten plaatsvinden op kwaliteit, bejegening en wachttijden. Patiënten kunnen kiezen, als ze bereid zijn om te reizen. Bereikbaarheid is dan

ook geen thema in Limburg. Deze goede (grensoverschrijdende) bereikbaarheid pleit ervoor om de toegankelijkheid van noodzakelijke ziekenhuisfuncties – of medisch- specialistische functies- wel regionaal te bekijken, maar niet provinciaal of nationaal.

Zorgvraag en zorgaanbod in Limburg

De bedden capaciteit in Limburg, en dan vooral in Zuid- Limburg zelf is relatief groot. Dit is niet verklaarbaar uit de leef- tijdsopbouw, noch uit de relatief ongezonde leefstijl van de inwoners in Limburg. De verpleegduur en de bedbezetting is niet onderscheidend, wel zijn er relatief veel ‘verkeerde beddagen’, dwz dat gewacht moet worden op opvang in een vervolgt- traject. Met name in Zuid- Limburg is er een overlap van marktgebieden. Positief gezien is hier veel keuze. Opvallend is dat er in Limburg meer ziekenhuisopnamen worden gedaan dan te verwachten zou zijn op grond van de omvang en sa- menstelling van de populatie. De vraag is natuurlijk in hoever- re het grote aanbod ook de vraag stimuleert. In Zuid- Limburg is het contact met de huisarts significant meer dan het gemid- delde in Nederland. Er worden ook meer medicijnen voorge- schreven en het gebruik ligt ook significant boven het gemid- delde gebruik in Nederland (Zorgatlas). Dit laatste is overigens ook in Oost- Groningen het geval. Het aantal SEH- behande- lingen is gemiddeld. In Limburg, en dan vooral in Zuid- Lim- burg, ervaren de bewoners hun gezondheid in een groter per- centage als minder goed dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting is voor de totale bevolking in Zuid- Lim- burg, mannen en vrouwen, significant lager dan in de rest van Nederland. De Limburgse bevolking heeft ook significant meer contact met medisch specialisten dan in andere delen van Nederland. In Zuid- Limburg leeft men ongezonder (hoog alcoholgebruik en veel zware rokers) en is meer sprake van overgewicht. Dit geldt niet voor geheel Limburg.

Samenwerking

Er zijn initiatieven voor een andere organisatie van de zieken- huiszorg. Met de opening van buitenpoli's probeert men in Limburg een betere verbinding aan te brengen tussen zieken- huizen en de eerste lijn en specialistische spreekuren dicht- er bij de burger te brengen. Uit een onderzoek dat in opdracht door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg is uitgebracht, blijkt dat men ook over ontwikkeling van me- disch-specialistische netwerken in Limburg in gesprek is. In Zuid- Limburg is een specialistisch netwerk in gedachte rondom het Atrium en in samenwerking met Orbis. Atrium en

Orbis zijn momenteel zelfs in gesprek over de mogelijkheden van een fusie. In Midden- en Noord- Limburg zou een medisch- specialistisch netwerk rondom VieCuri als topklinisch ziekenhuis met Laurentius logisch zijn, volgens dit onderzoek. Hierbij is de gedachte dat het St.Jansziekenhuis te Weert zich hierbij zou moeten aansluiten of bij Zuidoost- Brabant. Netwerken hoeven echter niet beperkt te blijven tot Limburg, samenwerking met ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant en Duitsland ziet men ook als mogelijkheid. Het idee is dat deze netwerken goed samen gaan werken met de eerste lijn, die zich samen met de tweede lijn ontwikkelt naar centra voor nabije zorg. Voor het MUMC is daarbij een rol bedacht voor Zuid-Limburg in het aanbieden van topreferente zorg. Bepaalde topreferente zorg wil het MUMC echter niet meer aanbieden omdat dat te kostbaar is, en goed elders kan. Tevens wordt voor het MUMC de voortrekkers rol gezien op het terrein van de integrale gezondheid voor de gehele provincie (en Zuidoost-Brabant), in preventie en gezondheidsvoorlichting. De gedachte hierbij is dat het in de toekomst steeds meer de specialist zal zijn die de patiënt volgt in plaats van de patiënt die naar de specialist gaat Om uit te komen op minder ziekenhuisopnames en verschuiving naar de eerste lijn, zal relatief eenvoudige zorg ook feitelijk moeten worden uitgeplaatst. Hierbij wordt gedacht aan verschuiving van geriatrie en ouderengeneeskunde en revalidatie naar de VVT. Het idee in Limburg is dat goed ingerichte netwerken niet hoeven te leiden tot sluiting van locaties. Door vrijwillige samenwerking hoeft er geen fusiemoloch te ontstaan. Mogelijke vorm: ziekenhuizen als warenhuizen met shops-in-shop. Sterke nabije zorg wordt noodzakelijk geacht voor oplossing van het potentieel arbeidsmarkttekort van ziekenhuizen. Zorgverzekeraars worden hierbij gezien als co-creator en regisseur. Inmiddels hebben de Limburgse ziekenhuizen, het Elkerliek in Helmond, Maxima in Veldhoven en Catharina in Eindhoven bekend gemaakt dat zij – met een coördinerende rol van het AzM- op het terrein van de IC's gaan samenwerken. Doel is de juiste patiënt in de best passende IC te krijgen.

Ontwikkeling zorgvraag

Ondanks de krimp van de bevolking zal de zorgvraag in Limburg in elk geval tot 2020 toenemen, zo is de verwachting. De vergrijzing is hieraan vooral debet. Voor de periode na 2020 is de ontwikkeling van de zorgvraag minder voorspelbaar, vindt de Provinciale Raad. De bevolking krimpt, maar het aantal 75+ neemt ook met 50% toe. Wat de gevolgen zijn van de voortschrijdende vergrijzing in combinatie met een krimpende be-

volking is na 2020 lastig te voorspellen. Veel is afhankelijk van de effectiviteit van preventie, gezondheidsvoorlichting, ontwikkeling van de medische wetenschap en technologie. In de periode 2008-2020 is door de samenstelling van de bevolking de verwachting dat de prevalentie van coronaire hartziekten, artrose, diabetes, gezichtsstoornissen, ouderdom- en lawaaidoofheid, hartfalen en prostaatkanker zal toenemen. De prevalentie van rug- en nekaandoeningen, astma en eczeem zal afnemen. De vraag naar medisch- specialistische zorg zal voor Limburg als geheel dus nog toenemen tot 2020, vooral door een toename van het aantal dagopnames. De vraag wordt daarmee minder klinisch, en kan dus in andere organisatieverbanden verzorgd worden. De vraag naar nabije zorg (uitgebreide eerste lijn) en gespecialiseerde ouderengeneeskunde zal met name stijgen.

Financiële draagkracht Orbis en Atrium

In 2010 hebben de provincie Limburg en de gemeente Sittard-Geleen een borgstelling voor 10 miljoen euro gegeven voor Orbis Medisch en Zorgcentrum. Deze borgstelling was noodzakelijk voor de bekostiging van een sociaal plan na de uit de hand gelopen kosten van de nieuwbouw van Orbis. Met vijfhonderd ontslagen en een sociaal plan kan Orbis weer uit de financiële zorgen komen, zo is de verwachting. Aanvullende borgstelling is nog gegeven door de specialisten van het ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ. Deze financiële borgstelling heeft veel kwaad bloed gezet in Limburg. AzM heeft de rechtmatigheid van de garantstelling door de provincie en gemeente vergeefs aangekaart in een kort geding. Verdere financiële besparingen lijken noodzakelijk. Bureau Berenschot heeft berekend dat besparingen van 30-35 miljoen euro mogelijk zijn als Atrium MC en Orbis samenwerken. Besparingsmogelijkheden zouden liggen door het aantal bedden te reduceren, de doorstroom naar verpleeg- en thuiszorg te verbeteren en optimalisering van dagopnames en klinische opnames. Bij elkaar levert dit grote besparingsmogelijkheden op personeel, aldus Berenschot. Atrium en Orbis zijn nog in gesprek over de vorm van de samenwerking. Voor Atrium lijkt de samenwerking noodzakelijk om financiering te verkrijgen voor de noodzakelijke nieuwbouw van OK's. Door de te duur uitgevallen nieuwbouw van Orbis met onevenredig hoge kapitaallasten tot gevolg, is een uitbreidingsstrategie voor Orbis financieel noodzakelijk. Het is dan ook te verwachten dat in het gebied tussen Roermond en Sittard een concurrentie zal ontstaan tussen vestigingen van Orbis en Laurentius.

Advies Provinciale Raad Volksgezondheid Limburg

De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg heeft in mei 2010 een advies uitgebracht over de toekomstige ziekenhuiszorg in Limburg. Daarvoor heeft zij opdracht gegeven aan Twijnstra Gudde om een visiedocument op te stellen. Voor Limburg ligt dan ook een goede analyse van de huidige situatie en de geprognosticeerde ontwikkelingen. Naar de mening van de Raad kunnen de huidige zes ziekenhuislocaties in Limburg worden gehandhaafd, maar dienen ze heringericht te worden op basis van concentratie en differentiatie. Bij concentratie denkt de PRVL aan oncologie, spoedeisende hulp, kindergeneeskunde, radiologie en subspecialisaties van grote vakken. Maar ook aan concentratie van ondersteunende diensten en laboratoria. Concentratie betekent naar de mening van de PRVL niet per se verlies van ziekenhuislocaties, zij voorziet dat dan ook niet voor Limburg. Organisatorisch denkt de Raad aan twee netwerkorganisaties, respectievelijk bestaande uit de drie ziekenhuizen in Noord en Midden Limburg (met VieCuri als topklinische kern) en de drie ziekenhuizen in Zuid Limburg. Deze netwerkorganisaties zouden niet noodzakelijk exclusieve samenwerkingsverbanden hoeven te vormen. De Raad benadrukt dat het ziekenhuizen ook in de voorgestelde constructie vrij staat op specifieke onderwerpen of functies samenwerking te zoeken met andere partners. In januari 2011 blijkt uit informatie van minister Schippers dat Orbis en Atrium onder druk van de verzekeraar begonnen zijn aan een verkenning naar de mogelijkheden tot samenwerking. Op basis van een rapport van Berenschot lijkt samenwerking inderdaad een optie te zijn en zijn synergievoordelen te behalen. De beide ziekenhuizen onderzoeken januari 2011 een mogelijke samenwerking op ICT-terrein, doen wederzijds boekenonderzoek en stellen een businesscase op. Indien inderdaad een fusieaanvraag wordt ingediend, zullen de IGZ, NZa en NMa hun fusietoets namens de minister uitvoeren. De uitkomst daarvan lijkt, gezien de omvang van beide ziekenhuizen en de huidige concurrerende verhoudingen, ongewis.

De zorgverzekeraar

CZ is de dominante zorgverzekeraar voor Limburg, samen met UVIT. CZ is bij monde van de bestuursvoorzitter erkend voorstander van concentratie van hoog complexe zorg en vermindering van het aantal SEH-locaties in Nederland. In Limburg blijken ze deze boodschap echter nog niet hard aan de man te hebben gebracht. Bij de financiële garantstelling in 2010 voor het sociale plan van Orbis heeft CZ als eis gesteld dat er een plan zou komen voor samenwerking van Orbis met

Atrium, uitmondend in een bestuurlijke integratie, met de verwachting dat dit zou leiden tot reductie van bedden en concentratie van bepaalde specialistische zorg. Tevens is aan Atrium te verstaan gegeven dat de nieuwbouwplannen heroverwogen dienen te worden en zeker versoberd. Voor Orbis is een scheiding van de zorgpoot van de ziekenhuispoot geëist. Ook voor het azM ziet CZ voor de toekomst graag concurrentie, om de kwaliteit en kosten te prikkelen. Voor geheel Zuid-Limburg verwacht CZ dan ook een verdelingsplan van azM, Orbis en Atrium gezamenlijk. Anders stelt CZ dit zelf op. Essentieel vindt CZ hierbij dat de patiënt kan kiezen. Samen met UVIT stuurt CZ op accountplannen per ziekenhuis: wie doet wat, en wat niet of in samenwerking met wie. Voor Midden-Limburg, de ziekenhuizen Roermond en Weert, ziet CZ dan ook graag meer samenwerking. Ook hier kunnen specialismen worden verdeeld, aldus CZ. Concrete samenwerkingsplannen, gebaseerd op te bereiken efficiëntie voor beide ziekenhuizen, zijn reeds opgesteld door de beide Raden van Bestuur van Weert en Roermond. Dit terwijl het St.Jans Gasthuis zich voor de topreferente zorg en kwaliteitsverbetering vooral richt op het Catharina ziekenhuis, en het Laurentius op het Vie Curi ziekenhuis in Venlo. CZ ziet daarbij mogelijkheden voor bijvoorbeeld maar 1 IC, maar heeft hierop nog niet doorgebeten. CZ zet de Belgische ziekenhuizen ook in voor de keuzevrijheid en concurrentiedruk. Hierbij erkent CZ wel dat het een eenzijdige concurrentie betreft: patiënten vanuit België komen/mogen niet naar Nederland.

Academische functie

De PRVL acht de Academische functie voor Limburg als noodzakelijk maar kwetsbaar. De Raad constateert ook dat het uitoefenen van de academische functie zich niet altijd goed verhoudt met concurrentie op de markt voor ziekenhuiszorg. Naar de mening van de Raad is een zekere spreiding van academische functies over andere Limburgse ziekenhuizen (Medical Schools), vanuit een centrale rol van het azM/MUMC+, daarbij een zeer kansrijke en sterke variant. In aanvulling daarop zou het azM/MUMC+ meer focus aan moeten brengen op 'de plus' (+) in haar naamgeving en daarmee op de academische functies in relatie tot de ketenzorg, waaronder de huisarts- en ouderenzorg. Ondertussen lijkt het MUMC/ACM niet veel warme gevoelens op te roepen bij sommige ziekenhuizen in Limburg. Het ziekenhuis heeft het financieel niet gemakkelijk en begeeft zich naar de mening van deze ziekenhuizen teveel als concurrent op de markt voor niet-topreferente zorg, en stelt zich bovendien

soms te arrogant op in de professionele relaties. Het St.Jans Gasthuis was expliciet over de samenwerkingsrelatie: als het AzM/MUCM zich niet meer als een partner opstelt en qua bejegening van andere specialisten en kwalitatief niet verbetert, zoekt het de academische en topreferente zorg elders.

Bestuurskracht

De PRVL schat de kansen op een vrijwillige transformatie niet hoog in. Voor concrete acties en besluiten is een crisis noodzakelijk, denkt de Raad. In een meer constructieve variant ziet de Raad een sterke rol voor de financiers van de ziekenhuiszorg liggen, de zorgverzekeraars en de banken. Een financiële rol voor de Provincie Limburg ziet de Raad uitdrukkelijk niet. Noodzakelijk is regie en overleg tussen ziekenhuisbestuurders en het betrekken van de medisch specialisten. Ook zij moeten de noodzaak voelen. Daarnaast is inzet op ketenzorg en zorgnetwerken noodzakelijk.

De PRVL ziet geen rol weggelegd voor de provincie of gemeenten in het financieren of organiseren van ziekenhuiszorg, Wel ziet zij duidelijke rol van gemeenten en provincie bij het faciliteren van ketenzorg of netwerkzorg (locaties, huisvesting, bereikbaarheid) en in het informeren van burgers van de noodzaak van concentratie en differentiatie. Uit gesprekken met de ziekenhuisbestuurders in Weert en Roermond bleek een duidelijk gevoel van urgentie en wil om met andere ziekenhuizen samen te werken. Ook de noodzaak van concentratie en deconcentratie wordt gevoeld. Deze ziekenhuizen lijken de toekomstige veranderingen dan ook goed zelf aan te kunnen sturen, in goed gesprek met de zorgverzekeraar. De notie niet meer te willen zijn dan men kan waarmaken, kwalitatief en noodzakelijk voor de eigen bevolking, is duidelijk aanwezig. In Zuid-Limburg daarentegen lijkt een meer dominante rol van de zorgverzekeraar noodzakelijk om tot goede samenwerking te komen. Met name de rol van het AzM behoeft hier aandacht.

Het Sint Jans Gasthuis te Weert.

Het St Jans Gasthuis is een klein algemeen ziekenhuis met circa 165 warme bedden(2010) en met als verzorgingsgebied Weert, Nederweert, Leudal en Cranendonck. Daarmee is de omvang van het adherentiegebied in de orde van grootte van 111.000 inwoners. In 2009 werd een volledig nieuw operatiekamercomplex met zes operationele operatiekamers in gebruik genomen. Een buitenpolikliniek in Budel biedt spreekuren voor chirurgie, gynaecologie en kinderartsen. In 2008-2009 was men in gesprek met de MC groep voor een publiek-private

samenwerking. Deze gesprekken zijn door het SJG beëindigd. Financieel staat het ziekenhuis er goed voor met positieve resultaten over 2009 van 0,4 miljoen en 1.8 miljoen over 2010. De solvabiliteit bedroeg 21% in 2010. Daarmee is dit ziekenhuis in staat om nieuwbouwplannen te verwezenlijken op eigen kracht: de bank heeft de kredieten reeds goedgekeurd. Met een zeventigtal specialisten en 640 fte personeel is het St Jans Gasthuis niet groot. De nieuwe tweehoofdige raad van bestuur heeft de ambitie om goede zorg te bieden die past bij de omvang van het ziekenhuis en voor ónze' mensen. De ambitie gaat dus niet verder dan de eigen rekstok. De RvB acht het voor de patiënten van belang om in ieder geval de diagnose en nabehandeling in Weert te blijven uitvoeren. Ze zijn er van overtuigd dat door goede kwaliteit te blijven leveren met een respectvolle bejegening en concurrerende wachttijden, de concurrentie met bijvoorbeeld het ziekenhuis in Maaseik goed aan te kunnen. Daar richt het ziekenhuis zich da ook met name op: de juiste dingen goed doen. Daarvoor is het ziekenhuis strategische allianties aangegaan met het Catharina ziekenhuis in Eindhoven (doorverwijzing complexe zorg en verbetering kwaliteit) en met het Laurentius in Roermond (maatschappen die op twee locaties werken, samen diensten draaien, efficiëntie). CZ heeft op deze laatste samenwerking aangedrongen. Met het Revalidatiecentrum Blixembosch in Eindhoven bestaat ook een samenwerkingsrelatie, maar die heeft nog niet genoeg opgeleverd, volgens Weert. Revalidatieartsen zijn in Weert aanwezig, maar de uitvoering van therapieën moet nog steeds in Eindhoven. Dat zou het St.Jans graag anders zien. Strategische allianties met sterke partijen zijn voor het St.Jans een bewuste keuze en noodzakelijk om de beperkte keuze aan specialisten aan te vullen. Kwaliteitsimpulsen komen uit de allianties.

Voor de spoedeisende hulp ziet het St.Jans een geïntegreerde SEH/HAP voor zich in de nieuwe aanbouw op dezelfde locatie. Daarbij is niet het meest wezenlijke dat alle spoedeisende hulp geboden moet kunnen worden, traumagevallen moeten sowieso naar andere ziekenhuizen, maar wel dat het geïntegreerd is en voldoet aan de behoeften van de patiënten in dit gebied. Dus een HAP+ of SEH- is ook bespreekbaar. Het St.Jans Gasthuis heeft dan ook naar eigen zeggen een uitstekende relatie met de huisartsengroepen en wordt door hen en de bewoners van het adherentiegebied echt gezien als óns' ziekenhuis. Ook met de verloskundigen heeft het St.Jans een goede relatie. Van de 850 bevallingen in het adherentiegebied in 2010 waren er maar (of nog) 49 thuisbevallingen.

Het Laurentius ziekenhuis in Roermond

Het Laurentius in Roermond is een middelgroot ziekenhuis met een adherentiegebied van circa 120.000 inwoners. Het is al meerjaren onderscheiden voor h t patiënten vriendelijkste ziekenhuis van Limburg. Recent kwam het ook goed uit de AD-enquete en de Dr. Yeb score-ranking. Er wordt intensief met de huisartsen en andere verwijzers in de eerste lijn samen- gewerkt.

De financiële positie was niet rooskleurig, maar na stevige ingrepen is het gelukt om 2010 met een positief resultaat van 5,9 miljoen af te sluiten. Met een solvabiliteit van ruim 14,6% na afsluiting van boekjaar 2010 nu, is het Laurentius daarmee goed op weg om partiele borging WfZ te kunnen verkrijgen voor een compact nieuwbouw- en renovatieplan van meer dan 100 miljoen. Men probeert dit plan compact vorm te geven om het rendement hoog te houden en de terugverdiencapaciteit realistisch te maken.

Het Laurentius heeft een strategische samenwerking op een aantal gebieden met het Vie Curi in Venlo. Met Vie Curi is beoogde intensieve samenwerking bijv. op de gebieden van de ziekenhuisfarmacie; de cardiologie, straks mogelijk ook onco- logie, en een aantal andere kansrijke gebieden zoals Moeder en Kind en ook bijv. op gebied van de ICT. Een verwacht gevolg van deze samenwerking is de concentratie van een Moeder en Kindcentrum. Het Laurentius voerde in 2010 891 bevallingen uit. Het Laurentius heeft een grote PAAZ, en vervult een centrumrol voor de crisisopvang in de regio.

Liever zag men de samenwerking met Weert inniger, maar gesprekken tot een fusie werden begin januari 2009 beëindigd. Opnieuw wordt gepoogd om op een aantal gebieden intensie- vere relaties aan te gaan, mede tegen de achtergrond van de kansen die de omvang van de regio biedt aan het Laurentius, Vie Curi en ook Weert. De ambitie van de RvB is om een financieel gezond ziekenhuis neer te zetten dat innovatief werkt en kwalitatief hoogstaande zorg biedt aan haar patiënten. Met name behandelingen met een laag risico (zowel hoog- als laag complex) en hoog volume worden in Roermond uitge- voerd met operational excellence. Op zaterdag is diagnostiek met MRI als extra service recent geopend. In minimaal inva- sive chirurgie heeft het ziekenhuis een naam en steeds meer een centrumrol op de vakgebieden chirurgie, urologie en gy- naecologie. Men wil met name een goed operational excellence basiszorg ziekenhuis zijn, dat sterk verankerd in de regio is. Daarbij past een geïntegreerde HAP/SEH. Daarvoor, en voor het onderhouden van de goede relaties, zoekt men actief goede verhoudingen met de huisartsengroepen. Daarbij past zorg

dichter bij de patiënt via steunpunten, volgens de RvB, en goede ketenzorg voor chronisch zieken. Sinds 2009 is het Laurentius bezig met de voorbereiding van een Gezondheidscentrum in Reuver. Het idee hierbij is om een geïntegreerde centrum neer te zetten met huisartsen, apotheek en specialisten. Hierbij blijkt het met name moeilijk om dit soort initiatieven rendabel op te zetten, en om de verschillende partijen op 1 lijn te krijgen. Lastig voor het ziekenhuis is hierbij dat door diagnoseapparatuur als MRI of röntgen neer te zetten in zo'n centrum, de apparatuur in het ziekenhuis minder rendabel wordt door een lagere bezettingsgraad. In samenwerking met De Zorggroep (Ouderenzorg) is een gezamenlijk zorg- en herstelhotel in oprichting op het ziekenhuisterrein voor (low care) nazorg.

Orbis Medisch en Zorgconcern

Het OMZ wordt gevormd door een Orbis Medisch centrum met een ziekenhuis en revalidatiepoot, uit Orbis GGZ met geestelijke gezondheidszorg, en Orbis thuiszorg met thuiszorg en verpleging en verzorging en jeugdgezondheidszorg. Ook kent het Orbis concern deelnemingen in private ondernemingen als Orbis Mooi, een lasercentrum, Orbis Sport en Maasland urologie. In Orbis MC werkten in 2009 2230 mensen, waarvan 153 medisch specialisten. In 2009 heeft Orbis door de nieuwbouw bijna 20 miljoen euro verlies gemaakt en is het tegen een negatief eigen vermogen aangelopen.

Atrium Medisch Centrum Parkstad

Eind augustus 2009 werd Atrium MC door het Algemeen Dagblad uitgeroepen tot het beste ziekenhuis van Nederland. Dat het goed scoren op vele indicatoren nog niet betekent dat ook de patiënten weglopen met het ziekenhuis, heeft Atrium MC doen besluiten om een aantal verbeteringen aan te brengen. Vanaf 2010 geeft Atrium zogenaamde zorggaranties af. Daarbij worden op basis van gesprekken met patiënten en hun verwachtingen, zorgprocessen aangepast en afspraken vastgelegd. De patiënt kan de desbetreffende afdeling aanspreken op deze afspraken.

Het Atrium doet het financieel goed. Over 2009 heeft het wederom een positief resultaat van circa 2 miljoen euro geboekt. De financiële situatie is weliswaar solide, maar niet stevig genoeg voor de gewenste nieuwbouw en renovatie. Atrium en Orbis hebben zo ieder hun eigen reden om samenwerking te zoeken. Het Atrium heeft op haar terrein een drietal ZBC's voor KNO, diagnostiek en wondzorg opgericht

(2009). Het is een groot ziekenhuis waar bijna 4000 mensen werken, waarvan 184 medisch specialisten.

Conclusie Parkstad Limburg en Midden-Limburg

Zowel Parkstad Limburg als Midden-Limburg verwachten een stevige krimp van 14-15% tussen 2010 en 2040. De gehele provincie Limburg vertoont een grote vergrijzing. Het aantal 75jarigen en ouder zal naar verwachting verdubbelen. Ondertussen zijn de gemeentebesturen in Parkstad Limburg al ervaren in het omgaan met krimp. Dit besef van de realiteit heeft er bij het Provinciebestuur toe geleid om een uitgebreide analyse op te laten stellen voor de gevolgen van de krimp voor de zorg in Limburg. Het advies van de Provinciale raad voor de Volksgezondheid gaat uit van de noodzaak van concentratie, samenwerking en netwerkzorg. Daarbij verwacht deze Raad dat de veranderingen in Zuid-Limburg wel een bestuurlijk steuntje nodig zullen hebben, gezien de onderlinge verhoudingen. Onder druk van de zorgverzekeraar CZ en Uvit zijn Orbis en Atrium inmiddels in gesprek over verdergaande samenwerking en mogelijke fusie.

De zorgsector, en daarbinnen de ziekenhuiszorg, is een groot werkgever in Limburg. De arbeidsmarktparticipatie is in Limburg echter nog dusdanig laag, dat voor de toekomst er nog ruimte is voor extra arbeidsinzet voor de arbeidsintensieve zorgsector. Samenwerking op het terrein van zorgopleidingen vindt al langer plaats.

De beddenscapaciteit is met name in Zuid-Limburg hoog, zeker gezien de gemakkelijk bereikbare ziekenhuizen over de grens. De acute zorg is in de gehele provincie goed voorzien. Alleen het Laurentius ziekenhuis is met zijn SEH voor een bepaald gebied 'gevoelig' dat wil zeggen noodzakelijk voor het behalen van de 45 minuten norm. Bereikbaarheid van de acute zorg is in de huidige vorm geen thema in Limburg.

Voor de academische zorg kunnen de Limburgers in het zuiden gebruik maken van het ziekenhuis in Aken en het AzM. In het midden en Noord-Limburg kan gebruik gemaakt worden van Leuven, Nijmegen of het AzM. Het AzM blijkt echter niet populair onder de collega ziekenhuizen. Dit komt enerzijds door de arrogante opstelling van de specialisten in het verleden, maar anderzijds ook doordat het AzM niet naar de ziekenhuizen toekomt en wel concurreert op de basiszorg. Daarnaast heeft de financiering van het Sociaal plan van Orbis kwaad bloed gezet in Limburg. Men acht de financiële proble-

men van Orbis een beetje eigen schuld-dikke bult, maar vreest wel de gevolgen voor een grotere regio. Orbis heeft immers voor de financiering van zijn kapitaallasten een uitbreidingsstrategie nodig.

CZ is samen met UVIT de dominante zorgverzekeraar in Limburg. CZ stuurt op regioplannen met profielen per ziekenhuis. Deze zorgverzekeraar stuurt niet op het sluiten van SEH-posten of ziekenhuislocaties in Limburg. Wel stimuleert CZ de concurrentie door zelfstandige contractering van Belgische ziekenhuizen.

De ziekenhuizen in Weert en Roermond zien hun rol als basiszorg ziekenhuis voor de eigen bevolking, die ze moeten verdienen door goede kwaliteit te bieden met een goede service. Om deze goede kwaliteit te kunnen bieden werkt Weert nauw samen met het Catharina ziekenhuis in Eindhoven, en Roermond met Vie Curi in Venlo. Voor de efficiency werken beide ziekenhuizen ook met elkaar samen op enkele specialismen. Men onderzoekt nog de voordelen van verdergaande samenwerking. Beide ziekenhuizen streven een geïntegreerde HAP/SEH na. Daarbij hebben zij geen bezwaar tegen een uitkomst als HAP+ of SEH-: het gaat hen om goede zorg voor de eigen bevolking.

3.3 Eemsdelta en Oost-Groningen

De Eemsdelta omvat de gemeenten Appingedam, Delfzijl, Eemsmond en Loppersum. Aanpalend ligt de regio Oost-Groningen met Winschoten, Hoogezand-Sappemeer, Veendam en Stadskanaal. De gehele noordoostelijke kant van Groningen wordt geconfronteerd met bevolkingsdaling. Sociaaleconomisch is het een arme regio. De bevolkingsdichtheid is 180 inwoners per vierkante kilometer, daarmee is het een dunbevolkte plattelandsregio. Opvallend is het grote aandeel functioneel analfabeten in de regio Winschoten en Stadskanaal. Mede hiermee samenhangend gaat men gemiddeld pas laat naar de dokter. Het openbaar vervoer is in het dunbevolkte Noord-oost-Groningen niet overal even goed. De wegenstructuur (veel tweebaanswegen), maakt autorijden lastig en soms met veel oponthoud.

Noordoost-Groningen krimpt

In de afgelopen 30 jaar is het inwonertal in de Eemsdelta en Oost-Groningen al met ruim 10.000 inwoners (5%) gedaald. In de Eemsdelta wordt voor de komende 30 jaar een krimp met nog eens 17% verwacht, van ruim 65 duizend inwoners naar 55 duizend inwoners. Koploper in demografische krimp in de Eemsdelta is de gemeente Delfzijl met een verwachte daling met 28% tussen 2010-2040. In geheel Noordoost-Groningen wordt door het CBS een daling van het inwonertal met 15% verwacht. De krimp in de Eemsdelta en Oost-Groningen manifesteert zich in een trek naar de stad Groningen. Voor de stad Groningen is voor de komende jaren nog een forse groei voorzien. Noordoost-Groningen vergrijst bijzonder sterk.

Bevolking Eemsdelta 2010-2040

Bevolking Eemsdelta, Oost-Groningen	2010	2020	2030	2040	% verschil 2010-2040
Eemsdelta	65.538	61.382	58.094	55.029	-17%
65 jaar en ouder	12.043	14.515	16.151	16.078	+34%
Oost-Groningen	152.653	148.211	144.879	142.049	-7%
65 jaar en ouder	28.100	34.382	39.335	41.372	+48%
Delfzijl					-28%

	26.569	23.728	21.407	19.299	
65 jaar en ouder	5.290	5.894	6.132	5.851	+11%

(bron: CBS Statline)

Regionale economie Eemsdelta

Vreemd genoeg groeit de regionale economie in de Eemsdelta wel, vooral door activiteiten in en rond het havengebied. Deze economische groei vertaalt zich echter niet voldoende naar groei in arbeidsplaatsen omdat het vooral groei in de arbeids-extensieve energiesector betreft.

Arbeidsmarkt

Relatief hoge werkloosheid met 7% in Noord-Groningen en 5,9% in Oost-Groningen tegen 5,4 % in Nederland, 2010. Tevens relatief lage arbeidsparticipatie (62,9 en 61,4% tegen 67,1 in Nederland). Weinig werkgelegenheid. De lage arbeidsparticipatie geeft nog ruimte voor groei, wellicht nodig voor de arbeidsintensieve zorgsector. Ook nu al blijkt het moeilijk om specialisten en huisartsen te werven en behouden voor het landelijk gebied in Groningen. De huisartsenpopulatie is bovendien al sterk vergrijsd en bevat veelal eenpitters in de dorpen. Menzis heeft vanuit haar zorgplicht samen met investeringsmaatschappij Reggeborgh een stichting Zorgpunt opgericht voor eerstelijns zorg. Met deze ander pet op wil Menzis zo de huisartsenzorg in (onder andere) de omgeving van Winschoten garanderen. Uit antwoorden van de minister van VWS op Kamervragen over deze vermeende verticale integratie, blijkt enerzijds dat de minister hier geen voorstander van is. Anderzijds blijkt uit deze antwoorden dat de NMa tot nu toe geen bezwaren heeft gezien. Voor het tekort aan huisartsen in NO-Groningen biedt de minister echter tot nu toe geen reëel alternatief, integendeel. Er is blijkbaar nog geen probleem.

Samenwerking in de Eemsdelta

In de Eemsdelta is men al begonnen met het regionaal afstemmen van de woningbouwplannen, en daarmee met het terugbrengen van het aantal plannen en de omvang daarvan. Een groot aantal (sociale huur) woningen zijn de afgelopen 10 jaar al gesloopt. Vooral in de regio rond Delfzijl is al jaren sprake van een aanzienlijke krimp van de bevolking. De gemeente Delfzijl telde in 2000 nog ruim 29.000 inwoners, en in 2010 zijn dat er al 2000 minder. Oorzaak is hier vooral het vertrekoverschot en een negatief geboortesaldo. Vooral veel jonge mensen in de leeftijd van 15-24 jaar verlaten de regio

Noordoost- Groningen. Hierdoor zal de potentiële beroepsbevolking de komende jaren ook stevig dalen.

Beschikbare ziekenhuizen

Ziekenhuizen in Groningen:

- Ommelander Ziekenhuisgroep Delfzijl, 323 beschikbare bedden
 - vestiging Delfzicht ziekenhuis Delfzijl, 135 beschikbare bedden, 3 bedden IC, SEH aanwezig
 - vestiging Lucas ziekenhuis Winschoten, 188 beschikbare bedden, 4 bedden IC waarvan 3 met beademing, SEH aanwezig.
 - Buitenpolikliniek Lucas buitenpoli Veendam, 0 bedden
- Martiniziekenhuis Groningen, 580 bedden (NZa). SEH.
- Universitair Medisch Centrum Groningen, 1339 bedden (NZa). SEH.
- Refaja ziekenhuis Stadskanaal, 200 bedden (NZa). SEH.

Daarmee zijn er in de Eemsdelta 135 beschikbare bedden, tegen circa 66.000 inwoners. Dat is niet bijzonder veel. De Ommelander Ziekenhuisgroep heeft tevens een gedeelte van Oost-Groningen tot haar adherentiegebied, wat zij bereikt vanuit de vestiging Winschoten. In totaal is het adherentiegebied volgens OZG 120.000 inwoners. Het verzorgingsgebied voor het Refaja strekt zich ook uit over Noordoost-Drenthe. Ziekenhuizen in Assen en Emmen zijn vanuit Stadskanaal het dichtste bij, naast de stad Groningen. Het academisch ziekenhuis Groningen vervult de academische rol voor de gehele provincie en omliggende provincies. Het Martiniziekenhuis in Groningen biedt topklinische zorg. Ziekenhuizen in Duitsland zijn geen alternatief.

In Noordoost-Groningen betreft het dus drie relatief kleine ziekenhuislocaties.

Bereikbaarheid acute zorg

De bereikbaarheid van acute zorg lijkt in Noordoost-Groningen momenteel goed, met twee kleine, dunbevolkte, risicogebieden die tegen de norm aanliggen. Volgens onderzoek uit 2009 van ARGO Rijksuniversiteit Groningen over de acute zorg buiten kantooruren in de provincie Groningen, blijkt echter dat in de praktijk in sommige gebieden relatief vaak de normtijden niet worden gehaald. Dit geldt met name voor gebieden als De Marne, Vlagtwedde en Veendam. Delfzicht in Delfzijl is ook door het RIVM in 2008 nog tot gevoe-

lig ziekenhuis bestempeld, dus als enige bereikbaar binnen 45 minuten voor een beperkte bewonersgroep. In Noordoost-Groningen (de buitenrand van RAV Groningen) zijn 5 ambulancestandplaatsen en drie ziekenhuizen met een SEH (Delfzijl, Winschoten en Stadskanaal). Eventuele opheffing van de SEH in Stadskanaal maakt het risicogebied wel groter, maar niet veel ernstiger, volgens het RIVM: er zijn voor het adherente gebied in de provincie Groningen alternatieven. Nadeel van de berekeningen van RIVM is echter dat deze uitgaan van postcodegebieden. In landelijke gebieden met lintbebouwing (Stadskanaal bijvoorbeeld) kan dat tot onjuiste conclusies leiden. In de regio NO-Groningen wordt dan ook sterk getwijfeld aan de conclusies.

Ontwikkeling zorgvraag en ziekenhuiszorg

De provincie Groningen, Zorgbelang, Menzis en de twee ziekenhuizen hebben in 2009 aan de Boston Consulting Group (BCG) gevraagd om de ontwikkelingen op de zorgmarkt in het verzorgingsgebied van de twee ziekenhuizen te inventariseren. Op basis van de demografische ontwikkelingen komt BCG uit op een iets minder snelle stijging van de zorgvraag dan in de rest van Nederland. Dit door de sterke krimp. De rapportage van BCG bevestigt de prognoses van TNO (hoofdstuk 1): voortgaande stijging van vooral het aantal dagopnamen, verdere afname van de ligduur tot een bepaalde minimale ligduur per verrichting. Noordoost-Groningen loopt in de krimp en vergrijzing voor op Nederland. De vergrijzing zal naar verwachting een verschuiving opleveren van en naar specifieke ziektebeelden. Er zal dus eerder dan in de rest van Nederland een groei in de chronische zorg plaatsvinden. Daarnaast zal de lage bevolkingsdichtheid gevolgen hebben voor de invulling van het zorgaanbod. Zo zijn de aanrijtijden langer en de ziekenhuizen per locatie relatief klein.

Drie SEH's

Voor de drie SEH's heeft dat tot gevolg dat alle drie de locaties een relatief laag aantal SEH-patiënten ontvangt, 23.000 consulten voor geheel Noordoost-Groningen op jaarbasis. Het aantal IC-opnamen vanuit de SEH's zou maar 1 per dag zijn, op de drie locaties samen. De aantallen noodzaken dus niet tot drie SEH's. Er zijn momenteel 11 IC-bedden met beademing op de drie locaties gezamenlijk, allen IC level 1. Door de vergrijzing is wel een (beperkte) groei te verwachten in het aantal IC-opnamen. Logisch lijkt het terugbrengen van drie IC-locaties naar 1, waarmee het aantal IC-bedden per locatie voldoet aan de minimale gewenste norm van 6. Zeker indien

mede in ogenschouw wordt genomen dat in de stad Groningen een IC level 3 en 2 beschikbaar is, en in Emmen een IC level 2. Een MICU is beschikbaar voor het vervoer van patiënten. Bij het terugbrengen van het aantal IC-locaties naar twee, lijkt invoering van Tele-IC een goed alternatief.

Kraamzorg

De behoefte aan kraamzorg in de drie vestigingen zal naar verwachting de komende jaren nog dalen. Het Ommelander ziekenhuis heeft, nadat 4 specialisten waren vertrokken, gynaecologie/verloskunde en de kinderafdeling al op locatie Winschoten geconcentreerd. Dit geschiedde omdat het niet lukte om nieuwe gynaecologen te werven. Het Refaja ziekenhuis heeft momenteel een iets kleiner aantal klinische bevallingen dan de norm voorschrijft. De consequenties van concentratie van de bevallingen in Noordoost-Groningen tot wellicht 1 centrum in Winschoten lijkt echter nadelig voor de bereikbaarheid, c.q. maakt thuis bevallen in de toekomst buiten de regio Winschoten onwenselijk.

BCG-advies

BCG adviseert om voor deze drie ziekenhuisvestigingen te bezien of concentratie van laagrisico electieve zorg voor specifieke behandelingen op bepaalde locaties en concentratie van hoogrisico electieve zorg op 1 locatie mogelijk is. Daarmee zouden alle drie de locaties beschikbaar kunnen blijven en daarmee vormgeven aan nabije zorg (poliklinieken bijvoorbeeld, en verbindingen met huisartsen), maar kan tevens gezorgd worden voor een meer economisch en kwalitatief betere zorg.

Chronisch zieken

Voor de chronische zorg tenslotte wordt voor Noordoost-Groningen de sterkste groei verwacht. Dit enerzijds door de sterke vergrijzing en in aansluiting op de landelijke trend, maar ook omdat de gemiddelde bewoner in Noordoost-Groningen ongezonder leeft. De bevolking van de Eemdelta en Oost-Groningen bevat relatief veel overmatige en zware drinkers en mensen met ernstig overgewicht. Voor chronische patiënten, veelal ouder en/of minder mobiel, is integratie van eerstelijns en tweedelijns chronische zorg belangrijk. In Appingedam en Delfzijl loopt daarvoor een pilot voor de keten-DBC COPD. Voor de regio Noordoost-Groningen is hierbij complicerend dat relatief veel huisartsen nog in een solopraktijk werken, en slechts beperkt in zorggroepen. Daardoor is er weinig ruimte voor een praktijkondersteuner voor de chronische zorg. De

slechte weginfrastructuur in Noordoost-Groningen geeft alle redenen om met E-health en telemedicine te experimenteren.

De zorgverzekeraar

Menzis is met 60/70% marktaandeel de dominante zorgverzekeraar voor Noordoost-Groningen. Deze zorgverzekeraar heeft aan de perifere ziekenhuizen in Noordoost-Groningen duidelijk gemaakt dat bij een stijgende zorgvraag, dalende bevolking en stijgende kosten een andere organisatie van de (ziekenhuis)zorg noodzakelijk is. Menzis acht het dan ook noodzakelijk dat behandelingen met een hoge complexiteit en een laag volume in deze regio worden geconcentreerd in 1 ziekenhuis. Daarvoor wordt een nieuwbouwlocatie in Winschoten als de (geografisch) meest logische plek gezien, met twee kleinere ziekenhuizen in Delfzijl en Stadskanaal daar omheen voor niet-complexe en hoog volume handelingen. Menzis heeft haar wensen duidelijk kunnen maken omdat alle drie de ziekenhuislocaties huizen in oude gebouwen en voor nieuwbouw de garantiestelling van de zorgverzekeraar nodig hebben. Aan het Refaja ziekenhuis heeft Menzis in eerdere instantie als aangegeven dat de nieuwbouwplannen voor OK's niet zullen worden ondersteund als deze niet anders, meer in samenwerking met de OZG, worden vormgegeven. Menzis ziet dan ook als eerste stap een fusie tussen beide ziekenhuisorganisaties en concentratie van de intensive care en hoge complexiteitsbehandelingen. Zo zou op alle drie de locaties wel operatiekamers beschikbaar moeten zijn, maar in Delfzijl en stadskanaal bijvoorbeeld maar drie, en in de hoofdvestiging in Winschoten meer. Menzis ziet wel drie vestigingen voor spoedposten bij de drie locaties, met ambulances met ronkende motor ernaast voor vervoer van complexe gevallen naar Groningen.

Als belemmering voor de veranderingen ziet Menzis met name de belangen en positie van de maatschappen. Een fusie tussen organisaties is gemakkelijker te bereiken dan een fusie tussen maatschappen. Tevens hindert het tekort aan huisartsen de mogelijkheden voor deconcentratie naar de eerste lijn. Als gedeeltelijke oplossing ziet Menzis in deze regio mogelijkheden voor concurrentie van gezondheidscentra, waarin meerdere disciplines samenwerken, en groepspraktijken het mogelijk maken om in deeltijd te werken. Het lijkt in Noordoost-Groningen dan ook effectiever om nu te investeren in de eerste lijn dan in de tweede lijn.

Fusieplannen

Als reactie op het advies van de Boston Consultancy Group en druk van CZ hebben de Raden van Bestuur van het OZG en Refaja begin april een plan van aanpak voor de ziekenhuiszorg in Oost-Groningen gepresenteerd met als thema: dichtbij als het kan, centraal als het moet. In dit PvA geven de Raden van Bestuur aan te willen komen tot een gezamenlijke bestuurlijke organisatie. Hierbij wordt uitgegaan van drie locaties, waarvan 1 nieuw centrum voor complexe zorg op een nieuwe locatie nabij de A7 bij Winschoten. Op alle drie de locaties (Delfzijl, Winschoten en Stadskanaal) zou SEH, IC level1, OK en beddenhuizen aanwezig zijn/blijven. Concentratie van (dag)behandelingen is voorzien wanneer de richtlijnen daartoe nopen. Diagnose en nazorg kan op alle drie de locaties plaatsvinden, aldus de plannen. De bestuurders willen 7x24 uur spoedartsen op alle drie de locaties, en voorzien daarvoor aanvullende financiële middelen nodig te hebben. De capaciteit op de locaties zal afhankelijk zijn van de mogelijkheden zorg te verschuiven naar bijvoorbeeld anderhalvelijnscentra en buitenpoli's voor chronische zieken en zorginnovatie. De OZG en het Refaja ziekenhuis in Stadskanaal werken ook nu al samen in de Stichting Samenwerking Ziekenhuizen Oost Groningen (SSZOG). De samenwerking komt onder andere tot uiting in de exploitatie van een tweetal gezamenlijke laboratoria in Winschoten (Pathologie en Nucleaire Geneeskunde) en de gezamenlijke aanschaf en exploitatie van geavanceerde medische apparatuur. Daarnaast is er samenwerking en afstemming bij zorginhoudelijke zaken en op het gebied van automatisering.

Academische functie

Het OZG heeft een samenwerkingsovereenkomst met het UCG en gebruikt teleconferencing voor consulten op afstand. De relatie met het UCG wordt als goed bestempeld. Het Refaja is inmiddels eveneens in gesprek over verdergaande samenwerking. De vervulling van de academische functie staat in de provincie Groningen niet ter discussie.

Het Ommelander ziekenhuis

De Ommelander Ziekenhuis Groep is in 2008 ontstaan uit een fusie tussen het Delfzicht Ziekenhuis in Delfzijl en het St. Lucas Ziekenhuis in Winschoten. De OZG biedt 7x24 uur basiszorg aan de inwoners van Noordoost- en Oost- Groningen. De zorg wordt geleverd vanuit twee locaties, namelijk locatie Delfzicht en locatie Lucas. Met een 100-tal medisch specialisten en ruim 1400 medewerkers is het ziekenhuis een

groot werkgever in Noordoost-Groningen. Het adherentiegebied van de OZG is 110-120.000 inwoners, verdeeld over de tweelocaties.

Het Ommelander ziekenhuis streeft actief een goede kwaliteit na. Zo heeft het op basis van de verstrekte patiënteninformatie, kwaliteit van zorg en snelheid van behandeling van zorgverzekeraar Menzis voor zowel borstkanker als slaapapneu het Topzorg predicaat verkregen. Het Refaja ziekenhuis heeft dit predicaat voor heupartrose.

Het Refaja ziekenhuis te Stadskanaal

Het Refaja ziekenhuis is een regionaal ziekenhuis, opgericht in 1968. Het ziekenhuis biedt diagnostiek, behandeling en nazorg. In het Refaja ziekenhuis werken zo'n 558 fte, waarvan 70 specialisten, waarbij alle specialismen en een groot aantal deelspecialismen zijn vertegenwoordigd. De omzet was 54,7 miljoen in 2009 met een positief resultaat van 688.318 euro. Het eigen vermogen was bijna 6 miljoen euro. Het adherentiegebied is met een gedeelte van Noordoost-Drenthe circa 80.000 inwoners. In tegenstelling tot de RvB van de OZG heeft de RvB van het Refaja geen goede relatie met de zorgverzekeraar Menzis, en voelt hij zich bedreigt in zijn voortbestaan.

Innovatie in de zorg

In de regio Oost- Groningen werken verschillende zorginstellingen samen bij de werving en (om)scholing van personeel. Daarnaast is in het Noorden veel inzet voor zorginnovatie en ICT in de zorg. Met name in dunbevolkte gebieden biedt telezorg veel mogelijkheden tot grotere efficiency en bereikbaarheid van de zorg. In de drie noordelijke provincies wordt hier dan ook stevig op ingezet in een breed samenwerkingsverband. De OZG houdt er rekening mee dat de bevolkingsgroep ouder wordt, minder mobiel is en te maken heeft met grote reisafstanden om de zorginstellingen te bereiken. Uitgangspunt is dan ook dat de zorg gegeven wordt met minder specialisten. Voor het bedenken van nieuwe technologieën maakt de OZG deel uit van het Zorg Innovatie Forum. Het Zorg Innovatie Forum is een initiatief van negentien zorgaanbieders, zorgverzekeraars en kennisinstellingen in Noord-Nederland en het zet zich in voor vernieuwingen in de zorg.

De OZG heeft inmiddels al diverse innovaties geïmplementeerd: KOALA, Sensiumpleister en, PARO. KOALA ('Kijken Op Afstand Als Logisch Alternatief) geeft patiënten de mogelijkheid om thuis contact te zoeken met hun behandelend specialist en omgekeerd. De verbinding komt tot stand via een camera. De Sensiumpleister maakt het monitoren van hartslag,

ademhaling en lichaamstemperatuur thuis, na een operatie mogelijk. De OZG is in 2010 met een proef met de digitale pleister gestart. PARO is een therapeutische robot. De robot heeft zogenaamde sensoren en reageert daardoor op aanrakingen van de patiënt. De robotzeehond beweegt bijvoorbeeld zijn staart en opent en sluit de ogen. Ook reageert hij op geluiden en kan hij stemmen herkennen. Hij kan emoties tonen zoals verbazing, blijdschap en boosheid. PARO wordt in de OZG gebruikt als gezelschap op de kinderafdeling.

Financiën

Het OZG toonde over 2009 een positief resultaat van 991.000 euro, iets hoger dan in 2008. De budgetratio (verhouding eigen vermogen en wettelijk aanvaardbaar budget) was 19,8%. De solvabiliteit is met ruim 14% al vier jaar groeiende. De fusie van Delfzicht en Lucas blijkt dus voor de financiële draagkracht goed te hebben uitgepakt. Het OZG is financieel gezond.

De drie perifere ziekenhuizen in de provincie Groningen ontvingen in 2008 ongeveer 4,2 miljoen aan Beschikbaarheidsgelden. Daarmee souperen zij circa 40% van het totaal beschikbare bedrag op.

Conclusie Noordoost-Groningen

Niet alleen de Eemsdelta, maar geheel Noordoost-Groningen heeft te maken met een stevige krimp en vergrijzing. Het is een arme, dunbevolkte en gemiddeld laag opgeleide regio. Hoogopgeleiden trekken weg naar de stad Groningen, die stevig groeit, of naar het Westen. Voor een stad als Delfzijl wordt een krimp verwacht van nog 28% tot 2040.

In NO-Groningen zijn twee ziekenhuisorganisaties, de Omme-lander Ziekenhuis Groep met vestigingen in delfzijl en Winschoten, en het Refaja Ziekenhuis te Stadskanaal. Alle drie de vestigingen hebben een SEH. De acute zorg is goed geregeld, behoudens enkele grensgebieden, mede dankzij extra ambulanceposten. Volgens de gevoeligheidsanalyses van het RIVM kan NO-Groningen met 1 SEH minder. Dit wordt echter stevig bestreden in de regio. Voor de academische zorg maken de ziekenhuizen gebruik van het UCG. De relaties zijn goed, er is samenwerking op diverse fronten.

Provincie, Zorgbelang, Menzis en de twee ziekenhuisorganisaties hebben BCG gevraagd om een analyse op te stellen over de ontwikkelingen in de zorgvraag. Deze zijn niet wezenlijk anders dan in de rest van Nederland, er wordt een voortgaande

groei verwacht ondanks de krimpende bevolking. Op basis van deze analyse heeft BCG aanbevelingen gedaan voor de organisatie van de ziekenhuiszorg. Deze aanbevelingen stroken met de ideeën van Menzis, de dominante zorgverzekeraar in de regio.

Inmiddels hebben de beide ziekenhuisorganisaties als reactie hierop hun plannen bekend gemaakt voor een fusie. Daarbij is een nieuwe hoofdvestiging nabij Winschoten bedacht, met behoud van de twee vestigingen in Delfzijl en Stadskanaal. Wel is concentratie van complexe zorg voorzien, zoals voor bijvoorbeeld kraamzorg. Dat zal zeker gevolgen hebben voor de mogelijkheid of wenselijkheid van thuisbevallingen in de regio's daar omheen. Menzis kan in deze regio stevig sturend opereren- mits rekening houdend met de lokale bevolking- doordat alle drie de ziekenhuizen garanties of geld nodig hebben voor nieuwbouw.

Een specifieke belemmering voor zorgvernieuwing in NO-Groningen is de gemiddeld hoge leeftijd van huisartsen en de vele eenpitters in het landelijk gebied. Er blijkt nu al sprake te zijn van grote vervangingsproblemen. Ook het werven van specialisten levert problemen op.

4 Conclusies en mogelijke oplossingsrichtingen

4.1 Begeleiden in plaats van bestrijden op basis van een goede analyse

Krimpregio's lopen vooruit op andere regio's in Nederland. Uiteindelijk slaat de demografische krimp toe in een groot gedeelte van Nederland. We kunnen dus leren van de ervaringen in deze regio's. Op andere beleidsterreinen hebben de krimpregio's al ervaring opgedaan met hun demografische krimp. Een van de ervaringen is dat je niet moet vechten tegen krimp, en niet moet gaan concurreren met andere regio's, maar dat je krimp moet begeleiden. Het gaat dus om het anticiperen op krimp en het passend maken van de voorzieningen. En het erkennen dat het niet over gaat, maar structureel is. Deze conclusies zijn getrokken voor bijvoorbeeld de woningbouw en bedrijventerreinen: niet concurreren voor het aantrekken van nieuwe inwoners, maar de regio zo aantrekkelijk mogelijk houden en maken voor de bestaande bevolking. Het gaat dan om de kwaliteit van de voorzieningen, niet om de hoeveelheid. Wat betekent dit voor de ziekenhuiszorg?

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van demografische krimp op (de organisatie van) de zorg. De aandacht gaat veeleer uit naar de financiële positie van gemeenten. Dit is een omissie die snel moet worden ingehaald. De analyse die de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg heeft laten opstellen, en de gezamenlijke ziekenhuizen, provincie, zorgbelang en zorgverzekeraar in Groningen, verdienen navolging. Het is goed een dergelijke analyse door een onafhankelijke derde te laten opstellen, in verband met regionale/provinciale belangen en gevoeligheden.

4.2 Kansen en bedreigingen van grensoverschrijdende zorg

De drie grootste krimpregio's, maar ook de komende krimpregio's (anticiperregio's), liggen veelal aan de randen van Nederland. Dat geeft kansen om niet alleen naar de voorzieningen, en dan met name zorgvoorzieningen, in Nederland te kijken, maar ook naar de burens. Sowieso dient voor het plannen van

medisch- specialistische zorg gekeken te worden naar de bereikbaarheid en toegankelijk in een cirkel om de bevolking heen, ongeacht de provincie of het land. Dit vergt samenwerking en overleg met België en Duitsland, zo niet in EU-verband.

Zo blijkt dat de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg in Limburg en Zeeland leidt tot meer keuze voor patiënten en concurrentiedruk voor de Nederlandse ziekenhuizen. Dit zorgtoerisme is niet wederzijds: de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet aantrekkelijk voor onze burens of onze burens mogen van hun verzekeraar niet oversteken. De Nederlandse grensziekenhuizen zijn zich zeer bewust van deze concurrentiedruk en gaan deze concurrentie dan ook aan op kwaliteit, bejegening en wachttijden. Ze moeten wel. Vraag hierbij is of er – vanuit het Nederlandse belang bezien- een wenselijke grens of bescherming noodzakelijk is om de basiszorg in Nederlandse ziekenhuizen in de grensstreken overeind te houden. Monitoring lijkt in ieder geval wijs.

De nabijheid van academische en topklinische ziekenhuizen in België en Duitsland leidt tot samenwerking, uitwisseling en zo tot meer kwaliteit voor de patiënt. Hiermee bieden deze mogelijkheden voor doorverwijzing en samenwerking de Nederlandse ziekenhuizen de mogelijkheid om als basiszorg ziekenhuis overeind te blijven. En het levert concurrentiedruk op voor het AzM, wat wellicht leidt tot een wat meer op samenwerking gerichte houding.

Zorgwekkend is het dat Nederlandse ziekenhuizen, ook buiten de krimpregio's, behoudens voor heel specifieke specialistische behandelingen, weinig in trek lijken bij andere EU-burgers. Als het zorgtoerisme binnen de EU gaat toenemen, dan missen onze ziekenhuizen daar een mogelijke markt die de kosten voor Nederlandse patiënten kan verlagen doordat de basiskosten van apparatuur en de kapitaallasten verdeeld kunnen worden over meer patiënten.

4.3 De arbeidsmarkt

Het is momenteel nog niet de demografie of vergrijzing die leidt tot daling van de zorgvraag. Ook in de krimpregio's stijgt deze nog trendmatig. Wat wel al een groot probleem is in – sommige- krimpgebieden, is het kunnen aantrekken van voldoende ambitieuze specialisten en huisartsen. Daarmee kan

deze arbeidsmarktproblematiek de mogelijkheden voor deconcentratie belemmeren en de toekomst van een basisziekenhuis gaan bepalen. In ieder geval heeft het ook nu al geleid tot concentratie van een specialisme als gynaecologie en daarmee de mogelijkheden voor thuisbevallingen bepaald. Voor specialisten in ziekenhuizen lijkt samenwerking, het delen van beschikbare menskracht en concentratie de oplossingsrichting. Productiestraten maken het naar alle waarschijnlijkheid niet aantrekkelijker voor ambitieuze specialisten om zich te vestigen in een ziekenhuis.

Voor huisartsen zijn andere oplossingen noodzakelijk. Zo zal de huisarts vanuit een centrale groepspraktijk meer in andere dorpen spreekuur kunnen houden, digitaal voor consulten beschikbaar kunnen zijn, maar ook meer een ervaren verpleegkundige in kunnen zetten.

4.4 Regie

Probleem bij het begeleiden van krimp in de medisch-specialistische zorg is het ontbreken van een regisseur. Niemand is verantwoordelijk en niemand kan bepalen. Door de inkoopmacht van de zorgverzekeraar – en de machtspositie die daarbij hoort – heeft de facto de zorgverzekeraar zowel de positie als de mogelijkheid om concentratie, kwaliteit en bereikbaarheid te bevorderen. Dit past ook binnen het beleid van VWS. Dat daarmee de zorgverzekeraar ook publieke belangen (arbeidsmarkt, werkgelegenheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid acute en basiszorg) moet vervullen, zal tot discussie blijven leiden.

De regierol blijkt in de krimpregio's te liggen bij de ziekenhuisorganisaties en zorgverzekeraar gezamenlijk. De (licht of zwaar) sturende rol van de zorgverzekeraar is daarbij duidelijk herkenbaar. Daarmee zijn de ingezette bewegingen in NO-Groningen en Midden-Limburg een stevige stap in de gewenste richting. In Zeeland ligt dit ingewikkelder omdat het AdRz in een moeilijke fase zit, en daar toch eerst zelf uit zal moeten komen. De vraag is sowieso of Zorgsaam wel gebaat is met meer samenwerking met het AdRz, of zijn pijlen meer gericht moet houden op België en deconcentratie /samenwerking met de derde lijn. Duidelijk is in ieder geval uit de bestudeerde ontwikkelingen dat deze alleen dan tot een aanvaardbare (voor patiënten, zorgverlener, zorgverzekeraar en politiek) oplossingsrichting komen indien deze ontwikkelingen ook gezamen-

lijk worden aangepakt op basis van een onafhankelijke, en niet te zeer regionaal gekleurde, analyse.

Lastig hierbij is de rol van de patiënt of burgers in dit geheel. Lokale sentimenten kunnen de discussie over concentratie of deconcentratie sterk beïnvloeden. Daarmee is een goede communicatie met de lokale en provinciale politiek en patiëntenvertegenwoordigers van groot belang. In Walcheren heeft het AdRz het moeilijk door gemaakte fouten in de communicatie in het verleden. Menzis heeft in de discussie over een nieuw ziekenhuis bij Winschoten al een keer zijn neus gestoten. De discussie over de organisatie van de ziekenhuiszorg is dan ook niet een die op medische of rationele argumenten alleen is te voeren. Ziekenhuizen zijn vaak een van de grootste werkgevers in een regio en daarmee van een wezenlijk economisch belang. Zij geven bewoners een veilig verzorgd gevoel. En zolang transparante begrijpelijke gegevens geen indicaties geven van het tegendeel, is hun eigen ziekenhuis goed en lekker dichtbij.

4.5 Samenwerking versus concurrentie

Voor ziekenhuizen in krimpregio's is samenwerking met topklinische en academische ziekenhuizen van cruciaal belang voor de kwaliteit van de zorg. Voor de efficiency en het kunnen delen van specialismen en specialisten is juist samenwerking met andere basiszorg ziekenhuizen van belang. De NMa wordt hierbij als belemmerend gezien en boezemt angst in. Wezenlijk hierbij lijkt dat patiënten moeten kunnen kiezen op basis van transparantie over kosten en kwaliteit. Deze transparantie is er nog niet, ook niet over de grenzen heen. Door goede communicatie met de éigen' bevolking, samenwerking met huisartsen, thuiszorg en ouderenzorg, en met name door goede kwaliteit te bieden en service, kunnen streekziekenhuizen naar hun eigen verwachting de concurrentie van over de grenzen wel aan.

4.6 Nieuwbouw

Opvallend is dat alle zes bezochte ziekenhuizen nieuwbouwplannen hebben. Het gaat dan om noodzakelijke vernieuwing van OK's, een vleugel of een nieuw ziekenhuis. Interessant lijkt om te onderzoeken of dit verschijnsel zich breder voordoet. Er zijn dan namelijk drie conclusies te trekken: de

nieuwbouwplannen geven de zorgverzekeraar meer invloed op de richting van de ontwikkelingen. Zonder hun steun kan een ziekenhuis immers niet veel. Een tweede conclusie kan zijn dat de nieuwbouwplannen in heel Nederland vele miljarden zullen betreffen. Dat kan een welkome ontwikkeling zijn voor de bouwsector, maar is wellicht minder wenselijk of noodzakelijk voor de zorgkosten. Een ziekenhuisgebouw van 20-30 jaar oud is blijkbaar totaal verouderd. Een derde conclusie kan zijn dat banken een sleutelrol kunnen vervullen bij de verandering van het zorglandschap. Als (mede) financier kunnen zij eisen stellen aan de bereidheid om nieuwe investeringen te financieren, en bij de beoordeling van businesscases is het wezenlijk welke ontwikkelingen in de zorgvraag of zorgverlening mee in ogenschouw worden genomen.

4.7 SEH

De onderzochte ziekenhuizen hechten allen zeer aan hun SEH, ook al omdat dit hoort bij een écht' ziekenhuis. Dit gevoel leeft ook bij de lokale bevolking. Zeker in landelijke uitgestrekte gebieden als Zeeland en NO-Groningen kunnen de discussies over SEH- en ziekenhuislocaties hoog oplopen. Voor de kleinere ziekenhuizen lijkt een SEH- of een HAP+ een goede optie: behoud van niet-complexe spoedeisende hulp met een ronkende ambulance ernaast voor het vervoer naar complexe zorg. Alle gesproken ziekenhuizen streven een integrale HAP/SEH of SEH/HAP na. De verschillende financiële prikkels en soms afhoudende houding van huisartsen maken deze ontwikkeling moeilijk.

Hierbij lijkt het verstandig indien de beroepsgroepen zelf komen met een actualisering en definiëring van de levelindeling voor spoedeisende hulp en basiszorg voor streekziekenhuizen. Welke acute zorg kan onder welke voorwaarden verantwoord plaatsvinden in een HAP+ of SEH-? Wat verstaan wij eigenlijk onder een basiszorg ziekenhuis? En onder welke voorwaarden is daar verschil in mogelijk, en is dit begrijpelijk te maken voor patiënten?

4.8 Kansen voor innovatie

In de dunbevolkte en uitgestrekte krimpregio's NO-Groningen en Zeeland liggen veel kansen voor zorginnovatie en E-Health. Deze mogelijkheden kunnen beter worden benut, zeker in

Zeeland. Zorg op afstand en zelfmanagement kunnen zeker in uitgestrekte regio's helpen om het tekort aan huisartsen op te vangen. Voor e-consulten geldt hetzelfde. Met videoconferencing of tele-IC kan noodzakelijke kennis van specialisten op meer plaatsen beschikbaar blijven. Deze regio's zouden geholpen kunnen worden door er regelluwe regio's te maken met geld voor experimenten met meetbare doelstellingen.

Literatuur

- Advies van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg over de toekomstige ziekenhuiszorg in Limburg. 21 mei 2010
- Abeln, Dekker, e.a., Twijnstra Gudde, In samenwerking beter! Visie op de inrichting van de ziekenhuiszorg in Limburg, 12 mei 2010
- Borgman en Renooy, Krimp biedt ook ruimte, 2009
- Demos, themanummer 7, Van groei naar krimp, sept. 2009
- Gezondheid boven water in Zeeland. Regionale Volksgezondheid toekomstverkenning 2008.
- Rob,Rfv, Bevolkingsdaling. Gevolgen voor bestuur en financiën.2008
- Onverkende paden, Uitdagingen voor de provincie Zeeland door de veranderende bevolkingsopbouw, Provincie Zeeland, 2007
- Marina de Lint, Het wordt rustig aan het Hof, in HMF, maart 2009
- Martien van Tits, Patiëntenstromen in en uit de provincie Zeeland, in HMF, maart 2009
- Leo Vandermeulen, Buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen, in HMF, maart 2009)
- Femke Verwest en Frank van Dam, Planbureau voor de Leefomgeving, Van bestrijden naar begeleiden: demografische krimp in Nederland, 2010
- Kijk op krimp, Provinciaal Actieplan Bevolkingsdaling 2011-2013, Provincie Groningen, 2010 (?)

- Topteam Krimp: Krimp als structureel probleem, Rapportage voor Parkstad Limburg, september 2009
- Consequenties van demografische ontwikkelingen in Zeeland, Rapportage voor Zeeland, oktober 2009
- Krimp als structureel probleem, Rapportage voor Groningen, november 2009
- Website www.ommelanderziekenhuis.nl
- Website www.zorgsaam.nl
- SER, ontwerpadvies Bevolkingskrimp benoemen en benutten, januari 2011
- Regionale Bevolkingsprognose 2009-2040, CBS Statline
- G.J.Kommer, S.L.N.Zwakhals, Tijdsduren in de ambulancezorg, analyse van spoedinzetten in 2009, RIVM 2010
- Aanhangsel van de Handelingen Tweede kamer, nr. 835, over mogelijke fusie OMZ en Refaja.
- Verslag spoeddebat Tweede Kamer-Klink, 29 juni 2010, druk van de verzekeraar
- Verslag van een algemeen overleg Tweede kamer met minister Schippers, acute zorg, nr.139, 11 januari 2011
- Brief van de minister van VWS, dd. 2-3-2011 Acute zorg nr. 141, dossier 29 247, over ziekenhuiszorg in Zeeland.
- Speech Pieter Kalbfleisch, voorzitter NMa, 28-1-2011, NMa-NZa-NVZ-congres 'ziekenhuiszorg en markttoezicht'.
- DEMIFER Demographic and migratory flows affecting European regions en cities. Final report, Den Haag 2010.

- Aart van de Vijssel, De vraag naar zorg in ziekenhuizen, analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020, Utrecht 2009
- Zorglandschap Oost-Groningen en Noord-Oost-Drenthe, ontwikkelingen in de zorgvraag en het speelveld tot 2035, BCG, oktober 2010.
- C.P. Linschoten, W.Betten, P.Moorer, (ARGO Rijksuniversiteit Groningen) Bereikbaarheid van acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen, juli 2009.
- Plan van aanpak Ziekenhuiszorg Oost-Groningen, dichtbij als het kan, centraal als het moet. Ommelander Ziekenhuis Groep en Refaja ziekenhuis Stadskanaal, april 2011.
- P.A.M.Vierhout, Zeeuwse zorg op locatie, een noodzakelijke vernieuwing. Middelburg 2006
- Jaardocument OZG 2009, Zorg met waarde.
- Jaaroverzicht Laurentius 2009
- Jaardocument Zorgzaam Zeeuws-Vlaanderen 2009, Zichtbaar beter.
- Maatschappelijk verslag 2009 St.Jans Gasthuis Weert
- Jaardocument 2009 Admiraal de Ruyterziekenhuis
- Jaarverantwoording Atrium Medisch Centrum Parkstad
- Jaardocument 2009 Orbis Medisch en Zorgconcern
- Jaardocument Refaja ziekenhuis Stadskanaal 2009