

Schaalgrootte van ziekenhuizen en kwaliteit van zorg

Programmeringsstudie naar kennis over factoren die betrekking hebben op kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen

BMC Advies & Management
Maart 2010
Mevrouw drs. Karen Vroonhof
Mevrouw dr. Marianne Stadlander MSc



ZonMw

BMC | advies
management

SAZ vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen

INHOUD

	SAMENVATTING	2
HOOFDSTUK 1	OPDRACHT EN UITVOERING	6
	1.1 Onderzoeksopdracht	6
	1.2 Onderzoeksaanpak en proces	6
HOOFDSTUK 2	SCHAALGROOTTE VAN ZIEKENHUIZEN IN PERSPECTIEF	9
	2.1 De Nederlandse ziekenhuizen	9
	2.2 Een blik over de grenzen	13
HOOFDSTUK 3	RESULTATEN EN CONCLUSIES	15
	3.1 Inleiding	15
	3.2 Deskresearch	15
	3.3 Raadpleging deskundigen	16
	3.4 Financieel perspectief	19
	3.5 Kwaliteits- en innovatieperspectief	23
	3.6 Doelmatigheidsperspectief	32
	3.7 Klantperspectief	43
	3.8 Personeel- en organisatieperspectief	52
HOOFDSTUK 4	AANBEVELINGEN	57
	4.1 Aanbevelingen met betrekking tot de onderzochte onderwerpen	57
	4.2 Algemene aanbevelingen	58
BIJLAGE 1	SAMENSTELLING BEGELEIDINGSCOMMISSIE	61
BIJLAGE 2	SAMENSTELLING PROJECTGROEP	62
BIJLAGE 3	GERAADPLEEGDE DESKUNDIGEN	63
BIJLAGE 4	INTERVIEW PROTOCOL	64
BIJLAGE 5	ZORGSTELSELS ZWEDEN, DUITSLAND EN DE VERENIGDE STATEN	65
BIJLAGE 6	OVERZICHT BESCHIKBARE GEGEVENS	69
BIJLAGE 7	LITERATUUR	70

Samenvatting

De vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) is van mening dat kennis over de relatie tussen de omvang van ziekenhuizen en hun functioneren en kwaliteit ontbreekt, waardoor besluitvorming over het beleid ten aanzien hiervan vaker op opvattingen dan op feitelijke kennis is gebaseerd. De SAZ heeft met ZonMw contact gezocht met de vraag of een onderzoeksprogramma op het gebied van de relatie tussen de omvang van ziekenhuizen en hun functioneren en kwaliteit van zorg hierin verbetering zou kunnen brengen.

Naar aanleiding daarvan is in opdracht van ZonMw, in samenwerking met de SAZ, een programmeringsstudie uitgevoerd.

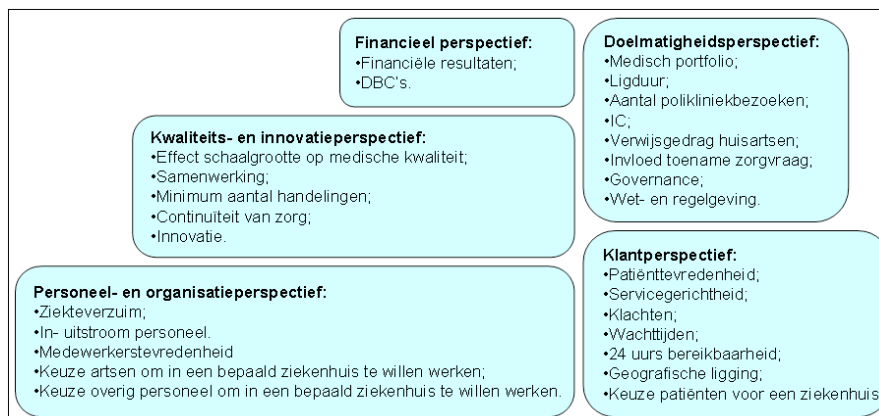
Het doel van deze programmeringsstudie is het inzichtelijk maken van aanwezige en ontbrekende kennis op dit terrein en het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma naar schaalgrootte van ziekenhuizen en kwaliteit van zorg en op basis daarvan het geven van richting aan de onderzoeksprogrammering. De resultaten worden toegevoegd aan een door ZonMw te ontwikkelen programma over de kwaliteit van zorg.

Om het doel te bereiken, is onderzoek gedaan naar literatuur aangaande schaalgrootte, zijn bestaande databases geanalyseerd en zijn deskundigen geraadpleegd.

Vanuit de volgende vijf perspectieven is gekeken naar het onderwerp schaalgrootte van ziekenhuizen:

- Financieel perspectief.
- Kwaliteits- en innovatieperspectief.
- Doelmatigheidsperspectief.
- Klantperspectief.
- Personeel- en organisatieperspectief.

Daarna is een verfijning in de perspectieven aangebracht. De hieruit voortvloeiende lijst met onderwerpen vormt de basis van de gehouden interviews.



Figuur 1. Perspectieven met onderzochte onderwerpen.

In dit rapport worden de onderzoeksopdracht, aanpak, resultaten en conclusies beschreven. Verder wordt op hoofdlijnen een beeld geschetst van de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenhuizen qua aantal en schaalgrootte en wordt beknopt antwoord gegeven op de vraag: hoe ziet de ziekenhuismarkt er in enkele andere westerse landen uit? Het rapport wordt afgesloten met een advies in de vorm van een aantal aanbevelingen.

Schaalgrootte van ziekenhuizen

De afgelopen jaren is er in de ziekenhuiszorg een professionalisering van de organisatie van zorg te zien en geleidelijk aan ook verdergaande schaalvergroting van de organisaties. Resultaat is dat er in 2009 in Nederland minder dan 100 ziekenhuizen zijn. In 1950 waren dat er nog circa 200. De fusies hebben nauwelijks geleid tot het sluiten van vestigingen van ziekenhuizen.

	Aantal	Omzet
Kleine algemene ziekenhuizen	37	Circa € 30 tot € 100 miljoen
Grote algemene ziekenhuizen	23	Circa € 85 tot € 200 miljoen
Topklinische ziekenhuizen	26	Gemiddeld circa € 200 miljoen (spreiding circa € 130 - 350 miljoen)
Universitair Medische Centra	8	Circa € 400 tot circa € 950 miljoen

Tabel 1. Overzicht omvang ziekenhuizen Nederland. ^{1, 2}

De kleinere ziekenhuizen in Nederland zijn in internationale vergelijking aan te merken als grotere ziekenhuizen. De drie geschetste ziekenhuiszorgsystemen van Zweden, Duitsland en de Verenigde Staten verschillen behoorlijk van het Nederlandse ziekenhuiszorgsysteem. De drie onderzochte landen hebben kleine, gespecialiseerde ziekenhuizen naast grotere, algemene ziekenhuizen. De afgelopen jaren is er in Nederland een toename van het aantal ZBC's en privéklinieken te zien. In andere landen worden dergelijke organisaties regelmatig als ziekenhuis getypeerd.

Resultaten en conclusies

De deskresearch heeft veel literatuur opgeleverd. Deze literatuur adresseert veelal de relatie van de onderzochte onderwerpen met kwaliteit van zorg, maar niet de relatie met schaalgrootte (zie bijlage 7). Voor ongeveer de helft van de onderzochte onderwerpen zijn eenduidige gegevens beschikbaar (zie bijlage 6). Deze gegevens kunnen worden gebruikt om de impact van schaalgrootte van ziekenhuizen te onderzoeken. Dit is vooralsnog slechts in zeer beperkte mate gedaan.

De geraadpleegde deskundigen hebben diverse beelden en uitgesproken standpunten over de relatie tussen kwaliteit van zorg en schaalgrootte van ziekenhuizen. Voor deze beelden en standpunten wordt over het algemeen geen

¹ Aantallen eind 2008, bron: Dutch Hospital Data.

² Omzetgegevens van Ziekenhuizen transparant.nl en jaarverslagen ziekenhuizen, gegevens over 2007.

wetenschappelijke onderbouwing aangedragen. Deze eerste verkenning naar kennis over onderwerpen in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen laat zien dat er voor de meeste onderzochte onderwerpen geen analyses beschikbaar zijn in relatie tot schaalgrootte.

Het proces van weging van onderwerpen met betrekking tot schaalgrootte van ziekenhuizen heeft geleid tot een prioritering van deze onderwerpen (tabel 2). Per onderwerp zijn specifieke conclusies getrokken en in totaal zijn circa 50 voorstellen voor onderzoeksvragen gedaan.

Meest relevant, prioriteit	Relevant, geen prioriteit	Niet relevant
Financiële resultaten	Medewerkerstevredenheid, ziekteverzuim en in- en uitstroom	Keuze patiënten voor een ziekenhuis
Medisch portfolio	Aantal polikliniekbezoeken	Wachttijden
Kwaliteit van zorg	Minimaal aantal handelingen	Geografische ligging
Samenwerking	IC	Ligduur
Patiënttevredenheid en servicegerichtheid	24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten	Keuze medisch specialisten in wat voor ziekenhuis ze willen werken
	Continuïteit van zorg	Keuze overig personeel in wat voor ziekenhuis ze willen werken
	DBC's	
	Invloed toename zorgvraag	
	Verwijsgedrag huisarts	
	Governance	
	Wet- en regelgeving	
	Innovatie	

Tabel 2. Relevantie onderwerpen in relatie tot schaalgrootte.

De onderwerpen van studie zijn bekeken en gewogen in termen van relevantie in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot de volgende drie aanbevelingen met betrekking tot de onderzochte onderwerpen voor de onderzoeksprogrammering van het te ontwikkelen ZonMw programma:

1. Investeer in ieder geval in de onderzoeksvragen met betrekking tot de vijf meest relevante onderwerpen die uit deze studie naar voren zijn gekomen.
2. Zorg voor een nadere weging van de andere (dan de vijf meeste relevante) twaalf onderwerpen die als relevant naar voren zijn gekomen in deze studie.
3. Investeer niet specifiek in onderzoek met betrekking tot de zes onderwerpen die uit deze studie naar voren komen als niet of nauwelijks van betekenis in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. Vanuit het breedteperspectief van kwaliteit van zorg zijn deze zes onderwerpen wel relevant. Bij breedte-programmering voor kwaliteit van zorg is het dan ook raadzaam om ze mee te nemen in het onderzoeksprogramma.

Naast de aanbevelingen over de onderzochte onderwerpen worden op basis van de ervaringen en inzichten van deze programmeringsstudie ook de volgende algemene aanbevelingen aangereikt:

1. Investeer in het ontwikkelen van conceptuele uitgangspunten en kaders voor het onderzoeken van kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.
2. Investeer in het operationaliseren van de uitkomstmaat kwaliteit van zorg en het maken van keuzen daarin bij de onderzoeksprogrammering.
3. Zorg voor het borgen van de (begrips)validiteit bij onderzoek naar factoren, waaronder mogelijk 'schaalgrootte van ziekenhuis', die beïnvloedbaar zijn en waarmee op kwaliteit van zorg gestuurd kan worden.
4. Zorg naast het genereren van getalsmatige informatie voor het genereren van informatie uit kwalitatief onderzoek waarmee ook de getalsmatige informatie kan worden getoetst.
5. Realiseer een internationale verkenning waarbij kwaliteit van zorg als uitkomstmaat centraal staat en aanbod in gespecialiseerde kleine ziekenhuizen wordt vergeleken met hetzelfde aanbod in grote ziekenhuizen.
6. Zorg dat bij de onderzoeksontwerpen aandacht is voor de verschillende invalshoeken van kwaliteit van zorg van een ziekenhuis.
7. Investeer in onderzoek naar de voorwaarden die nodig zijn om kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te leveren.

Hoofdstuk 1

Opdracht en uitvoering

1.1 Onderzoeksopdracht

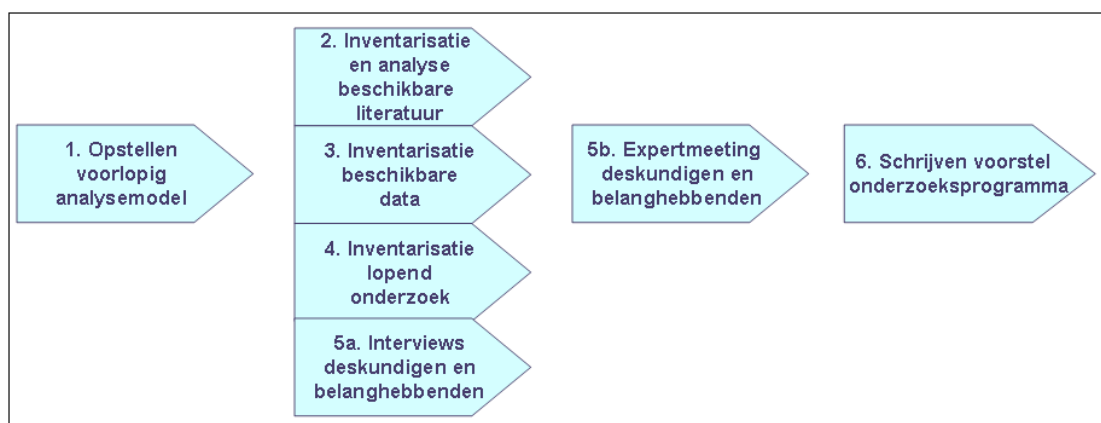
De vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) is van mening dat kennis over de relatie tussen de omvang van ziekenhuizen en hun functioneren en kwaliteit ontbreekt, waardoor besluitvorming over het beleid ten aanzien hiervan vaker op opvattingen dan op feitelijke kennis is gebaseerd. De SAZ heeft met ZonMw contact gezocht met de vraag of een onderzoeksprogramma op het gebied van de relatie tussen de omvang van ziekenhuizen en hun functioneren en kwaliteit van zorg hierin verbetering zou kunnen brengen. Naar aanleiding daarvan is in opdracht van ZonMw, in samenwerking met de SAZ, een programmeringsstudie uitgevoerd.

De programmeringsstudie wordt uitgevoerd door BMC in opdracht van ZonMw in samenwerking met de SAZ. ZonMw- en SAZ-vertegenwoordigers vormen samen de begeleidingscommissie van deze programmeringsstudie (zie bijlage 1).

Het doel van deze programmeringsstudie is het inzichtelijk maken van aanwezige en ontbrekende kennis op dit terrein en het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma naar schaalgrootte van ziekenhuizen en kwaliteit van zorg. De resultaten worden toegevoegd aan een door ZonMw te ontwikkelen programma over de kwaliteit van zorg.

1.2 Onderzoeksaanpak en proces

De onderzoeksaanpak staat schematisch weergegeven in figuur 2. In het vervolg van deze paragraaf worden de onderdelen van dit plan van aanpak uitgewerkt.



Figuur 2. Schematische weergave PvA

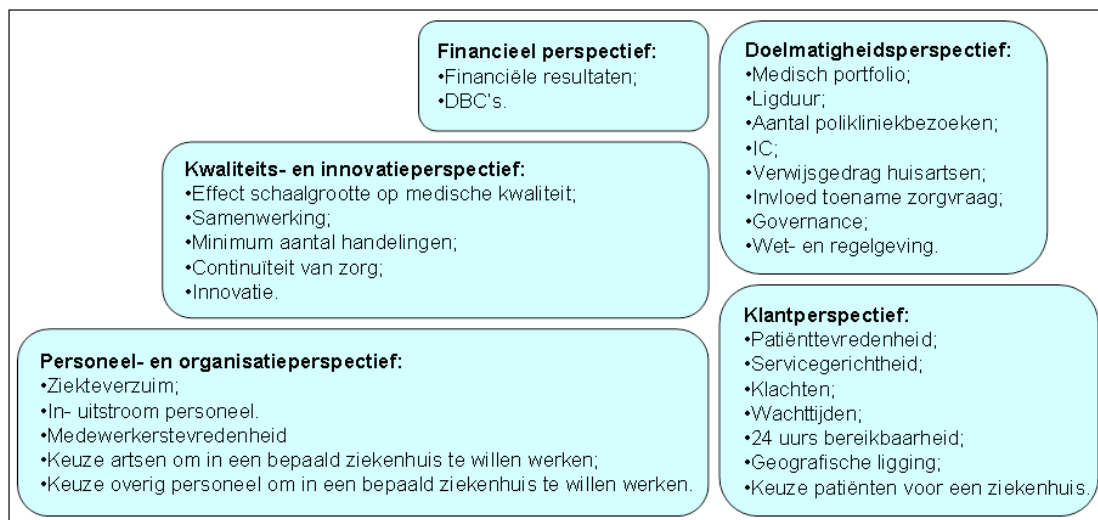
1. Opstellen voorlopig analysemodel

Aan het begin van het onderzoek is er overleg geweest met de begeleidingscommissie om de onderzoeksvraag te specificeren en het plan van aanpak te bespreken.

Vanuit de volgende vijf perspectieven is gekeken naar het onderwerp schaalgrootte:

- Financieel perspectief.
- Kwaliteits- en innovatieperspectief.
- Doelmatigheidsperspectief.
- Klantperspectief.
- Personeel- en organisatieperspectief.

Daarna is een verfijning in de perspectieven aangebracht. Hiervoor zijn deskundigen binnen BMC benaderd, zijn de onderwerpen die tijdens het eerste gesprek met de begeleidingscommissie aan de orde kwamen meegenomen en heeft de input uit een eerste indruk van de literatuur tot het formuleren van onderwerpen geleid. De hieruit voortvloeiende lijst met onderwerpen (zie bijlage 4) vormt de basis van de gehouden interviews. De verfijning van de onderwerpen per perspectief wordt in figuur 3 weergegeven.



Figuur 3. Perspectieven met onderzochte onderwerpen

2. Inventarisatie en analyse beschikbare literatuur

Voor het verzamelen van relevante literatuur zijn de deskundigen die bij het onderzoek betrokken zijn, gevraagd om bronnen van informatie te benoemen. Er is verder naar literatuur gezocht via Pubmed voor beschikbare wetenschappelijke literatuur over schaalgrootte. Daarbij is gekeken naar artikelen gepubliceerd vanaf 2000 tot heden. Nederlands-, Engels- en Duitstalige artikelen zijn meegenomen in het onderzoek. Artikelen in andere talen waarvan wel een Engelstalige samenvatting aanwezig was, zijn ook gebruikt.

In het rapport worden referenties van publicaties genoemd. In bijlage 7 wordt de literatuurlijst gepresenteerd, waarin naast de referenties uit het rapport ook andere

publicaties worden vermeld. Die publicaties zijn ook relevant voor de onderwerpen van studie. Hiermee wordt een indruk verkregen van de informatie en evidence die over de betreffende onderwerpen beschikbaar zijn.

3. Inventarisatie beschikbare data

Om vast te stellen welke eenduidige gegevens er zijn, is gezocht naar beschikbare data over de geselecteerde onderwerpen. De search per onderwerp is steeds beëindigd wanneer een bron voor de betreffende data is gevonden. De databases van Ziekenhuizentransparant, KiesBeter, Dutch Hospital Data, Prismant, CBS en Jaarverslagenzorg, zijn onderzocht op relevante gegevens. Data zijn als 'eenduidig gedefinieerd' beoordeeld als de informatie die gevonden is de indruk geeft dat er op dezelfde wijze geregistreerd (en gepresenteerd) wordt en de informatie dus onderling vergelijkbaar is.

4. Inventarisatie lopend onderzoek

Om een indruk te krijgen van het lopend onderzoek zijn de database van ZonMw en de Nederlandse Onderzoek Databank (NOD) van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) geraadpleegd. Er zijn onderzoeken naar enkele onderwerpen uit deze programmeringsstudie gevonden, maar de relatie met schaalgrootte wordt in die onderzoeken niet gelegd. Daarnaast is aan de deskundigen die bij deze studie betrokken zijn (bijlage 3), om informatie gevraagd over lopend onderzoek. Daarbij zijn geen aanvullende onderzoeken naar voren gekomen.

5a. Interviews deskundigen en belanghebbenden

Er zijn achttien semi-gestructureerde interviews gehouden met deskundigen (bijlage 3). Bij de interviews is gebruik gemaakt van een interviewprotocol (bijlage 4). Geïnterviewden is onder andere gevraagd aan te geven voor welke van de onderwerpen zij denken dat schaalgrootte er toe doet en vervolgens vijf onderwerpen aan te geven die zij het meest relevant vinden in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. In de gesprekken is bij elk onderwerp de relatie naar schaalgrootte gelegd en is gevraagd naar de onderbouwing van meningen.

5b. Expertmeeting

Na samenvoeging van de resultaten van de literatuurstudie, de inventarisatie van beschikbare gegevens, de inventarisatie van het lopende onderzoek en het houden van de interviews, zijn concept onderzoeksvragen geformuleerd. Deze onderzoeksvragen zijn voorgelegd aan deskundigen in een expertmeeting. Aan de deskundigen is gevraagd om de voor hen meest relevante onderzoeksvragen te formuleren en om te reageren op de resultaten en de bijbehorende in concept opgestelde onderzoeksvragen. De input is verwerkt in deze rapportage.

6. Voorstel onderzoeksprogramma

Dit rapport wordt afgerond met het aanbevelingen voor onderzoeksprogrammering voor een onderdeel van een ZonMw programma over kwaliteit van zorg.

Hoofdstuk 2

Schaalgrootte van ziekenhuizen in perspectief

Hoe hebben de Nederlandse ziekenhuizen zich ontwikkeld qua schaalgrootte? Om het onderzoek in een perspectief te plaatsen wordt in dit hoofdstuk op hoofdlijnen een beeld geschetst van de volgende twee onderwerpen:

- De ontwikkeling van de Nederlandse ziekenhuizen qua aantal en schaalgrootte.
- Een blik over de grenzen: hoe ziet de ziekenhuismarkt er in enkele andere westerse landen uit?

2.1 De Nederlandse ziekenhuizen

Ontstaan

Veel ziekenhuizen zijn vanuit particulier initiatief ontstaan als kleine organisaties voor de opvang en behandeling van mensen met gezondheidsproblemen respectievelijk met behoefte aan (para)medische zorg. Caritas en religie speelden hierin vaak een belangrijke rol. Nog steeds voorkomende namen als Gasthuis en Diaconessenhuis illustreren dit. Deze tijd ligt ver achter ons. Hoewel vele ziekenhuizen juridisch gezien nog steeds private organisaties zijn, zijn zij sinds de jaren zestig van de vorige eeuw steeds meer ingebed in een publiek gereguleerd systeem van gezondheidszorg. Gebaseerd op haar grondwettelijke taak om maatregelen te nemen ten behoeve van de volksgezondheid, is er van overheidswege een dicht web aan wet- en regelgeving ontstaan met als belangrijkste kenmerken kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor iedere burger en bezoeker van dit land. Vrijwel overal in Nederland is op relatief korte afstand een ziekenhuislocatie bereikbaar. De beperkte geografische afstanden, hoge bevolkingsdichtheid en goede infrastructuur maken dat mogelijk.

Typologie ziekenhuiszorg

De Nederlandse ziekenhuiszorg is in te delen in de volgende categorieën^{3, 4}:

- De kleine tot middelgrote algemene ziekenhuizen: omzet circa € 30 tot € 100 miljoen. Deze 37 ziekenhuizen zijn verenigd in de SAZ.
- De 23 grotere algemene ziekenhuizen: omzet circa € 100 tot € 200 miljoen.
- De 26 topklinische ziekenhuizen: grote algemene ziekenhuizen met ook een belangrijke opleidingsfunctie, omzet gemiddeld rond de 200 miljoen euro (spreiding van circa € 130 tot circa € 350 miljoen). Deze ziekenhuizen zijn verenigd in de Vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ).

³ Aantallen per eind 2008, bron: Dutch Hospital Data.

⁴ Omzetgegevens van Ziekenhuizen transparant.nl en jaarverslagen ziekenhuizen, gegevens over 2007.

- De 35 categorale ziekenhuizen: gespecialiseerd in een of enkele zorggebieden (bijvoorbeeld kankercentra, audiologische centra, klinieken voor orthopedie of oogheelkunde).
- De 8 Universitaire Medische Centra: omzetspreiding van circa € 400 miljoen tot circa € 950 miljoen, verenigd in de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Daarnaast zijn er ontwikkelingen als de komst van vele Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) en privéklinieken. Deze worden in landen om ons heen veelal als ziekenhuizen beschouwd. Dat is in Nederland niet het geval.

- ZBC's: een ZBC is een samenwerkingsverband tussen twee of meer medisch specialisten. Er kunnen er ook basisartsen werkzaam zijn. Als gevolg van de liberalisering is het toegestaan dat categorale verrichtingen kunnen plaatsvinden buiten de juridische en fysieke muren van een ziekenhuis. In enkele gevallen werken ziekenhuizen hierbij samen met medisch specialisten. De meeste ZBC's zijn ontstaan door initiatieven van medisch specialisten. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn er 131 ZBC's in Nederland (IGZ, mei 2009).
- Privéklinieken: in een privékliniek hoeven geen medisch specialisten werkzaam te zijn. Er kunnen ook alleen basisartsen of andere soorten zorgverleners zoals verpleegkundigen of fysiotherapeuten werken. Privéklinieken zijn puur private initiatieven waarbij soms wel sprake is van bekostiging door het publieke stelsel. Vaak moet de behandeling deels of geheel betaald worden door de patiënt. Privéklinieken betreden diverse terreinen van de gezondheidszorg. Er zijn volgens de IGZ 100 privéklinieken in Nederland (IGZ, juli 2009).

De IGZ heeft een ruwe schatting gemaakt van het aantal verrichtingen van de klinieken (zowel ZBC's als privéklinieken) die de kwaliteitsindicatorenset 2008 hebben ingevuld. In totaal is er sprake van ongeveer 500.000 verrichtingen in 2008. Dat is weinig in vergelijking met ziekenhuizen. In de Landelijke Medische Registratie (LMR) staat een totaal aantal verrichtingen voor de ziekenhuizen (met uitzondering van 20 ziekenhuizen die het niet ingevuld hebben) van circa 5 miljoen⁵. Cijfers over het aantal verrichtingen per kliniek worden niet door de IGZ vrijgegeven.

Interessant is hoe de grootte van een ziekenhuis wordt uitgedrukt. Lang gebeurde dat vooral in termen van het aantal (erkende) bedden. In onderstaande tabel zijn de Nederlandse ziekenhuizen ingedeeld naar grootte, op basis van het aantal (erkende) bedden.

⁵ Bron: Landelijke Medische Registratie, Prismant, getallen over 2008.

Aantal bedden	Aantal ziekenhuizen
< 200	8
200 – 300	18
300 – 400	20
400 – 600	19
> 600	29

Tabel 3. Grootte van de Nederlandse ziekenhuizen.^{6 7}

Tegenwoordig zegt dat echter steeds minder. Ziekenhuizen verlenen de zorg op allerlei manieren, waarvan het intramurale verblijf er één is. Veel ziekenhuizen hebben ook dependances in de vorm van poliklinieken. Met de toenemende verschuiving van (langdurig) verblijf naar steeds korter verblijf, dagverpleging en poliklinische behandeling, neemt de betekenis van het bed als grootte-indicator af. De omzet is momenteel een betere indicator.

Schaalgrootte

De ziekenhuiszorg is steeds meer in het publieke domein terecht gekomen. Het heeft geleid tot verdere professionalisering van de organisatie van zorg en geleidelijk aan ook tot verdergaande schaalvergroting van de organisaties. De genoemde redenen voor deze schaalvergroting zijn divers:

- Schaalvoordelen of economies of scale (hoewel op dit vlak tegengestelde ervaringen zijn).
- Betere positie ten opzichte van andere partijen (leveranciers, zorgverzekeraars).
- Mogelijkheden om een groter medisch portfolio aan te bieden.
- Ambities van bestuurders.
- Verwachte grote aantrekkelijkheid als werkgever.
- Visie van groter is beter.
- Stimuleringsbeleid overheid (onder andere fusieprikkel).

Het overheidsbeleid is lange tijd stimulerend geweest als het ging om schaalvergroting. Zo is de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen (het toenmalige budgetteringssysteem) lange tijd gericht geweest op een differentiatie in bepaalde budgetparameters (onder andere verpleegdag). In deze systematiek ontvangt een groter ziekenhuis een hogere vergoeding per parameter dan een kleiner ziekenhuis. In feite heeft de bekostigingssystematiek hiermee geleid tot een zogenaamde fusieprikkel: door te fuseren komt het ziekenhuis in een grootteklasse die per activiteit een hogere vergoeding oplevert dan wanneer men klein zou blijven.

Ook via het planning- en bouwbeleid heeft de overheid geregeld druk uitgeoefend om tot schaalvergroting en samengaan van ziekenhuizen te komen. Goedkeuring van nieuwbouwplannen is toen soms gekoppeld aan afspraken tot het samengaan

⁶ Bron: Kerngetallen Nederlandse ziekenhuizen 2007, Dutch Hospital Data.

⁷ De genoemde aantallen zijn exclusief categorale ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken.

van ziekenhuizen. Dat betrof onder meer de regeling 'Exploitatie Verlagende Initiatieven'. De meeste fusies hebben in de grotere steden plaatsgevonden.

In de afgelopen decennia heeft zich dus een sterke schaalvergroting in de ziekenhuiszorg voorgedaan. In 1950 is er sprake van bijna 200 algemene ziekenhuizen in Nederland, nu zijn het er minder dan 100. Dit heeft in de meeste gevallen overigens niet geleid tot het verdwijnen van ziekenhuizen of locaties. Wel zijn kleine entiteiten samengegaan in een grotere ziekenhuisorganisatie. Zo zijn in vele middelgrote steden meerdere ziekenhuizen (protestants, katholiek, openbaar) in de loop der jaren gefuseerd tot één algemeen ziekenhuis.

Het huidige debat over schaalgrootte van ziekenhuizen betreft discussies die de ene keer leiden tot kritiek op de vorming van te grote organisaties en veelvuldige fusieprocessen en de andere keer vraagtekens oproepen bij wat kleine ziekenhuizen verantwoord leveren vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg.

De genoemde argumenten tegen schaalvergroting zijn toename van bureaucratie, omvang logistieke processen, complexiteit communicatie (verticaal en horizontaal) en omvang nieuwbouwinitiatieven. Hiervoor is meestal geen wetenschappelijke onderbouwing aanwezig. Dat geldt ook voor genoemde aantrekkelijkheden die worden gekoppeld aan het kleinere ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn:

- Persoonlijkere relaties van behandelaren en ander ziekenhuispersoneel met de patiënten, verwijzers en behandelaren in de regio (huisartsen, verloskundigen et cetera).
- Minder interne bureaucratie, minder overhead en kortere interne lijnen.
- Kleinere ziekenhuizen maken een dichter netwerk mogelijk en zijn dus gunstig vanuit het oogpunt van bereikbaarheid van de zorg.
- De samenwerkingsverbanden die (in hoog tempo) ontstaan met de grotere ziekenhuizen. Beiden worden er beter van: de kleine krijgen ondersteuning bij taken waarvoor zij onvoldoende omvang hebben, de grote verzekeren zich van omzet uit het gebied van het kleinere ziekenhuis. De medisch specialisten wisselen kennis/ervaring uit en doen op meerdere locaties dienst.

Naast de genoemde meningen over voordelen van kleinere ziekenhuizen, zijn er ook vraagtekens geuit ten aanzien van kleinere ziekenhuizen. Die hebben vooral te maken met de kwaliteit van zorg:

- Is er voldoende ervaring om bepaalde vormen van zorg te kunnen (blijven) bieden?
- Is er voldoende bezetting (met name van medische specialisten) om continuïteit van zorg te bieden?
- Is er voldoende financiële armslag om de noodzakelijke investeringen te doen?
- Wordt er voldoende aandacht besteed aan het aanbieden van (nieuwe) evidence based behandelingen?
- Worden de doelstellingen van de corporate governance voldoende bereikt in kleine ziekenhuizen?

2.2 Een blik over de grenzen

Zoals in de vorige paragraaf staat vermeld, heeft Nederland relatief grote ziekenhuizen. Ook de kleinere ziekenhuizen in Nederland vallen in vele andere landen onder de term 'grotere ziekenhuizen'. Dit komt omdat buiten Nederland veel kleinere ziekenhuizen bestaan. Het bestaansrecht van die veel kleinere ziekenhuizen is soms verklaarbaar, maar vaak ook niet. Geografie speelt een rol, maar ook de mate waarin de overheid private initiatieven en de mogelijkheid om te specialiseren in categorale verrichtingen toestaat. Meteen over de grenzen van Nederland zien wij die effecten: België, Duitsland, Zwitserland en Frankrijk kennen zeer kleine ziekenhuizen. Deze zijn privaat of maken deel uit van het publieke bestel. Deze relatief kleine initiatieven kunnen de beschikbaarheid van tweedelijnsfuncties behoorlijk beïnvloeden.

Een vergelijking van buitenlandse ziekenhuizen of buitenlandse zorgstelsels met de Nederlandse situatie is complex. Een groot aantal variabelen heeft invloed op de wijze waarop tweedelijnszorg wordt aangeboden. Dat maakt het dus moeilijk om verantwoord onderbouwingen te geven waarom iets in het buitenland anders is dan in Nederland. Die variabelen zijn onder meer:

- De wet- en regelgeving op het gebied van de zorg in het algemeen.
- De cultuurverschillen op hoog en middelhoog abstractieniveau (bijvoorbeeld Rijnlands versus Angelsaksisch of hiërarchisch versus polderen).
- De positie van de zorgverzekeraars.
- De positie van de collectieve zorgverzekering.
- De mate waarin toezicht op de zorg wordt uitgeoefend vanuit het publieke domein.
- De mate van vrijheid van handelen door zorgaanbieders.
- De bekostigingssystematiek.
- Het al dan niet aanwezig zijn van achtervangconstructies vanuit het publieke domein.
- De geografische omvang van een land; de opdeling van een land in regio's.
- De mate waarin verstedelijking optreedt dan wel sprake is van grote rurale gebieden.
- De inbedding van de zorg in de maatschappij: vindt men dat het een geheel publieke taak is, of vindt men dat de zorg ook een taak is voor de private directe omgeving? (Van staatsziekenhuizen tot burenhulp). Vindt men dat de overheid het vangnet moet zijn voor de zorg of juist de verstrekker van zorg?
- De mate waarin publieke systemen naast private systemen kunnen of mogen bestaan.
- De betaalbaarheid van de zorg in de specifieke landen. De mate van publieke en private bekostigingssystemen.

In bijlage 5 wordt een beeld geschetst van het zorgstelsel en de ziekenhuiszorg in Zweden, Duitsland en de Verenigde Staten.

De gezondheidszorgsystemen en de ziekenhuiszorg zijn heel verschillend in de beschreven landen. Opvallend zijn de hoge kosten die in de Verenigde Staten worden gemaakt, terwijl er maar 3,2 ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners zijn. Bovendien hebben zij geen centraal geregeld ziektekostenverzekeringssysteem, in tegenstelling tot Nederland, Duitsland en Zweden. De acute zorg wordt zowel in Zweden als in de Verenigde Staten geboden in kleine centra. In Zweden zet men bovendien voor de acute zorg helikopters in, om de lange afstanden tot grotere ziekenhuizen te overbruggen.

Ondanks de verschillen is er een nadrukkelijke overeenkomst te zien ten aanzien van kleine ziekenhuizen. De drie onderzochte landen werken al lang met kleine, gespecialiseerde ziekenhuizen, naast grotere algemene ziekenhuizen. In Nederland is er een flinke groei van ZBC's en privéklinieken te zien. In andere landen worden dergelijke organisaties regelmatig als ziekenhuis getypeerd.

Hoofdstuk 3

Resultaten en conclusies

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden resultaten en conclusies van de deskresearch en van de raadpleging van deskundigen gepresenteerd. Daarbij wordt geschetst hoe tot een weg van de onderwerpen is gekomen.

In de paragrafen 3.5 tot en met 3.9 wordt per perspectief een overzicht gegeven van de resultaten en conclusies.

Voor elk onderwerp wordt ingegaan op de volgende vragen:

- Wat wordt met het onderwerp bedoeld?
- Wat zeggen deskundigen over dit onderwerp?
- Wat is er aan gegevens beschikbaar?
- Wat zegt de literatuur?

Verder worden er ter illustratie van de beelden en standpunten enkele citaten weergegeven. Elk onderwerp wordt afgesloten met conclusies en onderzoeksvragen.

3.2 Deskresearch

Er zijn diverse bronnen waar gegevens over ziekenhuizen eenduidig worden verzameld. Voorbeelden hiervan zijn www.jaarverslagenzorg.nl, www.dutchhospitaldata.nl, www.kiesbeter.nl en www.transparant.nl. De NVZ-databank Kwaliteit (www.ziekenhuizen transparant.nl) geeft de stand van zaken weer voor wat betreft de kwaliteit van ziekenhuiszorg, de patiëntveiligheid, de patiëntvriendelijkheid, de personele organisatie, de financiële positie en de kwaliteitssystemen van de instellingen. De ziekenhuizen zijn eigenaar van de gegevens en voeren de gegevens zelf in. De gegevens uit deze bronnen kunnen worden gebruikt om de impact van schaalgrootte van ziekenhuizen te onderzoeken.

De gevonden gegevens zijn ingedeeld in 'eenduidig gedefinieerd' en 'niet eenduidig gedefinieerd'. Gegevens die weergegeven kunnen worden in de vorm van een getal zijn vaker eenduidiger gedefinieerd dan de gegevens waarbij in tekst verslag wordt gedaan over de wijze waarop een ziekenhuis invulling geeft aan de variabele.

Er is in Nederland een aantal rapporten over het onderwerp schaalgrootte van ziekenhuizen. Vaak richten deze rapporten zich op een bepaald thema en zijn de financiën een belangrijk onderdeel van het onderzoek. Kwaliteit van zorg is niet of nauwelijks onderzocht in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

In de internationale literatuur is weinig gepubliceerd over schaalgrootte van ziekenhuizen. Er is wel veel gepubliceerd over de diverse onderwerpen van deze programmeringsstudie, maar vaak niet in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

Bovendien wordt het begrip schaalgrootte internationaal niet eenduidig gedefinieerd en geïnterpreteerd.

Er zijn internationaal veel publicaties over aandoeningen en behandelingen en de invloed van volume per ziekenhuis of per specialist op de uitkomst van zorg respectievelijk de gezondheidseffecten. Over de kwaliteit van deze onderzoeken verschillen de meningen van deskundigen. Het beoordelen van de methodologische kwaliteit van de gesignaleerde onderzoeken valt buiten de scope van deze programmeringsstudie.

Conclusies deskresearch

De deskresearch heeft veel literatuur opgeleverd. Deze literatuur adresseert veelal de relatie van de onderwerpen tot kwaliteit van zorg, maar niet de relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

Voor ongeveer de helft van de onderzochte onderwerpen zijn eenduidige gegevens beschikbaar. Deze gegevens kunnen worden gebruikt om de impact van schaalgrootte van ziekenhuizen te onderzoeken. Dit is vooralsnog slechts in zeer beperkte mate gedaan.

3.3 Raadpleging deskundigen

Bij het raadplegen van de deskundigen is de mate waarin schaalgrootte van ziekenhuizen volgens de deskundigen er toe doet, bij de diverse onderwerpen leidraad geweest. De benaderde deskundigen erkennen dat schaalgrootte van ziekenhuizen een onderwerp is dat op de agenda staat. Zij hebben naar voren gebracht dat schaalgrootte niet van betekenis zou mogen zijn (niet uit zou mogen maken). Met andere woorden, de kwaliteit van zorg moet onafhankelijk van de schaalgrootte geborgd worden.

Deskundigen zijn gevraagd op een lijst met onderwerpen aan te geven voor welke onderwerpen schaalgrootte er volgens hen toe doet en de vijf meest relevante onderwerpen aan te geven. Het resultaat is weergegeven in tabel 4.

Onderwerp	1	2
Financiële resultaten	8	7
Aantal klachten	3	
Patiënttevredenheid	12	2
Servicegerichtheid	13	3
Ziekteverzuim	1	
In- en uitstroom personeel	7	1
Medewerkerstevredenheid	6	4
Medisch portfolio	15	9
Ligduur	3	
Aantal polikliniekbezoeken	5	
Wachttijden	5	2
24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten	9	3
Geografische ligging	7	1
Effect schaalgrootte op medische kwaliteit	12	8
Samenwerking	13	9
Minimaal aantal handelingen	14	3
IC	15	6
De keuze van patiënten voor een ziekenhuis	7	1
Verwijsgedrag huisartsen	10	4
DBC's	3	
Invloed toename zorgvraag	3	1
Continuïteit van zorg	9	2
De keuze van artsen in wat voor ziekenhuis ze willen werken	13	7
De keuze van overige medewerkers in wat voor een ziekenhuis ze willen werken	8	
Governance	3	
Wet en regelgeving	7	3
Innovatie	11	5

Tabel 4. Resultaat van interviews met deskundigen.⁸ In kolom 1 staat het aantal geïnterviewden dat vindt dat het onderwerp er toe doet. In kolom 2 staat het aantal geïnterviewden dat het onderwerp bij de top 5 van relevante onderwerpen vindt horen.

Vanwege de samenhang zijn sommige onderwerpen onder een noemer besproken en verwerkt in de resultaten. Ziekteverzuim, in- en uitstroom personeel en medewerkerstevredenheid zijn samengevoegd. Dit geldt ook voor aantal klachten, patiënttevredenheid en servicegerichtheid.

⁸ Het verloop van enkele interviews leidde ertoe dat de scores niet systematisch zijn beroemd. De resultaten van die interviews zijn niet verwerkt in deze tabel.

Aangezien het onderwerp 'klachten' als een uitkomstmaat van patiënttevredenheid kan worden gezien, wordt het in de overzichten van de onderwerpen niet separaat vermeld. Hiermee is het aantal onderwerpen teruggebracht van 27, naar 23.

Om te komen tot de vijf meest relevante onderwerpen voor verder onderzoek, zijn de gespreksverslagen geanalyseerd. Daarbij is gekeken welke onderwerpen in de gesprekken als meest relevant naar voren kwamen en welke onderwerpen men nader onderzocht zou willen hebben. De resultaten van de deskresearch en interviews zijn binnen de projectgroep besproken. Dit proces van weging en de uiteindelijke selectie van onderwerpen is voorgelegd aan de begeleidingscommissie. In deze bespreking is besloten om naast de vier reeds geselecteerde onderwerpen ook het onderwerp 'patiënttevredenheid en service-gerichtheid' als prioriteit te benoemen.

Het onderwerp 'keuze van medisch specialisten voor een ziekenhuis om in te werken' scoort hoog bij de geïnterviewde deskundigen. Dit is bediscussieerd in de expertmeeting. Hier is geconstateerd dat factoren die variëren bij schaalgrootte zoals salaris, opleiding en aantal diensten, wel van betekenis zijn bij de keuze. Maar dat factoren zoals reputatie van de collega's, sfeer en ligging van het ziekenhuis ten opzichte van de woonplaats, ook zwaarwegend zijn. Deze factoren zijn niet gelieerd aan schaalgrootte.

Gedurende de studie is geconstateerd dat om beter zicht te krijgen op de betekenis van schaalgrootte een brede benadering van kwaliteit van zorg nodig is. In het proces van de studie is gekeken naar onderwerpen, waaronder kwaliteit van zorg, in relatie tot schaalgrootte. De onderzochte onderwerpen kunnen met elkaar samenhangen. Dat geldt vanzelfsprekend voor het onderwerp 'kwaliteit van zorg'. Zo kunnen sommige onderwerpen zoals patiënttevredenheid getypeerd worden als een aspect van de uitkomstmaat kwaliteit van zorg.

Het resultaat van alle genoemde stappen in de weging van de onderwerpen is weergegeven in het overzicht in tabel 5.

Meest relevant, prioriteit	Relevant, geen prioriteit	Niet relevant
Financiële resultaten	Medewerkerstevredenheid, ziekteverzuim en in- en uitstroom	Keuze patiënten voor een ziekenhuis
Medisch portfolio	Aantal polikliniekbezoeken	Wachttijden
Kwaliteit van zorg	Minimaal aantal handelingen	Geografische ligging
Samenwerking	IC	Ligduur
Patiënttevredenheid en servicegerichtheid	24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten	Keuze medisch specialisten in wat voor ziekenhuis ze willen werken
	Continuïteit van zorg	Keuze overig personeel in wat voor ziekenhuis ze willen werken
	DBC's	
	Invloed toename zorgvraag	
	Verwijsgedrag huisarts	
	Governance	
	Wet- en regelgeving	
	Innovatie	

Tabel 5. Relevantie onderwerpen in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies raadpleging deskundigen

Er zijn vele beelden en uitgesproken standpunten bij de geraadpleegde deskundigen over de relatie tussen kwaliteit van zorg en schaalgrootte van ziekenhuizen. Voor deze beelden en standpunten wordt over het algemeen geen wetenschappelijke onderbouwing aangedragen. De onderzochte literatuur biedt evenmin onderbouwing.

Het proces van weging van onderwerpen met betrekking tot schaalgrootte van ziekenhuizen heeft geleid tot een prioritering van deze onderwerpen. De algemene conclusie is dat de prioritaire onderwerpen de meest relevante invalshoeken vormen voor verder onderzoek in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. Per onderwerp zijn specifieke conclusies en onderzoeksvragen geformuleerd.

3.4 Financieel perspectief

3.4.1 Financiële resultaten

Wat wordt hiermee bedoeld?

Is het voor een klein ziekenhuis makkelijker of moeilijker om goede financiële resultaten te bereiken dan voor een groot ziekenhuis? Is er verschil tussen de financiële resultaten van een klein ziekenhuis of een groot ziekenhuis? Is er verschil in effect van de huidige bekostigingsstructuur op grote en kleine ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

Financiële resultaten zouden vooral een gevolg van het gevoerde beleid zijn. Als er goed beleid wordt gevoerd en effectief wordt aangestuurd op de realisatie van dat beleid, zou schaalgrootte van een ziekenhuis er niet toe moeten doen. Wel heeft een groot ziekenhuis een grotere financiële armslag en mogelijkheid tot interne subsidiëring, waardoor problemen makkelijker opgevangen kunnen worden.

Citaten

‘Nieuwbouw die niet doorberekend hoeft te worden in de kostprijs, leidt tot concurrentievervalsing.’

‘De bekostiging voor grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen zou anders moeten zijn, zodat beiden kunnen doen waar zij het beste in zijn.’

‘Kleine ziekenhuizen werken al jaren efficiënter dan grote ziekenhuizen, mede ingegeven door de schaalgrootte compensatie.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Ziekenhuizen leggen elk jaar verantwoording af over de manier waarop zij hun geld besteden in het Jaardocument zorginstellingen (www.jaarverslagenzorg.nl). In de jaarverslagen zijn de resultaten respectievelijk prestaties in productie en financiën van het voorgaande jaar te vinden. Er worden parameters beschreven zoals DBC, eerste en vervolg polikliniekbezoeken, aantal opnames en gemiddelde ligduur. In de jaarverslagen wordt verder financieel verslag gedaan van opbrengsten en uitgaven. De jaarverslagen zijn via internet te downloaden. De financiële gegevens zijn eenduidig gedefinieerd.

Op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.dutchhospitaldata.nl zijn zowel productiecijfers als financiële resultaten beschikbaar. Via de NVZ zijn gegevens van Prismant beschikbaar over prestaties van (groepen) ziekenhuizen, ingedeeld naar aantal bedden.

Wat zegt de literatuur?

Hoewel de bekostigingsstructuur voor alle ziekenhuizen gelijk is, zijn er in de concrete uitwerking toch nog steeds verschillen. Dat is met name het geval bij het A-segment, gebaseerd op de functiegerichte budgettering (FB). De beleidsregels van de NZa voor de FB bevatten een differentiatie van de ziekenhuizen naar drie grootteklassen gebaseerd op het aantal gewogen specialistenplaatsen. Voor de productieparameters in het FB-systeem zijn de bedragen hoger bij de grotere ziekenhuizen dan de kleinere ziekenhuizen. Als gevolg van een toename van de productie in het B-segment, zullen die voordelen langzamerhand afnemen.

In de achtergrondstudie bij het RVZ-advies 'Schaal en Zorg' worden internationale artikelen over schaalgrootte en financiële schaalvoordelen met elkaar vergeleken (Blank, 2008). Financiële schaalvoordelen lijken zich vooral voor te doen bij kleine instellingen. Boven een beddenaantal van 200 - 300 zijn zelfs financiële schaalnadelen te zien. Voor de Nederlandse situatie is er blijkens hun verkenning geen eenduidige conclusie te trekken over de relatie tussen schaal en kwaliteit, toegankelijkheid, innovatiekracht en doelmatigheid. De RVZ richtte zich in het advies over Schaal en Zorg (RVZ, 2008) vooral op de vraag wat de mogelijk nadelige gevolgen van fusies en grootschaligheid in de zorg zijn.

Gebaseerd op de bovengenoemde achtergrondstudie concludeerde de RVZ: 'Er zijn (...), geen harde aanwijzingen gevonden dat grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootschaligheid is soms noodzaak. Verdere schaalvergroting kan wel ten koste gaan van de bereikbaarheid. Dat is het geval als schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en het opheffen van locaties. Dit is niet denkbeeldig. De risico's voor zorgaanbieders nemen immers toe.'

Volgens het discussiedocument van Gupta hebben de SAZ-ziekenhuizen gemiddeld het hoogste netto-resultaat/-omzet (2,7%), vergeleken met UMC's (1,7%), overige algemene ziekenhuizen (1,5%) en STZ-ziekenhuizen (1,4%) (Gupta, 2006). In de studie 'Brave New World' wordt geconcludeerd aan de hand van gegevens over 2006 dat tussen 2006 en 2007 de gemiddelde winstgevendheid van de ziekenhuizen aanzienlijk verbeterde: van 0,9% in 2006 tot 1,4% in 2007 (Gupta, 2008).

In het algemeen zagen de kleine tot middelgrote ziekenhuizen hun winstgevendheid eroderen, terwijl de grote ziekenhuizen betere resultaten behaalden. Ook het bureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) ziet in gegevens over 2007 indicaties voor betere prestaties van de grotere (>90 miljoen euro) ziekenhuizen dan de kleinere (<90 miljoen euro). Dit blijkt uit cijfers ten aanzien van winstgevendheid, omzet en arbeidsproductiviteit (SiRM, 2008).

Conclusies

Het inzicht in de vergelijking van financiële resultaten tussen kleine ziekenhuizen in vergelijking tot grote ziekenhuizen is beperkt. De beschikbare analyses duiden op betere financiële prestaties van de grotere ziekenhuizen. Internationale literatuur duidt op een optimale schaalgrootte. Veel Nederlandse kleine ziekenhuizen zijn groter dan dat optimum. Omdat de financiële resultaten eenduidig en openbaar zijn, is het mogelijk om ze in relatie tot schaalgrootte uitvoeriger te analyseren.

Financiële resultaten**Onderzoeksvragen**

- Is er een relatie tussen de financiële resultaten van ziekenhuizen en schaalgrootte?
- Is er verschil in effect van de huidige bekostigingsstructuur op grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen?
- Wat is de impact van wel of geen mogelijkheden van interne substitutie op de financiële resultaten van ziekenhuizen?

3.4.2 DBC's**Wat wordt hiermee bedoeld?**

Heeft de invoering van de DBC's een andere impact op kleine ziekenhuizen dan op grote ziekenhuizen? Door welke factoren wordt de impact van de invoering van DBC's in relatie tot schaalgrootte van een ziekenhuis bepaald?

Wat zeggen deskundigen?

In de interviews worden nauwelijks onderbouwde, maar stellige uitspraken gedaan.

Citaten

'Behandelingen met een hoog rendement zijn noodzakelijk om andere behandelingen te financieren. Het B-segment wordt steeds belangrijker.'

'Doordat kleine ziekenhuizen efficiënter werken, kunnen zij scherper concurreren. Grote ziekenhuizen zullen nu ook een efficiëntieslag moeten gaan maken.'

'De administratieve belasting is relatief hoger voor een klein ziekenhuis.'

'Omdat er nog geen echte marktwerking is, kan er op dit moment een hoge DBC-prijs ontvangen worden.'

'Doordat kleine ziekenhuizen minder spreiding in hun DBC's hebben, zijn ze kwetsbaarder. Een tekort op een DBC is minder goed op te vangen door een andere DBC.'

'Er is op dit moment slechte managementinformatie beschikbaar op DBC-niveau.'

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

De DBC als productieparameter is te vinden in de jaarverslagen van de ziekenhuizen en op de site van Dutch Hospital Data. Vaak worden zowel de aantallen geopende als aantallen afgesloten DBC's van het kalenderjaar genoemd.

Wat zegt de literatuur?

In het buitenland worden al langer DBC's (of Diagnosis Related Groups, DRG's) gebruikt. Er is echter geen onderzoek bekend naar de invoering van de DBC en de invloed op grote ziekenhuizen of kleine ziekenhuizen. In Duitsland heerste de angst dat bepaalde behandelingen vooral in gespecialiseerde of grote ziekenhuizen plaats zouden vinden. Tot nu toe blijkt dat voor oncologische aandoeningen niet zo te zijn (Lüngen, 2009).

Conclusies

De indruk bestaat dat invoering van de DBC's een andere impact heeft op grote dan op kleine ziekenhuizen. Getallen over DBC's zijn eenduidig en openbaar. De gegevens zijn niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte.

DBC's**Onderzoeksvraag**

- Heeft de invoering van de DBC's een andere impact op kleine dan op grote ziekenhuizen? Door welke factoren wordt de impact van de invoering van DBC's in relatie tot schaalgrootte van een ziekenhuis bepaald?
- Is er verschil in de kosten per DBC tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen?

3.5 Kwaliteits- en innovatieperspectief**3.5.1 Kwaliteit van zorg****Wat wordt hiermee bedoeld?**

Maakt het uit voor de kwaliteit van zorg of een patiënt in een groot of een klein ziekenhuis behandeld wordt?

Wat zeggen deskundigen?

Het is op dit moment niet duidelijk of de kwaliteit van zorg door schaalgrootte beïnvloed wordt. Deskundigen hebben er een mening over, maar de onderbouwing ontbreekt. Vergaande specialisatie in grote ziekenhuizen zou tot minder generalisten en daarmee tot vermindering van kwaliteit van basiszorg kunnen leiden. De basiszorg is nodig voor de patiënten in het adherentiegebied en om de financiën op orde te houden. Dit heeft invloed op de keuzes ten aanzien van het medisch portfolio.

Het is belangrijk dat er naar frequentie van aandoeningen en gelieerde behandelingen gekeken wordt. Ook in grote ziekenhuizen kan het zijn dat bepaalde behandelingen maar weinig worden gedaan door het ziekenhuis respectievelijk door individuele medisch specialisten. De kwaliteitseisen voor medisch specialisten zijn hetzelfde voor grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen. Medisch specialisten moeten hun grenzen (her)kennen. Het is niet eenvoudig en nog niet vanzelfsprekend om de kwaliteit van medisch specialisten te toetsen. De kwaliteitsindicatoren zijn in ontwikkeling.

In een opleidingsziekenhuis worden medisch specialisten extra geprikkeld om hun handelen te evalueren en zichzelf te blijven scholen. In ziekenhuizen zonder opleiding is die extra prikkel er niet. Intercollegiale toetsing, visitaties en het bewust in dienst nemen van pas opgeleide artsen kunnen voor deze prikkel zorgen.

Citaten

‘Mede door de hiërarchie met de assistenten duurt het lang voordat er actie ondernomen wordt wanneer er sprake is van een disfunctionerende specialist. Een mogelijkheid zou zijn om de kwaliteit van specialisten via de huisartsen te toetsen.’
 ‘Een toekomstscenario is dat patiënten geopereerd worden in een groot ziekenhuis, maar al snel worden overgeplaatst naar een klein ziekenhuis in de buurt voor nazorg.’

‘Kwaliteit is met name artsafhankelijk.’

‘De geboden zorg is in een klein ziekenhuis van betere kwaliteit dan in een groot ziekenhuis. Een groot ziekenhuis heeft wel meer technische mogelijkheden.’

‘Is schaalgrootte wel een item als het gaat om kwaliteit van zorg?’

‘Wat ervaart de zorgverlener als maatgevend voor het leveren van kwaliteit van zorg?’

‘Het gaat om de kwaliteit van de professional en de patiëntenervaring en de rest van de indicatoren, waaronder ook het mogelijke effect van schaalgrootte, is minder belangrijk.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Zowel Ziekenhuizentransparant als KiesBeter hebben een vergelijkend overzicht op een aantal kwaliteitsparameters. Deze gegevens zijn eenduidig gedefinieerd. In de jaarverslagen is informatie over de kwaliteitsparameters terug te vinden. Het realiseren van betrouwbare gegevens op deze kwaliteitsparameters is in ontwikkeling. Over schaalgrootte in relatie tot kwaliteit zijn geen gegevens gevonden.

Wat zegt de literatuur?

In de literatuur wordt een aantal van 200 - 300 bedden genoemd als optimum, daarboven heeft schaalvergroting geen voordelen meer en zelfs een nadelig effect op kwaliteit en doelmatigheid (RVZ, 2008). Diverse studies melden een betere uitkomst voor diverse behandelingen bij een groter volume (onder andere Halm, 2002; Urbach, 2004; Gandjour, 2003; Hoh, 2003; Safford, 2005; Rogers, 2006; Koy, 2007; DImick 2001).

Vaak gaat het in de studies om de relatie tussen het volume van het aantal (be)handelingen dat een medisch specialist per jaar verricht. Daarbij gaat het dus om het volume per tijdseenheid van die specifieke (be)handelingen en niet om de grootte van het ziekenhuis in het algemeen. Daarbij is er een indicatie dat er meer post-operatieve complicaties te zien zijn in een hoog volume ziekenhuis (Wittenberg, 2005).

In de stuurgroep Zichtbare Zorg zijn voor de ziekenhuiszorg afspraken gemaakt over hoe kwaliteit van zorg gemeten moet worden. Deze kwaliteitsindicatoren zijn een onderdeel van het jaardocument maatschappelijke verantwoording en vanaf 2010 verplicht voor alle ziekenhuizen.

Als uitkomstmaat voor kwaliteit kan de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) gebruikt worden. Er is echter nog veel discussie of deze gegevens wel betrouwbaar zijn, respectievelijk voldoende adequaat gecorrigeerd worden voor patiëntenmix. In Nederland zijn de getallen daarom nog niet openbaar. In andere westerse landen, waaronder Groot-Brittannië, is dat wel het geval. Dergelijke getallen bieden potentie om analyses te realiseren en zo informatie te genereren in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies

De relatie tussen het volume van het aantal (be)handelingen dat een medisch specialist in een bepaalde periode doet, heeft impact op de kwaliteit van die (be)handelingen. Dit vraagt om gedetailleerd onderzoek per type (be)handeling over volume in relatie tot kwaliteit en effect. Het is niet bekend in welke mate schaalgrootte van een ziekenhuis hierbij een rol speelt.

Kwaliteit van zorg

Onderzoeksvragen

- Welke structuur-, proces- en uitkomstindicatoren zijn nodig om mogelijke verschillen in de kwaliteit van zorg te kunnen meten?
- Is er een relatie tussen schaalgrootte en kwaliteit van zorg?
- Zijn er aspecten van de kwaliteit van zorg waarin er significant verschil is tussen grote en kleine ziekenhuizen?
- Welke informatiebehoefte met betrekking tot schaalgrootte in relatie tot kwaliteit en dienstverlening hebben de zorgvrager, de zorgverlener en de zorgverzekeraar?
- Wat zijn de relaties tussen volume van het aantal (be)handelingen dat een medisch specialist in een bepaalde periode verricht en de kwaliteit en de effecten van die (be)handeling? Door welke factoren worden die relaties in belangrijke mate beïnvloed?

3.5.2 Samenwerking

Wat wordt hiermee bedoeld?

Zijn samenwerkingsverbanden anders voor kleine ziekenhuizen of grote ziekenhuizen? Is er meer noodzaak voor kleine ziekenhuizen of grote ziekenhuizen om samen te werken?

Wat zeggen deskundigen?

Er zijn goede en slechte samenwerkingsverbanden van grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen met andere zorgaanbieders. Het is niet duidelijk of dit met schaalgrootte te maken heeft. Het is interessant om te kijken welke vormen van samenwerking het beste functioneren en of deze anders zijn georganiseerd bij kleine ziekenhuizen dan grote ziekenhuizen.

De samenwerking met de eerste lijn is zeer belangrijk. Huisartsen willen graag de medisch specialist aan de telefoon als zij bellen. Dit is een aandachtspunt voor grote ziekenhuizen. Daar krijgt de huisarts vaak slechts de assistent te spreken. Het vormen van een zorggroep levert goede ketenzorg op en een infrastructuur voor preventieve geneeskunde. Het verschil in financiering en CAO kan problemen geven bij de vorming van de zorggroep.

Ook de samenwerking tussen ziekenhuizen onderling is belangrijk. Zij kunnen samen een marktaandeel houden en de patiënten kunnen redelijk dichtbij alle zorg krijgen. Er kan voor diverse aandoeningen en behandelingen samenwerking gezocht worden met de beste partner en het geeft mogelijkheden om nieuwe concepten uit te proberen, zoals bijvoorbeeld het magneetconcept. Marktwerving en concurrentie versnellen deze vorm van samenwerking.

Kleine ziekenhuizen lijken makkelijker en beter te kunnen samenwerken in de transmurale keten. Dit biedt de potentie voor kleine ziekenhuizen om te excelleren in ketenzorg.

Citaten

‘De SAZ-ziekenhuizen kunnen ook meer samenwerken en op die manier hun overhead verlagen. Hierbij is minder concurrentie aanwezig dan bij samenwerking in de regio.’

‘Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen kunnen leiden tot verplaatsing van zorg, er ontstaat meestal een locatie waar geen breed pakket meer geleverd wordt. Dit is ook nadelig voor de marktwerving.’

‘Verpleeg- en thuiszorg zijn niet sexy, daarom nog maar weinig zorggroepen in Nederland.’

‘Zorggroepvorming zou meer geïnitieerd moeten worden vanuit de ziekenhuizen, nu gebeurt het vaak vanuit de huisartsen en ontbreekt het ziekenhuis.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen wordt meestal verslag gedaan van de samenwerking die bestaat rondom de instelling voor de zorg in de keten.

Wat zegt de literatuur?

De RVZ meldt in het rapport Schaal en zorg (RVZ, 2008) dat er in de (internationale) onderzoeksliteratuur geen nadelig effect is aangetoond van (horizontale) schaalvergroting op kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid.

Bij de inrichting van het nieuwe stelsel is de mogelijkheid voor verticale integratie gecreëerd. De Commissie verticale integratie stelt dat bij voldoende concurrentie verticale integratie baten kan opleveren. Door stroomlijning van belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan een betere zorgverlening tot stand komen. Ook vermindert verticale integratie het informatieprobleem tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en kunnen de transactiekosten afnemen. De Commissie vindt het niet aannemelijk dat verticale integratie de keuzevrijheid van consumenten

onacceptabel beperkt (Commissie verticale integratie, 2009). Het fenomeen is betrekkelijk nieuw (voorbeelden Rivas zorggroep, Gorinchem en zorggroep Pasana, Noord-Friesland).

Conclusies

Samenwerkingsverbanden zijn veelal gericht op het samen sterk staan in het spel van concurrentie. Het is niet bekend wat het effect van deze samenwerkingsverbanden is op de kwaliteit van zorg. Ook is niet bekend of er verschil is in de mate, aard en kwaliteit van samenwerking tussen kleine ziekenhuizen en grote ziekenhuizen. Voor onderzoek naar de betekenis van verticale integratie is het nog te vroeg. De informatie over samenwerking wordt niet eenduidig vastgelegd door ziekenhuizen.

Samenwerking

Onderzoeksvragen

- Welke factoren zijn bepalend voor de aard en intensiteit van samenwerken van ziekenhuizen onderling? Is schaalgrootte een van die factoren?
- Welke factoren zijn bepalend voor de aard en intensiteit van samenwerken van ziekenhuizen met de eerstelijnszorg? Is schaalgrootte een van die factoren?
- Welke factoren bepalen het tot stand komen van een zorggroep? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.5.3 Minimaal aantal handelingen

Wat wordt hiermee bedoeld?

De IGZ toetst voor diverse (be)handelingen een minimumnorm per zorgverlener. Hiermee wordt geïmpliceerd dat een dergelijke volumennorm basiskwaliteit garandeert. Waar worden dergelijke normen op gebaseerd? Wat voor effect heeft dit op grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

Normontwikkeling voor een minimaal aantal handelingen per medisch specialist per jaar wordt gezien als een belangrijk onderwerp. Er is een duidelijke wens voor onderbouwde normering. Dit wordt door diverse deskundigen als prioriteit geaccentueerd. Daarbij wordt aangegeven dat minimumnormen voor de kleine ziekenhuizen nadeliger zijn dan voor de grote ziekenhuizen. Op dit moment is er beperkt bewijs voor de gestelde normen. De indruk is dat de medisch specialist beter handelt als de betreffende (be)handeling regelmatig wordt uitgevoerd. Normen voor medisch specialistisch handelen worden ontwikkeld en op basis van consensus vastgesteld door de wetenschappelijke verenigingen van erkende medische specialismen. Als een verrichting door meerdere medische specialismen kan worden uitgevoerd, kan dit momenteel tot verschillende minimumnormen leiden. Immers, per wetenschappelijke vereniging kan een eigen norm gesteld worden.

Kleine ziekenhuizen worden door deze minimumnormen meer gedwongen keuzes te maken dan grote ziekenhuizen. Samenwerking kan een oplossing bieden voor de

(be)handelingen waarvan de individuele medisch specialisten zonder samenwerking op jaarbasis de minimumnorm niet kunnen halen.

In sommige gevallen is er door de medisch specialisten zelf besloten bepaalde (be)handelingen niet meer te doen omdat zij die naar eigen inzicht te weinig frequent kunnen doen. De minimumnormen voor de poortspecialismen hebben consequenties voor volume en capaciteit van de ondersteunende specialismen, zoals radiologie en anesthesiologie.

De benadering van de minimumnorm heeft ook zijn keerzijde. Als medisch specialisten meer gefocust een beperkt aantal (be)handelingen doen, dan kan de routine 'doorslaan' en dat kan negatieve impact hebben op de concentratie, alertheid en motivatie. Zo kan een chirurg die lang alleen bijvoorbeeld liesbreuken doet, concentratie, alertheid en motivatie verliezen. Daardoor kan de kwaliteit van het handelen negatief beïnvloed worden.

In de diverse interviews komt naar voren dat er verschillende meningen zijn over wie de normen moet formuleren, vaststellen en toetsen. Hierin zijn in elk geval rollen weggelegd voor beroepsverenigingen, de IGZ en internationale gremia.

Er bestaan op dit moment nog geen volumennormen voor verpleegkundigen. Er is wel een ontwikkeling op het gebied van bijscholing en registratie, deze is echter nog niet verplicht.

Citaten

'Normen bevoordelen de grote ziekenhuizen.'

'SAZ-leden moeten zich laten gelden in het normeringproces, vaak zijn het de grote ziekenhuizen die de normen stellen, die zijn dan vaak in het voordeel van de grote ziekenhuizen.'

'De stelling dat als je er maar veel doet, dat het dan beter is, moet ter discussie gesteld worden. Degelijk onderzoek naar de relatie volume van behandelingen is nodig om voor die discussie de feiten op tafel te krijgen.'

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Op de website van Ziekenhuizen transparant en in de jaarverslagen worden aantallen risicovolle handelingen per interventie eenduidig weergegeven. Op www.KiesBeter.nl worden aantallen en een relatieve score ten opzichte van andere ziekenhuizen weergegeven. Er zijn geen analyses bekend van het aantal (be)handelingen per medisch specialist in relatie tot schaalgrootte.

Wat zegt de literatuur?

Er zijn veel onderzoeken uitgevoerd voor specifieke aandoeningen. Vaak gaat het hierbij om ernstige aandoeningen, waarbij mortaliteit als uitkomst wordt genomen. Voor veel aandoeningen en behandelingsituaties is dit geen geschikte effectmaat. Helaas richten dergelijke onderzoeken zich vaak alleen op chirurgische ingrepen of technisch ingewikkelde ingrepen (onder andere Adogwa, 2009; Hoh, 2003; Sanelli,

2007; Blum, 2008; Livingston, 2009; Safford 2005; meer referenties in literatuurlijst, zie bijlage 7).

Het CBO-rapport uit 2005 (Wittenberg, 2005) beschrijft een groot aantal aandoeningen uit de oncologie, uit het B-segment en risicovolle interventies. Daarbij valt op dat voor de oncologische chirurgie vaak een hoger volume van het ziekenhuis en een hoger volume per arts een lagere mortaliteit en minder complicaties geven. De chirurgische behandeling van aandoeningen uit het B-segment laten echter meer complicaties zien bij een hoogvolume ziekenhuis. De kanttekeningen bij dit onderzoek betreffen vooral de invloed van de patiëntenmix. Onderzoek van Williams (Williams, 2008) geeft aan dat er voor een groot aantal cardiovasculaire behandelingen een relatie is tussen volume en uitkomst. Dit geldt tot een bepaald afkappunt. Daarboven is geen kwaliteitswinst meer te behalen. Het afkappunt verschilt per behandeling.

Conclusies

Normontwikkeling voor een minimaal aantal handelingen per medisch specialist per jaar wordt gezien als een belangrijk onderwerp. Er is behoefte aan bewijslast voor minimum volumennormen. De onderzoeken naar minimaal volume en behandeluitkomst, gaan vaak over complexe behandelingen en niet over basiszorg.

Daarnaast is er voor de Nederlandse ziekenhuizen geen bewijslast voor de relatie tussen routine van medisch specialistisch handelen en factoren die de kwaliteit van handelen beïnvloeden, zoals concentratie, alertheid en motivatie.

Minimaal aantal handelingen

Onderzoeksvragen

- Wat zijn de effecten van het stellen van minimum volumennormen van een medisch specialist per (be)handeling? Welke rol speelt schaalgrootte van een ziekenhuis hierbij?
- Wat zijn evidence based minimumnormen ten aanzien van het aantal (be)handelingen per medisch specialist in een bepaalde periode voor verantwoorde zorg?
- Wat is de relatie tussen routinematige uitvoering van medisch specialistisch handelen en de kwaliteit van handelen? En door welke factoren wordt deze relatie vooral beïnvloed?

3.5.4 Invloed continuïteit van zorg op kwaliteit

Wat wordt hiermee bedoeld?

In een klein ziekenhuis zien patiënten meestal dezelfde medisch specialist bij verschillende bezoeken. Een groot ziekenhuis is vaak een opleidingsziekenhuis, waardoor het eerste contact meestal met een assistent is en de vervolcontacten vaak ook met veelal verschillende assistenten zijn. Is dit nadelig voor de kwaliteit van zorg?

Wat zeggen deskundigen?

Belangrijke vraag bij dit onderwerp is: wat is kwaliteit van zorg en hoe kan dit gemeten worden? Momenteel wordt veel geïnvesteerd in het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Een verwachting is dat als de medisch specialist de patiënt kent, dit de kwaliteit van zorg positief beïnvloedt en dat de continuïteit van zorgaanbieder de patiënttevredenheid ook positief beïnvloedt.

Citaten

In de gesprekken zijn over dit onderwerp geen uitspraken gedaan die als citaat interessant zijn om weer te geven.

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Op www.ziekenhuizen transparant.nl geven de ziekenhuizen informatie over welke medisch specialisten beschikbaar zijn. In het geval van intensivisten wordt dit zelfs in fte weergegeven. Deze informatie is eenduidig gedefinieerd. In de jaarverslagen en op www.KiesBeter.nl is ook informatie terug te vinden over beschikbaarheid van medisch specialisten. Deze informatie is niet eenduidig en niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte.

Wat zegt de literatuur?

Er is geen literatuur gevonden over de invloed van continuïteit van zorg op de kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte. Wel is de invloed van een opleidingsziekenhuis op de kwaliteit onderzocht. Amerikaanse onderzoeken geven aan dat kwaliteit van zorg beter is in een opleidingsziekenhuis (Lieberthal, 2008; Kupersmith, 2005). Of een dergelijke relatie ook in Nederland geldt, is niet bekend. Het is in Nederland wel zo dat opleiding met name plaatsvindt in grote ziekenhuizen. Dit kan invloed hebben op de uitkomsten van onderzoek naar schaalgrootte en kwaliteit van zorg. Uit interviews gehouden voor het rapport Marktconcentratie in de ziekenhuiscare (KPMG, 2003) staat dat de continuïteit van zorg beter is in een groot ziekenhuis, vanwege de grotere personeelsformatie. Er is echter geen onderbouwing voor deze bewering.

Conclusies

Er is niet bekend of in Nederland continuïteit van zorg ook tot betere kwaliteit van zorg leidt. De indruk van experts is dat continuïteit van de behandelaar positieve impact heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. De relevante informatie die beschikbaar is, is niet eenduidig en niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte.

Invloed continuïteit van zorg op kwaliteit**Onderzoeksvraag**

- Wat is de impact van schaalgrootte van een ziekenhuis op de mogelijkheden om continuïteit van de behandelaar zo goed mogelijk te borgen?

3.5.5 Innovatie

Wat wordt hiermee bedoeld?

Is er verschil in mate en aard van ontwikkeling van innovaties en mate en aard van implementatie van innovaties tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

Grote ziekenhuizen hebben meer budget beschikbaar voor innovatie. Kleine ziekenhuizen moeten financiering van buiten halen en hier creatief in zijn. Ook in een klein ziekenhuis wordt geïnvesteerd in innovatie, met name op het gebied van procesverbetering (logistiek, organisatie, nieuwbouw, patiëntveiligheid). Innovatie in een groot ziekenhuis richt zich vooral op cure, in een klein ziekenhuis vooral op care. Als bepaalde (be)handelingen tot de reguliere zorg gaan behoren, worden die (be)handelingen ook aangeboden door de kleinere ziekenhuizen. In sommige gevallen gaat deze ontwikkeling zo snel, dat het al een verplichting is, voordat de kleinere ziekenhuizen kans hebben gezien hun organisatie te veranderen.

Citaten

In de gesprekken zijn over dit onderwerp geen uitspraken gedaan die als citaat interessant zijn om weer te geven.

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de meeste jaarverslagen worden activiteiten, gericht op innovatie, beschreven. Het gaat dan veelal om de beschrijving van doelgerichte investeringen in nieuwe technische mogelijkheden, zoals uitbreiding in medische technologie, maar ook in vernieuwing van werkprocessen.

Wat zegt de literatuur?

Er is geen specifieke literatuur gevonden over innovatie in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies

De indruk is dat in zowel grote ziekenhuizen als kleine ziekenhuizen geïnnoveerd wordt en innovaties worden toegepast. Thema's, mate van innoveren en budget lijken te variëren in relatie tot schaalgrootte. Er is hierover geen eenduidige informatie beschikbaar. Er zijn geen analyses bekend die een onderbouwing leveren voor deze indruk over de relatie tussen innoveren en schaalgrootte van ziekenhuizen.

Innovatie

Onderzoeksvraag

- Welke factoren bepalen de keuzes van kleine ziekenhuizen en grote ziekenhuizen in relatie tot investeren in ontwikkeling en implementatie van innovaties? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.6 Doelmatigheidsperspectief

3.6.1 Medisch portfolio

Wat wordt hiermee bedoeld?

Het medisch portfolio van een ziekenhuis is de samenstelling van het zorgpalet dat een ziekenhuis biedt. Het gaat hier om de betekenis van de breedte en de diepte van het medisch portfolio in relatie tot de schaalgrootte van het ziekenhuis.

Wat zeggen deskundigen?

Kleine ziekenhuizen moeten zich richten op de basiszorg. Deze basiszorg is waar kleine ziekenhuizen goed in zijn. In het licht van het managen van risico's is het belangrijk dat zij hun grenzen (her)kennen en op tijd patiënten doorsturen. Bij patiënten is er vaak het beeld dat een ziekenhuis niet volwaardig is als het niet alle zorg kan leveren. De medisch specialisten hebben meestal moeite met besluiten om bepaalde (be)handelingen niet meer te gaan leveren. Grote klinieken kunnen focussen op geavanceerde technieken. Door deze focus ontstaat er ook een volume dat nodig is voor kwaliteit en terugverdienen van investeringen. Nadeel van vergaande specialisatie is dat in grote ziekenhuizen steeds minder generalisten aanwezig zijn, waardoor het volume per medisch specialist op basiszorg kleiner is en de kwaliteit van de basiszorg te veel risico loopt.

Medisch specialisten werken graag in een ziekenhuis met een breed medisch portfolio. Dit beïnvloedt ook de insteek van een klein ziekenhuis. Medisch specialisten uit een groot ziekenhuis kunnen ook naar het kleine ziekenhuis komen voor bepaalde ingrepen. Samenwerkingsconstructies hieromtrent worden regelmatig aangegaan. Er worden ook netwerken gemaakt per specialisme. De keuzes met betrekking tot het medisch portfolio bepalen mede welk level IC er aanwezig moet zijn. Om alles te kunnen bieden is er een bepaalde grootte van het ziekenhuis nodig om een IC level 1 te kunnen rechtvaardigen en financieren. Hier ligt voor de kleinste ziekenhuizen wel een dilemma: zij willen graag een breed zorgpakket bieden, maar hebben niet het volume aan zorg om een IC te kunnen betalen. Het niet hebben van een IC zou echter reductie in medisch portfolio (en aantrekkelijkheid voor medisch specialisten en patiënten) kunnen betekenen.

Citaten

'In de toekomst is er een situatie waarbij er een aantal klinieken zijn die hoog technische zorg leveren, waarbij voor- en nazorg worden verleend door klinieken in de regio.'

'Er is in Nederland geen plek voor STZ-ziekenhuizen.'

'Voor marktwerking is overcapaciteit nodig, ook bij de specialisten.'

'Het medisch portfolio wordt met name op economische gronden ingericht.'

'Wat wil en verwacht de patiënt? Daar moeten wij ons op richten.'

'Wat kan je blijven bieden in samenwerking met andere ziekenhuizen?'

De betaalbaarheid is bepalend.'

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen wordt de samenstelling van het medisch portfolio weergegeven. Op de website van Ziekenhuizen transparant wordt bij 'Basisset zorginhoudelijk' informatie gegeven over de samenstelling van het medisch portfolio. Ook op www.KiesBeter.nl wordt het medisch portfolio van de verschillende ziekenhuizen weergegeven. De kwaliteitsindicatoren op de website van Kiesbeter geven ook een beeld van het medisch portfolio.

Wat zegt de literatuur?

Nederland is het enige westerse land met vooral algemene ziekenhuizen met brede medische portfolio's. In het buitenland zijn veel gespecialiseerde klinieken te vinden. In de brief van 16 december 2002 van minister De Geus aan de Tweede Kamer, stelt hij het beoordelingskader voor kleine ziekenhuizen. Een basisziekenhuis heeft daarin een minimale omvang van 72.500 adherente inwoners en 25 poort-specialisten. Per specialisme moet er sprake zijn van 7x24 uur beschikbaarheid. Een algemeen ziekenhuis dient bovendien over een volwaardige afdeling Spoedeisende Zorg te beschikken.

Conclusies

De samenstelling van het medisch portfolio is openbaar. De gegevens zijn niet eenduidig beschikbaar. Er is weinig bekend over de impact van de breedte van het medisch portfolio op de kwaliteit van zorg. In Nederland heerst veelal het beeld dat een ziekenhuis alleen volwaardig is als het alles kan bieden. Andere westerse landen werken succesvol met (kleine) gespecialiseerde ziekenhuizen die slechts een zeer beperkte scope van het medisch portfolio hebben.

Medisch portfolio***Onderzoeksvragen***

- Wat verwacht de patiënt ten aanzien van het medisch portfolio van elk ziekenhuis? In hoeverre voldoen ziekenhuizen aan deze verwachting? Is dat verschillend voor kleine en grote ziekenhuizen?
- Wat vinden zorgaanbieders dat het medisch portfolio van elk ziekenhuis moet zijn? Wat betekent dat voor de schaalgrootte van een ziekenhuis?

Bij het onderwerp medisch portfolio komen andere, algemene, onderzoeksvragen nadrukkelijk naar voren. Vanwege het gewicht van dit onderwerp worden ook deze vragen hieronder weergegeven.

- Welke risico's doen zich voor in ziekenhuizen bij het beperken van de breedte van het medisch portfolio?
- Welke risico's doen zich voor bij ziekenhuizen waar veel ruimte wordt gegeven aan het steeds verder doorspecialiseren?
- Wat is de impact van keuzes in het medisch portfolio op het ziekenhuisbudget?

- Wat is de impact van keuzes in de breedte respectievelijk de diepte met betrekking tot het medisch portfolio op de mogelijkheden om te investeren in innovatie?
- Wat is de trend van het beeld en de verwachtingen van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van de betekenis van de breedte en de diepte met betrekking tot het zorgaanbod respectievelijk het medisch portfolio? Door welke factoren worden de verwachtingen met betrekking tot de breedte en de diepte van het zorgaanbod vooral beïnvloed?

3.6.2 Ligduur

Wat wordt hiermee bedoeld?

Is er verschil in ligduur tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen? Wat is de betekenis van schaalgrootte in relatie tot ligduur?

Wat zeggen deskundigen?

Kleine ziekenhuizen kunnen makkelijker afspraken maken over patiëntenlogistiek, zowel intern als in de transmurale keten. Doordat er in kleine ziekenhuizen minder complexe zorg is, zou de ligduur korter moeten zijn. Aan de andere kant kan ruimte voor care in een klein ziekenhuis zorgen voor verlenging van de ligduur. De zorgzwaartefactor die door een verzekeraar is ingevoerd, laat weinig verschil zien tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen.

Citaten

‘De ligduur lijkt langer als het minder druk is.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen en op de websites van Ziekenhuizentransparant en Prismant is de gemiddelde ligduur van de ziekenhuizen eenduidig gedefinieerd beschikbaar.

Wat zegt de literatuur?

Op de site van het CBS zijn kerncijfertabellen beschikbaar met data over de ontwikkeling van gemiddelde ligduur per regio van de ziekenhuizen vanaf 1985. De gemiddelde ligduur laat een halvering van het aantal dagen zien in de afgelopen twintig jaar. Het discussiedocument van Gupta (Gupta, 2006) heeft de ligduur in vier groepen ziekenhuizen vergeleken. De SAZ-ziekenhuizen hebben gemiddeld de kortste ligduur (6,4 dagen). Bij overige algemene ziekenhuizen is de gemiddelde ligduur ongeveer hetzelfde (6,6 dagen). Bij de STZ-ziekenhuizen 7,0 en bij UMC's 8,4 dagen. Het is niet bekend welke methode voor het vergelijken gebruikt is en of er goed gecorrigeerd is voor patiëntenmix.

Het Brancherapport 2009 van de NVZ geeft aan dat er geen verschil is in ligduur tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen (NVZ, 2009). Er zijn geen internationale studies gevonden waarbij gekeken is naar ligduur in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies

Ligduur wordt niet gezien als een belangrijk onderwerp in relatie tot schaalgrootte. De gegevens per ziekenhuis zijn eenduidig beschikbaar. De ligduur is in grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen vergelijkbaar.

Ligduur**Onderzoeksvraag**

- De beschikbare informatie geeft geen aanleiding tot investering in nader onderzoek naar het onderwerp ligduur in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

3.6.3 Aantal polikliniekbezoeken**Wat wordt hiermee bedoeld?**

Is er verschil tussen het aantal polikliniekbezoeken van grote en kleine ziekenhuizen? Is er verschil in productie?

Wat zeggen deskundigen?

In een klein ziekenhuis ligt meer nadruk op de productie. Productie is voor kleine ziekenhuizen de enige bron van inkomsten. In een groot ziekenhuis zijn er daarnaast meerdere geldstromen, zoals die voor onderwijs en onderzoek.

Verwacht wordt dat een klein ziekenhuis efficiënter kan werken. Aan de andere kant heeft een groot ziekenhuis meer diversiteit en meer ondersteunende diensten. Bij het vergelijken van de productie is het noodzakelijk te corrigeren voor de patiënten- en behandelaarsmix.

Citaten

‘In een klein ziekenhuis is een opname soms niet medisch, maar economisch gedreven.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen zijn de aantallen eerste polikliniekbezoeken en vervolgbezoeken eenduidig weergegeven. Dergelijke productiecijfers zijn te vinden op de websites van Ziekenhuizentransparant en Dutch Hospital Data. Prismant geeft totaaloverzichten over groepen ziekenhuizen ingedeeld naar aantallen bedden.

Wat zegt de literatuur?

In het Brancherapport van de NVZ is gekeken naar de stijging van de productiviteit. Deze is gemiddeld 2,9%. De groei is groter bij grote ziekenhuizen (circa 3,2%) dan bij de kleine ziekenhuizen (circa 2%) (NVZ, 2009).

In het discussiedocument van Gupta (Gupta, 2006) is de arbeidsproductiviteit van vier groepen ziekenhuizen vergeleken. Hieruit komt naar voren dat de SAZ-ziekenhuizen de hoogste arbeidsproductiviteit hebben met 330 patiëteenheden per fte. Voor de overige algemene ziekenhuizen is dat 296 patiëteenheden per fte, voor de STZ-ziekenhuizen 251 en de UMC's 98.

De 'cost-to-serve' is omgekeerd evenredig. Dus de SAZ-ziekenhuizen hebben de laagste cost-to-serve en de UMC's de hoogste.

Het aantal eerste polikliniekbezoeken en het aantal opnames stijgt het meest in gebieden met een hoge marktdichtheid (NVZ, 2009).

Er zijn geen internationale studies gevonden die een relatie leggen tussen de productiviteit van een ziekenhuis, met bijvoorbeeld als maat het aantal polikliniekbezoeken en schaalgrootte.

Conclusies

Over productiecijfers, zoals aantal polikliniekbezoeken, zijn er allerlei ideeën en standpunten omtrent de impact van schaalgrootte. Gegevens over aantallen polikliniekbezoeken zijn eenduidig beschikbaar. De huidige resultaten van onderzoek geven niet eenzelfde beeld over de relatie tussen productie en schaalgrootte. Het is niet duidelijk of er in de genoemde onderzoeken adequaat voor patiënten- en behandelaarsmix is gecorrigeerd.

Aantal polikliniekbezoeken

Onderzoeksvraag

- Door welke factoren worden de productiecijfers van ziekenhuizen (bijvoorbeeld aantal polikliniekbezoeken) vooral beïnvloed? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.6.4 IC

Wat wordt hiermee bedoeld?

Er zijn voorwaarden opgesteld voor de verschillende levels van IC. Wat betekent dit voor de kleine ziekenhuizen? Kunnen zij aan deze voorwaarden voldoen? Hoe belangrijk is het dat alle ziekenhuizen een IC hebben? Wat betekent het voor een ziekenhuis om geen IC te hebben?

Wat zeggen deskundigen?

Het is moeilijk voor kleine ziekenhuizen om aan de eisen voor een IC te voldoen. De kosten zijn relatief hoog voor kleine ziekenhuizen. Ook de continue aanwezigheid van een intensivist vraagt een forse investering in verhouding tot het rendement. Soms is er namelijk niet voldoende werk voor de intensivist. Het inhuren van een intensivist van elders is duur. Het is moeilijk om voldoende opgeleid personeel te vinden. Door het beperkte aanbod van patiënten in een klein ziekenhuis, is dit extra lastig.

Voorstellen voor het sluiten van een IC levert veel weerstand op bij medisch specialisten. Bovendien heeft sluiting van de IC invloed op het medisch portfolio. Er kan dan niet alle basiszorg geleverd worden. Door deskundigen wordt gewerkt aan oplossingen voor dit probleem. Een oplossing kan zijn het opzetten van samenwerking tussen ziekenhuizen ten aanzien van de IC-zorg (bijvoorbeeld met een groot ziekenhuis in de regio of door combinaties van een aantal ziekenhuizen). Ook wordt er gewerkt aan het concept van een 'acute zorg eenheid'. Dat is een unit

waar gedurende beperkte tijd IC-achtige taken verantwoord kunnen worden gedaan (Schaik, 2009).

Een klein ziekenhuis heeft een IC vooral nodig voor de eerste opvang na een OK. Als een klein ziekenhuis toch een level 2 IC ambieert, is het noodzakelijk om samen te werken in een netwerk, om zo te zorgen voor voldoende bezetting van de IC. De keuze voor een level 2 IC kan ook strategisch wenselijk zijn als bijvoorbeeld het bestaansrecht voor acute zorg speelt.

Citaten

‘Er is geen bestaansrecht voor ziekenhuizen met een level 1 IC, en al helemaal niet voor een ziekenhuis met alleen een high of medium care.’

‘Er moeten speciale IC-bedden komen voor zwangeren. In UMC’s wordt goed over de zwangere IC-patiënten gecommuniceerd, omdat zij er vaker mee te maken hebben. In andere grote ziekenhuizen levert dit vaak problemen op.’

‘De overheid zou moeten onderbouwen welke ziekenhuizen wel en welke geen IC nodig hebben en aan welke voorwaarden die moet voldoen. Dan zou er financiering moeten komen vergelijkbaar met de beschikbaarheidscomponent.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Op de website van Ziekenhuizen transparant is informatie beschikbaar over het niveau IC volgens CBO-criteria per ziekenhuis, aantallen beademingsdagen en formatievolume van intensivisten. Ook in de jaarverslagen van de ziekenhuizen is deze informatie terug te vinden.

Wat zegt de literatuur?

In Nederland vindt men dat een ziekenhuis alleen volwaardig is als het alle basiszorg kan bieden en dus ook een IC heeft. In het buitenland zijn andere scenario’s bekend. Nederland kent drie niveaus IC. De meeste ziekenhuizen hebben een IC, met het niveau dat bij hun ziekenhuis past. De IC-discussie lijkt een specifiek Nederlandse. De IGZ heeft eind 2008 normen vastgesteld voor level 1 IC’s. Alle level 1 IC’s in Nederland voldoen in juni 2009 aan deze normen (brief minister van VWS, 2009).

Conclusies

De meeste ziekenhuizen, ook kleine ziekenhuizen, hebben een IC. Gegevens over het niveau IC’s in ziekenhuizen zijn eenduidig beschikbaar. Deze gegevens zijn niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte. Bij het onderwerp IC komt regelmatig in de gesprekken met deskundigen de discussie naar voren over de impact voor een ziekenhuis van het eventueel niet (meer) hebben, respectievelijk het sluiten van een IC en de relatief hoge kosten voor een klein ziekenhuis voor een IC.

IC

Onderzoeksvraag

- Wat is de impact voor een ziekenhuis als er geen IC (meer) is, respectievelijk de IC gesloten wordt?

3.6.5 Verwijsgedrag huisartsen

Wat wordt hiermee bedoeld?

Speelt schaalgrootte van een ziekenhuis een rol van betekenis in het verwijsgedrag van huisartsen?

Wat zeggen deskundigen?

Huisartsen hebben een voorkeur voor een klein ziekenhuis, omdat daar de patiënt meer centraal staat. De relatie ziekenhuis - huisartspraktijk is vaak ook beter met een klein ziekenhuis dan met een groot ziekenhuis. De relatie met een groot ziekenhuis wordt vaak getypeerd als onpersoonlijker. Het is in een klein ziekenhuis makkelijker om met de behandelend specialist te overleggen.

Het bestuur van een klein ziekenhuis heeft meer tijd en oog voor de huisartsen en ervaart ook sterker de afhankelijkheid van de huisarts. Een klein ziekenhuis kan zich profileren met die goede relaties en persoonlijke aandacht en daarmee de omzet vergroten. De verpleegkundig specialist kan hierin ook een belangrijke rol vervullen. De aard van het contact met het ziekenhuis lijkt belangrijker dan schaalgrootte. Goed contact kan zowel bij kleine maar ook bij grote ziekenhuizen tot stand worden gebracht.

Citaten

‘De mening van huisartsen over een ziekenhuis wordt vaak bepaald op basis van incidenten, minder op feiten.’

‘Huisartsen ervaren relaties met kleine ziekenhuizen vaak als makkelijker.’

‘Bij het verwijsgedrag van huisartsen zijn er veel andere factoren dan schaalgrootte van belang.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen wordt de samenwerking met de huisartsen regelmatig genoemd. Er wordt verslag gedaan van de activiteiten met betrekking tot samenwerking, zoals bijvoorbeeld het organiseren van een regionaal overleg.

Wat zegt de literatuur?

De Nederlandse situatie met huisartsen is vrij uniek. Er is geen internationaal onderzoek bekend over verwijsgedrag van huisartsen en schaalgrootte van ziekenhuizen. Onderzoek van Dudley duidt erop dat directe verwijzing naar een groot volume ziekenhuis een verlaging van de algemene ziekenhuismortaliteit geeft. Dit betekent dat een patiënt een betere kans op overleven heeft als hij direct wordt doorverwezen naar een groter ziekenhuis (Dudley, 2000).

Conclusies

De gegevens in de jaarverslagen over de samenwerking met huisartsen zijn niet eenduidig. Er is niet onderzocht waar huisartsen hun keuze voor een verwijzing op baseren en of schaalgrootte van ziekenhuizen daarin een factor van betekenis is.

Verwijsgedrag huisartsen

Onderzoeksvraag

- Welke factoren zijn voor de huisarts bepalend voor het verwijsgedrag naar ziekenhuizen? Is schaalgrootte van een ziekenhuis een van die factoren?

3.6.6 Invloed toename zorgvraag

Wat wordt hiermee bedoeld?

In de toekomst zal de zorgvraag toenemen. Heeft dit een andere impact op kleine ziekenhuizen dan op grote ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

Het is de verwachting dat de chronische zorg voor een groot deel zal verschuiven naar de eerste lijn. Het is voor met name kleine ziekenhuizen belangrijk om in de keten te gaan samenwerken, om betrokken te blijven bij de chronische zorg. Het ligt voor de hand dat kleine ziekenhuizen meer gaan focussen op basis- en chronische zorg.

Citaten

In de gesprekken zijn over dit onderwerp geen uitspraken gedaan die als citaat interessant zijn om weer te geven.

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In de jaarverslagen is informatie te vinden over de invloed van de toename van de zorgvraag. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de financiële risico's door de toename van het volume, maar ook over toename van de kosten door innovatieve ontwikkelingen in de zorg.

Er zijn geen eenduidige gegevens beschikbaar over toename van zorgvraag in relatie tot schaalgrootte.

Wat zegt de literatuur?

De gegevens in de jaarverslagen van ziekenhuizen over de invloed van de toename van de zorgvraag zijn niet eenduidig. Er zijn geen onderzoeken gevonden over toename van de zorgvraag in relatie tot de schaalgrootte van ziekenhuizen.

Conclusies

De toename van de zorgvraag zal moeten leiden tot aanpassingen in het aanbod van zorg. Er is geen informatie gevonden over de mogelijke impact die de toename van de zorgvraag zal hebben op ziekenhuizen en of die impact op kleine ziekenhuizen anders is dan de impact op grote ziekenhuizen.

Invloed toename zorgvraag

Onderzoeksvraag

- Wat is de invloed van de toenemende zorgvraag op het aanbod van zorg (curatieve, chronische en preventieve zorg) van ziekenhuizen?

3.6.7 Governance

Wat wordt hiermee bedoeld?

Is er verschil in de status van governance tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen? Worden de doelstellingen van governance in grote ziekenhuizen beter bereikt dan in kleine ziekenhuizen? Is de factor schaalgrootte van een ziekenhuis van betekenis bij het vinden van goede bestuurders en toezichthouders?

Wat zeggen deskundigen?

Dit onderwerp is niet in alle interviews aan de orde gekomen. De indruk bestaat dat schaalgrootte geen invloed heeft op de kwaliteit van de governance. Daarnaast heeft men het idee dat de betrokkenheid van een raad van toezicht (RvT) meestal groter is bij een klein ziekenhuis dan bij een groot ziekenhuis. De vraag is of dit de onafhankelijkheid negatief beïnvloedt.

Citaten

‘In een groot ziekenhuis is de betrokkenheid en de invloed van de medische staf kleiner.’

‘Het is moeilijk besturen in een ziekenhuis door de machtspositie van de specialisten. Bestuurders zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om hier iets aan te doen.’

‘Een eenhoofdige RvB is een kwetsbare werksituatie.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Zorginstellingen moeten elk jaar verantwoording afleggen over de manier waarop zij het geld uit de AWBZ en Zorgverzekeringswet besteden. Die verantwoording leggen zij af in het Jaardocument zorginstellingen. De meeste jaarverslagen geven inzicht van de wijze waarop zij invulling geven aan de besturing en het toezicht van het ziekenhuis. Inzicht in zorguitgaven en de hiermee bereikte prestaties in termen als efficiency en kwaliteit is nog beperkt. Verschillen in de zorgprestaties van ziekenhuizen worden in de jaarverslagen niet goed zichtbaar en wordt ook nog niet voldoende op eenduidige wijze gepresenteerd. Jaarlijks wordt er door Ernst & Young onderzoek verricht naar de governance van zorginstellingen waaronder ziekenhuizen.

Wat zegt de literatuur?

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de modernisering van de jaarverantwoording. Met de introductie van het zorgbrede jaardocument is invulling gegeven aan een innovatieve en moderne wijze van verantwoording waarin ontwikkelingen in de zorg zoals governance op het vlak van openheid en transparantie zijn toegenomen. Het jaardocument bevat verantwoording over belangrijke onderwerpen als kwaliteit, goed bestuur, financiële prestaties, productie en personeel.

Sinds 2002 onderzoekt Ernst & Young jaarlijks de jaarverslagen van ziekenhuizen en zorginstellingen. Voor het jaar 2007 zijn alle ziekenhuizen beoordeeld. Dit is gebeurd op basis van criteria die zijn afgeleid van de principes van corporate governance en 'best practices'. Er is in totaal op circa 80 criteria getoetst binnen vijf aandachtsgebieden: opzet jaardocument, verslag RvB en RvT, bezoldiging, zorg/productie en ICT. Ziekenhuizen behalen gemiddeld een hogere score dan overige zorginstellingen. De grootste zorginstelling van Nederland, het Rotterdamse Erasmus MC, scoort het best qua corporate governance, te weten 9,37 op een schaal van 1 tot 10. Ook de andere universitaire medische centra steken met kop en schouders boven de andere ziekenhuizen en zorginstellingen uit. De acht UMC's scoren gemiddeld een 8,49, er staan drie UMC's in de landelijke Top 10 en geen enkele universitaire instelling scoort minder dan een 7 (Ernst & Young, 2009).

Top 10: Ziekenhuis, Plaats en Score 2007 (Ernst & Young, 2009)

1. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam 9,37.
2. Ziekenhuis St Jansdal Harderwijk 9,35.
3. 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer 9,19.
4. Panstein-STBNO Groep Boxmeer 9,01.
5. Ziekenhuis Amstelland Amstelveen 8,89.
6. Ziekenhuis Lievensberg Bergen op Zoom 8,88.
7. Medisch Centrum Rijnmond-Zuid Rotterdam 8,75.
8. Alysis Zorggroep Arnhem 8,72.
9. Stichting Universitair Medisch Centrum Radboud Nijmegen 8,65.
10. VU Medisch Centrum Amsterdam 8,60.

De uitdaging ten aanzien van governance in ziekenhuizen is het ontwikkelen van een begrijpelijke set van prestatie-indicatoren waarbij het ziekenhuis verantwoording aflegt over de financiële resultaten in relatie tot de zorgprestaties.

Conclusies

Men heeft de indruk dat er geen onderscheid is met betrekking tot de kwaliteit van functioneren van bestuurders en RvT's tussen kleine en grote ziekenhuizen. Informatie over governance is deels eenduidig en openbaar. Uit het onderzoek van Ernst & Young blijkt dat er wel onderscheid is tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen. Bij academische ziekenhuizen is de governance opvallend beter dan bij andere grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen. Er is geen onderzoek gevonden waarin inzicht wordt gegenereerd in het antwoord op de vraag of de factor schaalgrootte van invloed is op het vinden van goede bestuurders en toezichhouders.

Governance**Onderzoeksvragen**

- Hoe kunnen kleine ziekenhuizen effectief gestimuleerd worden om de governance van hun ziekenhuis op hetzelfde niveau te krijgen als academische ziekenhuizen?
- Is de factor schaalgrootte van een ziekenhuis van betekenis bij het vinden van goede bestuurders en toezichthouders?
- Welke set prestatie-indicatoren kunnen adequate informatie bieden over de financiële resultaten in relatie tot de zorgprestaties?

3.6.8 Wet- en regelgeving**Wat wordt hiermee bedoeld?**

Hebben de veranderingen van wet- en regelgeving een andere invloed op kleine ziekenhuizen dan op grote ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

De administratieve aanpassingen zouden een zwaardere belasting kunnen betekenen voor kleine ziekenhuizen. Samenwerking zou die zwaardere belasting kunnen verlichten. Als de aanpassingen een zwaardere belasting betekenen, leidt dat tot een betere uitgangspositie in concurrerende zin voor de grote ziekenhuizen.

Citaten

‘Wet- en regelgeving moet er voor zorgen dat er geen oneigenlijke concurrentie ontstaat tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen.’

‘De wetgever moet een visie ontwikkelen over het zorglandschap in Nederland.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In jaarverslagen is informatie gevonden over de invloed van wet- en regelgeving. Het gaat daarbij om zaken die tijdens dat jaar aan de orde zijn gekomen, zoals plannen voor nieuwbouw die opnieuw bekeken moeten worden in het licht van nieuwe wetgeving.

Vaak gaat het ook over de invloed van marktwerking die door de overheid is opgelegd. Er wordt tegenstrijdig beleid van de overheid gesignaleerd, namelijk aan de ene kant de verwachting van de overheid dat er meer en beter wordt samengewerkt en aan de andere kant dat er nadrukkelijk geconcurrereerd moet worden vanuit de veronderstelling dat dit tot een betere prijs/kwaliteit verhouding leidt.

Wat zegt de literatuur?

Er zijn geen publicaties gevonden over wet- en regelgeving in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies

Wet- en regelgeving is voor alle ziekenhuizen hetzelfde. Het is niet bekend wat de effecten van diverse maatregelen zijn op grote of kleine ziekenhuizen. De informatie in de jaarverslagen over de invloed van wet- en regelgeving is niet eenduidig en dus ook niet vergelijkbaar.

Wet- en regelgeving

Onderzoeksvragen

- Hebben de veranderingen van wet- en regelgeving een andere invloed op kleine ziekenhuizen dan op grote ziekenhuizen?
- Is er verschil in administratieve lastendruk tussen grote en kleine ziekenhuizen?

3.7 Klantperspectief

3.7.1 Aantal klachten, patiënttevredenheid en servicegerichtheid

Wat wordt hiermee bedoeld?

Deze onderwerpen zijn vaak in samenhang dan wel als een domein geadresseerd door de geïnterviewden en zijn daarom hier samengevoegd. Aangezien het onderwerp 'klachten' als een uitkomstmaat van patiënttevredenheid kan worden gezien, wordt het in de overzichten van de onderwerpen niet separaat vermeld. Is de patiënttevredenheid groter in een groot of een klein ziekenhuis? Is er verschil in servicegerichtheid naar de patiënt tussen grote ziekenhuizen en kleine ziekenhuizen? Verschilt het aantal en aard van de klachten bij grote en kleine ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

Er is duidelijk verschil in servicegerichtheid tussen ziekenhuizen. Hoe het ziekenhuis zijn organisatie heeft ingericht, welke beleidsprioriteiten zijn gesteld en hoe die worden geborgd, lijken meer van invloed op de mate van servicegerichtheid dan schaalgrootte. Als servicegerichtheid voor het ziekenhuis een speerpunt is en er dus doelgericht in geïnvesteerd wordt, heeft het naar verwachting voor ziekenhuizen van verschillende omvang vergelijkbare effecten. Men heeft de indruk dat de servicegerichtheid over het algemeen beter is in kleine ziekenhuizen.

Men heeft de indruk dat patiënten zich in een klein ziekenhuis vaker vertrouwd en meer thuis voelen. Naarmate de informatie transparanter wordt, ook over servicegerichtheid, kan de keuze van de patiënt hier meer door worden beïnvloed.

Patiënten hebben soms andere verwachtingen van grote en kleine ziekenhuizen. In een klein ziekenhuis wordt vaak meer aandacht verwacht. Echter, de huidige financieringsstructuur belooft 'aandacht' niet. Patiënten gaan er bij een groot ziekenhuis vanuit dat daar 'alles' kan, dat alle vormen van ziekenhuiszorg geleverd kunnen worden.

In een klein ziekenhuis lijken klachten sneller te worden opgepakt.

Citaten

‘Er ligt teveel nadruk op service. Het gaat uiteindelijk toch om kwaliteit van zorg.’

‘Kleine ziekenhuizen zijn flexibeler, bijvoorbeeld in geval van een bevalling in een drukke tijd, dan maakt een klein ziekenhuis wel een bed vrij en een groot ziekenhuis heeft meer de houding van vol is vol.’

‘In de huidige situatie is het niet mogelijk dat patiënten extra betalen voor meer service.’

‘Servicegerichtheid is belangrijk. Het ziekenhuis wil op verjaardagsfeestjes niet in negatieve zin besproken worden.’

‘Een grote organisatieverandering, zoals een fusie, geeft een toename van de klachten.’

‘Adherentie is de ultieme graadmeter voor tevredenheid en kwaliteit.’

‘Drukke gaat ten koste van service en vaak wordt er onder druk ook kwaliteit ingeleverd.’

‘Centraal moet staan: wat wil de patiënt?’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Klachten

In de jaarverslagen van de ziekenhuizen en op www.ziekenhuizen transparant.nl is informatie beschikbaar per ziekenhuis over onder andere aantallen klachten, de verhouding gegronde en ongegronde klachten en klachten die tot maatregelen hebben geleid.

Over de aard van de klachten staat in sommige jaarverslagen een groepering weergegeven, waaronder wachttijden, bejegening en communicatie.

Patiënttevredenheid

Op www.ziekenhuizen transparant.nl geven de ziekenhuizen aan of zij regelmatig patiënttevredenheid meten. Onderscheid wordt gemaakt tussen klinische en poliklinische patiënten. Gevraagd wordt of daarbij gebruik gemaakt wordt van de NVZ-vragenlijsten. Van zowel klinische als poliklinische groepen wordt het gemiddelde rapportcijfer weergegeven. Overigens, als een andere meetmethode wordt gebruikt, wordt ook dit rapportcijfer weergegeven. Deze getallen zijn natuurlijk niet onderling vergelijkbaar. Als ziekenhuizen patiënttevredenheid meten, wordt dit ook in het jaarverslag vermeld.

Het vergelijken van resultaten uit het gebruik van verschillende meetinstrumenten met elkaar is niet mogelijk. Echter, als ziekenhuizen hetzelfde meetinstrument gebruiken (zoals bijvoorbeeld de NVZ-vragenlijsten) kan dit wel. Er is door de NVZ geconstateerd dat er geen correlatie is tussen patiënttevredenheid en de omvang van een ziekenhuis en de marktdichtheid van ziekenhuizen (NVZ, 2009).

Servicegerichtheid

In veel jaarverslagen wordt gesproken over servicegerichtheid. De ziekenhuizen lijken te onderkennen dat servicegerichtheid van belangrijke betekenis is bij het aanbieden van ziekenhuiszorg.

Wat zegt de literatuur?

In de afgelopen paar jaar is er veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van de zogenoemde CQ-index (Themanummer TSG, 2008). Het initiatief komt van een individuele zorgverzekeraar, waar andere zorgverzekeraars bij zijn aangehaakt. Het is een gevalideerd instrument om met zorgaanbieders te onderhandelen over de kwaliteit van zorg. Het instrument is inmiddels in het publieke domein ondergebracht. De oprichting van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) heeft geleid tot tientallen ontwikkelprojecten rond instrumenten en methoden voor het systematisch meten van patiëntenervaringen en tot een landelijk door zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid gedragen aanpak rond het meten, bewerken en rapporteren van patiëntenervaringen.

Nederland is hiermee een van de internationale voorlopers in het landelijk standaardiseren van metingen en rapportage van patiëntenervaringen. Het is een overall maat voor het ziekenhuis als geheel, die vooralsnog niet differentieert naar maatschappen. Hierdoor ontstaat een gemiddelde van de scores van het ziekenhuis respectievelijk de maatschappen als zodanig. Dit geeft nauwelijks onderscheidende informatie over verschillen tussen ziekenhuizen c.q. maatschappen.

Resultaten van metingen die door een geaccrediteerde meetorganisatie zijn uitgevoerd met een meetinstrument uit de CQ-index en volgens de richtlijnen beschreven in de CQ-index handleidingen, komen in aanmerking voor het CQI-keurmerk. Openbare publicatie van de resultaten is een voorwaarde voor het verkrijgen van het keurmerk. Het CQI-keurmerk geeft aan dat de gepresenteerde klantervaringen betrouwbaar, valide, relevant en vergelijkbaar gemeten zijn. Resultaten van CQ-index metingen zullen openbaar gemaakt worden op www.KiesBeter.nl.

Resultaten van overig onderzoek zijn verschillend. Sommige resultaten geven aan dat patiënten in een kleiner ziekenhuis meer tevreden zijn (Holte, 2005; Pink, 2003; Young 2000). In een ander onderzoek lijkt ziekenhuisgrootte geen effect te hebben op de waardering voor de ervaren zorg (Plaggenhoef, 2008). Er is aangetoond dat patiëntkenmerken zoals geslacht, leeftijd, opleiding en ervaring van eigen gezondheid, de beoordeling van ervaren zorg systematisch beïnvloeden. Het rapportcijfer voor de ervaren zorg in ziekenhuizen wordt voor een significant deel bepaald door ziekenhuiskenmerken. Echter vergeleken bij het effect van de kenmerken van patiënten, is het effect van ziekenhuiskenmerken bescheiden (Plaggenhoef, 2008).

De tevredenheid van het personeel hangt nauw samen met de tevredenheid van patiënten. De tevredenheid van het verplegend personeel hangt nauw samen met de relatie met de specialisten (Clark, 2006; Vahey, 2004).

Varkevisser (iBMG, Erasmus MC) voert in opdracht van ZonMw een onderzoek uit naar de patiënttevredenheid gemeten door middel van de CQ-vragenlijst en de relatie tot de keuze van een ziekenhuis⁹.

Servicegerichtheid wordt een steeds belangrijker onderwerp in ziekenhuizen, met name omdat patiënten hier een groot deel van hun tevredenheid over de zorg op baseren. Dit leidt ook tot initiatieven zoals 'Gastvrijheid zorg met sterren'. Daarbij worden zorginstellingen beoordeeld op hun gastvrijheid. Deze beoordelingen zijn niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte.

Conclusies

Het onderwerp klachten is niet onderzocht in relatie tot schaalgrootte. Er zijn eenduidige gegevens ten aanzien van onder andere aantal klachten openbaar. Analyse van klachten in relatie tot schaalgrootte is dus mogelijk. Er lijkt geen samenhang te zijn tussen patiënttevredenheid en schaalgrootte van een ziekenhuis. De indruk is dat de servicegerichtheid beter is in kleine ziekenhuizen. Hiervoor is geen bewijs gevonden. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen servicegerichtheid en schaalgrootte.

Klachten, patiënttevredenheid en servicegerichtheid

Onderzoeksvragen

- Door welke factoren worden de aard en het relatieve aantal klachten vooral bepaald? Is de factor schaalgrootte een van die factoren?
- Door welke factoren wordt patiënttevredenheid vooral beïnvloed? Is er een relatie tussen die factoren en schaalgrootte van een ziekenhuis?
- Door welke factoren wordt servicegerichtheid vooral beïnvloed? Is er een relatie tussen die factoren en schaalgrootte van een ziekenhuis?

3.7.2 Wachttijden

Wat wordt hiermee bedoeld?

Is er verschil in wachttijden tussen een groot ziekenhuis en een klein ziekenhuis?

Wat zeggen deskundigen?

Wachttijden spelen mee in de keuze van patiënten voor een ziekenhuis. Patiënten die graag naar een bepaald ziekenhuis willen, zijn bereid te wachten. Het gevoel leeft dat kleine ziekenhuizen een kortere wachttijd hebben dan grote ziekenhuizen. Bovendien richten kleine ziekenhuizen zich meer op service naar de patiënt, daarbij horen korte wachttijden. Kleine ziekenhuizen lijken flexibeler als het druk is dan wel als het ziekenhuis vol is. De indruk is dat kleine ziekenhuizen wanneer zij vol zijn, meer moeite doen om dan toch een mogelijkheid te vinden om spoedpatiënten alsnog op te nemen.

⁹ Mogelijk kan schaalgrootte nog als factor meegenomen worden in dit onderzoek.

Wachttijden zijn lang gezien als een groot knelpunt in de zorg. Het is de vraag of schaalgrootte hier een rol van betekenis bij speelt. Het lijkt meer met de organisatie van zorg te maken te hebben.

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In jaarverslagen en op de websites van KiesBeter en Dutch Hospital Data is informatie te vinden over de wachttijden. Op websites van ziekenhuizen zijn wachttijden per specialisme beschikbaar. De wachttijd wordt weergegeven in weken. Op een aantal sites is de wachttijd gespecificeerd per aandoening.

Wat zegt de literatuur?

Binnen het programma Sneller Beter is veel geïnvesteerd in het Doorbraakproject Werken Zonder Wachttijd (WZW). Te lange wachttijden zijn niet aanvaardbaar en doorgaans niet goed voor de patiënt. De aanpak van WZW is in de Nederlandse gezondheidszorg een bekende en bewezen aanpak. In 2007 hebben circa 200 poliklinieken en ongeveer de helft van de ziekenhuizen reeds geparticipeerd in projecten WZW. Het centrale doel is het reduceren van de toegangstijd tot de polikliniek tot minder dan een week. In jaar 1 van Sneller Beter is bij zestien poliklinieken de toegangstijd met gemiddeld 42% gereduceerd (Vd Schrieck, 2009). Het Brancherapport 2009 van de NVZ geeft aan dat het verschil in wachttijden voor eerste polikliniekbezoeken voor verschillende soorten groepen ziekenhuis nihil is (NVZ, 2009).

Er is niet veel bekend over de relatie wachttijd en schaalgrootte. Een Noors onderzoek (Piene, 2000) geeft aan dat er geen invloed is van schaalgrootte.

Conclusies

Basisinformatie over wachttijden in ziekenhuizen is eenduidig en openbaar. Er is geen informatie gevonden waarin wachttijden geanalyseerd zijn in relatie tot schaalgrootte. Kleine ziekenhuizen hebben vaak het standpunt dat zij efficiënter en meer servicegericht werken dan grote ziekenhuizen. Als dat zo is, dan is de verwachting dat de wachttijden ook korter zijn.

Het is echter niet bekend of dit ook echt zo is. Het succesvolle project 'Werken zonder wachttijd' heeft een dusdanige vermindering van de wachttijden gegeven, dat wachten op ziekenhuiszorg maatschappelijk en politiek gezien een minder urgent onderwerp geworden is.

Wachttijden

Onderzoeksvraag

- Door welke factoren worden verschillen in wachttijden in ziekenhuizen vooral bepaald? Is schaalgrootte van een ziekenhuis een van die factoren?

3.7.3 24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten

Wat wordt hiermee bedoeld?

De normtijd voor bereikbaarheid van acute zorg is in Nederland gesteld op 45 minuten. Een aantal kleine ziekenhuizen ontvangt hiervoor een subsidie, zodat de 45 minuten regel gehaald kan worden. Is bereikbaarheid een belangrijke factor in het bestaansrecht van de kleine ziekenhuizen?

Wat zeggen deskundigen?

De verplichting om acute zorg te leveren, is voor sommige kleine ziekenhuizen lastig. Dat is niet waar hun kracht ligt. In stedelijke gebieden zijn bovendien veel ziekenhuizen met een acute zorgfunctie. De vraag is of dat volume ook altijd nodig is. In deze gebieden zou geen overheidssteun gegeven moeten worden.

De ziekenhuizen moeten daar zelf het hoofd boven water houden. Anderen vinden duidelijk dat 24-uurs bereikbaarheid het bestaansrecht is van kleine ziekenhuizen en dat dus gezorgd moet worden dat het goed geregeld is, ook al is dit lastig en kostbaar. Daarnaast komt een groot deel van de opnames voort uit acute zorg en is het daardoor noodzakelijk voor een ziekenhuis om acute zorg te leveren.

Door concentratie van populatie en daarmee van transport, komt de 24-uurs bereikbaarheid van zorg binnen 45 minuten in het geding. Niet alleen in rurale gebieden, ook in de stedelijke gebieden is het door verkeersdrukke soms niet mogelijk om op tijd een ziekenhuis te bereiken. De 45 minutenregel moet echter niet opgerekt worden; dit is een goede streeftijd.

Alleen het binnen 45 minuten bereiken van een ziekenhuis, geeft nog geen garantie op het op tijd starten van adequate behandeling. In een klein ziekenhuis kan het zijn dat een medisch specialist niet in huis is. In een groot ziekenhuis komt eerst een assistent, als die het niet weet, loopt de adequate zorg vertraging op.

Er wordt vaak geopperd dat de ontwikkeling van de ambulances een deel van deze vertraging van adequate zorg kan opvangen, doordat er steeds meer mogelijk is in de ambulances. Maar niet alle voor acute zorg benodigde complexe handelingen kunnen in de ambulance geleverd worden. Het blijft dus belangrijk om een ziekenhuis binnen bepaalde afstand te hebben.

Citaten

‘Het ministerie van VWS zou een acuut zorgnetwerk moeten bedenken en implementeren.’

‘Acute zorg is niet het bestaansrecht van kleine ziekenhuizen. Dit kan ook geregeld worden met een uitgebreidere eerste lijn en helikoptervervoer.’

‘Huisartsen zouden zich ook overdag moeten organiseren via een huisartsenpost, zoals nu alleen 's avonds/'s nachts en in het weekend gebeurt.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Via www.KiesBeter.nl kan een ziekenhuis gekozen worden in relatie tot een bepaalde locatie bijvoorbeeld het huis van de patiënt of de plek van een ongeluk.

Op de website van het CBS is in het webmagazine van 12 augustus 2009 de beschikbaarheid van ziekenhuizen in afstanden weergegeven voor de gemiddelde Nederlandse burger in kilometers per regio.

In de jaarverslagen en op de internetsites van de ziekenhuizen staat aangegeven of er spoedeisende hulp 24 uur beschikbaar is.

Wat zegt de literatuur?

In het rapport van Giesbers en Van Boven uit 2003 wordt gesteld dat bij een herinrichting van de acute zorg in Nederland, er geen 107 maar slechts 84 eerste hulpposten nodig zijn. Daarmee zou 99,3% van de Nederlanders binnen 30 minuten op een SEH-locatie kunnen zijn. De situatie in het buitenland, met minder bevolkte regio's, laat zien dat er ook andere mogelijkheden dan algemene ziekenhuizen zijn voor adequate bereikbaarheid van acute zorg. Voorbeelden zijn het gebruik van helikopters in Zweden en de Critical Acces Hospitals in de VS.

Conclusies

Er is eenduidige informatie over de aanwezigheid van een spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Deze informatie is niet geanalyseerd naar schaalgrootte.

Acute zorg wordt in de rurale gebieden nog gezien als een bestaansrecht voor een klein ziekenhuis. In Nederland wordt een ziekenhuis vaak niet volwaardig geacht zonder acute zorg, IC en OK.

Het wordt ook in stedelijke gebieden steeds moeilijker om aan de 45 minutenregel te voldoen. De 45 minutenregel is wel een adequate norm.

24-uurs bereikbaarheid van acute zorg binnen 45 minuten

Onderzoeksvragen

Door welke factoren wordt de kwaliteit van de acute zorg vooral beïnvloed? Is schaalgrootte van ziekenhuizen een van die factoren?

Wordt het bestaansrecht van kleine ziekenhuizen in Nederland vooral bepaald door de noodzaak van het aanbieden van acute zorg?

3.7.4 Geografische ligging

Wat wordt hiermee bedoeld?

Wat is de betekenis van geografische ligging voor de omvang van een ziekenhuis?

Wat zeggen deskundigen?

De geografische ligging en het adherentiegebied bepalen de schaalgrootte van een ziekenhuis. Door het in huis nemen van een bijzondere behandeling of specialisatie, kan het adherentiegebied vergroot worden. Het is voor de patiënt in sommige gevallen nadelig dat specialistische zorg niet in de buurt is.

In een ruraal gebied is het moeilijker om tot een samenwerking met andere ziekenhuizen te komen. In rurale gebieden heerst een sterkere sociale infrastructuur. De ziekenhuizen in rurale gebieden hebben meer vrijwilligers dan ziekenhuizen in stedelijke gebieden.

Citaten

‘De toekomst voor kleine ziekenhuizen is een functie met poliklinieken en dagbehandeling, ook in rurale gebieden.’

‘De toekomst ligt in de het doorzetten van de trend van regionale netwerken van de specialismen.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

In sommige jaarverslagen wordt wel iets gezegd over de geografische ligging, vooral wanneer het ziekenhuis zich meer in een uithoek van het land bevindt. Veel ziekenhuizen benoemen het adherentiegebied. Deze informatie is niet eenduidig.

Wat zegt de literatuur?

De internationale literatuur die beschikbaar is over rurale gebieden, is niet vergelijkbaar met de Nederlandse situatie. Het gaat dan om echt afgelegen gebieden, op grote afstand van een ziekenhuis.

Het Brancherapport van de NVZ spreekt van hoge en lage marktdichtheid. Daarmee wordt bedoeld de dichtheid van concurrerende ziekenhuizen in de omgeving. Een hoge marktdichtheid is te vinden in de Randstad en in de omgeving van Eindhoven (NVZ, 2009).

Conclusies

Over de betekenis van geografische ligging in relatie tot schaalgrootte is geen eenduidige informatie beschikbaar. Lastig is ook het element van vestigingen versus ziekenhuizen.

Geografische ligging krijgt betekenis vanuit het perspectief van de vraag welke basiszorg elk ziekenhuis moet leveren en welke geografische afstand tot de consumenten voor die basiszorg maximaal acceptabel is.

In het verlengde van het onderwerp geografische ligging ligt het onderwerp marktdichtheid. In Nederland is er in twee gebieden sprake van hoge marktdichtheid namelijk de Randstad en de regio Eindhoven.

Geografische ligging**Onderzoeksvragen**

- Wat is acceptabel voor de consument ten aanzien van geografische afstand van de basiszorg die men van elk ziekenhuis verwacht?
- Is er een relatie tussen marktdichtheid en schaalgrootte van ziekenhuizen?

3.7.5 De keuze van patiënten voor een ziekenhuis?**Wat wordt hiermee bedoeld?**

Hoe bepalen patiënten naar welk ziekenhuis zij gaan? Beïnvloedt schaalgrootte de keuze van de patiënt?

Wat zeggen deskundigen?

De keuze van patiënten voor een ziekenhuis wordt met name bepaald door de afstand tot het ziekenhuis. Men gaat ervan uit dat ook in het kleinere ziekenhuis de kwaliteit van zorg goed is. Bereikbaarheid en gratis parkeren vindt de patiënt belangrijk. Patiënten lijken een voorkeur te hebben voor een klein ziekenhuis. De vertrouwdheid en het altijd geholpen worden door dezelfde arts worden genoemd als argument. De huisarts bepaalt vaak naar welk ziekenhuis een patiënt gaat. Toch leeft ook het idee dat als er meer bekend is over de kwaliteit van een ziekenhuis, met name op het gebied van een bepaalde behandeling, dat men dan bij electieve zorg reis- en wachttijd voor lief neemt om in dit ziekenhuis geholpen te worden. Nu is ook al te zien dat patiënten voor complexe, niet acute zorg naar een groot ziekenhuis gaan, respectievelijk naar een ziekenhuis verder weg waar men meer gespecialiseerd is op dat gebied. Lastig hierbij is wel dat de informatie die te vinden is, vaak over het hele ziekenhuis gaat, terwijl het uiteindelijk de kwaliteit van de medisch specialist is waar het om gaat.

Citaten

‘De huisarts bepaalt naar welk ziekenhuis de patiënt gaat.’

‘Wat wil de patiënt? De beste dokter versus de eigen dokter?’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Er zijn geen gegevens gevonden over de keuze van een patiënt voor een ziekenhuis in relatie tot schaalgrootte.

Wat zegt de literatuur?

De achtergrondstudie ‘Kiezen in de gezondheidszorg’ van TNS-NIPO uit 2003 beschrijft dat patiënten het belangrijk vinden om een keuze te hebben. Patiënten geven aan dat de kwaliteit van ziekenhuizen en medisch specialisten veel kan verschillen. Daardoor wil men graag de keuze kunnen maken voor een goed bekendstaand ziekenhuis en een goede medisch specialist. Hoewel men wil kiezen, wordt vaak weinig informatie door patiënten verzameld om te kunnen kiezen. Dit komt mede omdat men het moeilijk vindt om die informatie te vinden en omdat men patiënt is en daarmee vaak niet fysiek dan wel mentaal in staat is om een weloverwogen keuze te maken. Men vertrouwt meestal volledig op de verwijzing van de huisarts. De informatie die men graag zou willen hebben, betreft informatie over kennis van specialisten, fysieke bereikbaarheid en bejegening. Het TNS-NIPO-rapport beschrijft niet of schaalgrootte van invloed is op de keuze van patiënten. Uit onderzoek van Leister blijkt dat factoren als ervaring, aanbeveling door anderen en afstand, voor patiënten zwaarder wegen, dan de kwaliteit van zorg (Leister, 2007).

In opdracht van ZonMw worden twee onderzoeken uitgevoerd gelieerd aan dit onderwerp. In het LUMC wordt gekeken naar de wijze waarop patiënten hun keuze voor een ziekenhuis bepalen. Daarbij gaat het om inzicht in hoe groot bepaalde

verschillen moeten zijn, wil een patiënt een keuze maken (LUMC, Marang). Het Erasmus MC (iBMG, Varkevisser) kijkt ook naar de keuze van patiënten voor een ziekenhuis, maar dan gerelateerd aan de tevredenheid van patiënten.

Conclusies

De huisarts speelt meestal een bepalende rol in de keuze voor een ziekenhuis. Of schaalgrootte met de keuze te maken heeft, is niet bekend. De keuze van de patiënt wordt in belangrijke mate bepaald door de locatie van het ziekenhuis. Het gaat erom dat het ziekenhuis zo dicht mogelijk bij huis is. Hoe het keuzeproces van de patiënt verloopt in een omgeving met meerdere ziekenhuizen is niet bekend. In een programma van ZonMw wordt hier onderzoek naar gedaan. In die studies worden de resultaten niet geanalyseerd in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

Keuze van patiënten voor een ziekenhuis

Onderzoeksvraag

- Welke factoren zijn voor de patiënt doorslaggevend in de keuze voor een ziekenhuis? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.8 Personeel- en organisatieperspectief

3.8.1 Medewerkerstevredenheid, ziekteverzuim en in- en uitstroom

Wat wordt hiermee bedoeld?

Werken medewerkers in een klein ziekenhuis met meer of minder plezier dan in een groot ziekenhuis? Is er verschil in ziekteverzuim? Verschillen de in- en uitstroompatronen en mogelijk gelieerde problemen?

Wat zeggen deskundigen?

Als medewerkers niet tevreden zijn, merken de patiënten en professionele relaties dit. Het effect op de patiënt kan direct en indirect zijn door impact van medewerkersstevredenheid op de samenwerkingsrelaties met andere zorgaanbieders zoals huisartsen en thuiszorgorganisaties. Inspirerend leiderschap en binding met het ziekenhuis worden genoemd als belangrijke factoren om personeelstevredenheid positief te (blijven) beïnvloeden. Dit vraagt continue investeringen. Dit geldt zowel voor grote als voor kleine ziekenhuizen. In een groeiend aantal ziekenhuizen is een Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) actief. Deze bepaalt met de medische staf en de RvB het beleid van het ziekenhuis.

Het gevoel is aanwezig dat personeel in kleinere ziekenhuizen tevredener is dan in grote ziekenhuizen. In een klein ziekenhuis kennen de medewerkers elkaar beter en is het contact met de patiënten persoonlijker. Er is meer een 'wij'-gevoel. Verder heeft personeel het gevoel dat het meer invloed heeft en is men over het algemeen meer betrokken. Een groot ziekenhuis biedt meer carrièreperspectieven en mogelijkheden voor scholing. Dit is van betekenis voor de aantrekkelijkheid van het werk en dus voor de personeelstevredenheid. In een groot ziekenhuis is vaak interne verplaatsing te zien. Dat komt bij kleine ziekenhuizen veel minder voor.

Ambitieuze, hoger opgeleide verpleegkundigen kiezen vaker voor een groot ziekenhuis.

Personeel blijft vaak langdurig in een ziekenhuis werken omdat het dichtbij huis is, en daardoor goed te combineren met de privésituatie. Dit heeft meer invloed dan de kwaliteit van het ziekenhuis. Door deze lage uitstroom, is er kans op een ouder personeelsbestand en een grotere kans op een hoger ziekteverzuim. Echter, de cultuur en de verbinding met het ziekenhuis kunnen hierin tegenwicht geven.

Citaten

‘Medewerkerstevredenheid moet een prioriteit van beleid zijn voor elke RvB.’

‘Planetree werkt als intrinsieke motivatiebron voor personeel.’

‘Het werken in een zorggroep biedt het voordeel dat personeel op andere afdelingen mee kan kijken of over kan stappen.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Medewerkerstevredenheid

Over medewerkerstevredenheid of welbevinden medewerkers zijn geen eenduidige informatiebronnen gevonden. In de jaarverslagen geven sommige ziekenhuizen aan dat zij participeren in medewerkerstevredenheidsonderzoek. De resultaten hiervan worden soms op hoofdlijnen weergegeven. Er zijn verschillende meetinstrumenten voor medewerkerstevredenheid op de markt.

Ziekteverzuim

Het percentage ziekteverzuim en gemiddelde verzuimduur in- en exclusief zwangerschapsverlof wordt weergegeven op www.ziekenhuizen transparant.nl. Tevens kunnen ziekenhuizen het percentage uitstroom van arbeidsongeschikten in percentage fte aangeven. In de meeste jaarverslagen zijn deze gegevens ook terug te vinden.

In- en uitstroom personeel

De ziekenhuizen geven op www.ziekenhuizen transparant.nl aan wat het verlooppercentage voor totaal personeel in fte is en specifiek verloop voor verpleegkundigen in fte, ook wordt gevraagd naar uitstroom arbeidsongeschikten in percentage fte.

Wat zegt de literatuur?

De tevredenheid van personeel heeft veel invloed op de tevredenheid van patiënten. Voor verplegend personeel is de tevredenheid in hoge mate afhankelijk van de relatie met de specialisten en de ondersteuning van de verpleging (Clark, 2006; Vahey, 2004).

Het Brancherapport 2009 van de NVZ geeft aan dat het verloop onder verpleegkundigen groter is in grote ziekenhuizen dan in kleine ziekenhuizen. Dit effect zou

deels verklaard kunnen worden door het vertrek van verpleegkundigen na afronding van hun opleiding, maar daarvoor is niet gecorrigeerd (NVZ, 2009).

Conclusies

Er is geen eenduidige informatie gevonden over medewerkertevredenheid. Over ziekteverzuim en in- en uitstroom van personeel is er wel eenduidige informatie die openbaar is. De uitstroom lijkt hoger in grote ziekenhuizen.

Medewerkertevredenheid heeft impact op het functioneren van een ziekenhuis, op de kwaliteit van samenwerken binnen en buiten het ziekenhuis en dus op de kwaliteit van dienstverlening en op de patiënttevredenheid. Het is onduidelijk of schaalgrootte van ziekenhuizen hierop van invloed is.

Medewerkertevredenheid, ziekteverzuim en in- en uitstroom personeel

Onderzoeksvragen

- Door welke factoren wordt medewerkertevredenheid in een ziekenhuis in belangrijke mate beïnvloed? Is schaalgrootte een van die factoren?
- Door welke factoren wordt ziekteverzuim in een ziekenhuis in belangrijke mate beïnvloed? Is schaalgrootte een van die factoren?
- Door welke factoren wordt in- en uitstroom van personeel van een ziekenhuis in belangrijke mate beïnvloed? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.8.2 De keuze van medisch specialisten in wat voor ziekenhuis ze willen werken

Wat wordt hiermee bedoeld?

Welke keuzes maken medisch specialisten betreffende het ziekenhuis waarin zij gaan werken? Is het voor kleine ziekenhuizen moeilijker om specialisten te werven?

Wat zeggen deskundigen?

In een fusietraject in Zeeland is als argument voor de fusie gebruikt dat beide kleine ziekenhuizen geen personeel konden vinden, omdat de specialisten de dienstfrequentie te zwaar vonden. Een lagere dienstfrequentie wordt vaak genoemd als argument om in groter ziekenhuis te willen werken.

De kwaliteit van medisch specialisten is niet verschillend in kleine en grote ziekenhuizen. De focus van de professionele interesse van medisch specialisten in kleine verschilt wel van die in de grote ziekenhuizen. Bij de werving is het belangrijk om dat onderscheid te beseffen en te zoeken naar het passende profiel. De indruk bestaat dat statusverschil tussen groot respectievelijk klein ziekenhuis niet van grote betekenis is voor de keuzen van de medisch specialisten.

In een klein ziekenhuis kan de medisch specialist meer invloed uitoefenen op de besluitvorming met betrekking tot het beleid en de uitvoering daarvan. Belangrijke redenen die van betekenis zijn bij het kiezen, zijn onder andere salaris, dichtbij huis, opleiding en dienstbelasting. Vaak is het salaris hoger in een kleiner ziekenhuis, is

het dichter bij huis, maar heeft men geen mogelijkheid tot opleider zijn en heeft men zwaardere dienstbelasting. In het keuzeprocess zijn de zittende collega's, hun reputatie en de sfeer van groot belang.

Als een ziekenhuis een weloverwogen beleid voert ten aanzien van het medisch portfolio, komen ook excellente medisch specialisten naar dat ziekenhuis, ook al is het klein. Als voorbeeld wordt de Maartenskliniek in Woerden genoemd.

Citaten

'Betekent de zware dienstfrequentie in kleine ziekenhuizen dat nieuwe specialisten alleen nog maar in grote ziekenhuizen willen werken?'

'De keuze van een medisch specialist wordt vooral bepaald door 'wie worden mijn collega's, hoe is de onderlinge sfeer en klikt het?'

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Over de ziekenhuiskeuze van medisch specialisten en de betekenis van schaal-grootte daarin zijn geen gegevens gevonden.

Wat zegt de literatuur?

Over dit onderwerp keuze van medisch specialisten in relatie tot schaalgrootte van een ziekenhuis is geen literatuur gevonden.

Conclusies

Medisch specialisten kiezen bewust voor een bepaald ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen hebben moeite met het aantrekken van personeel. Het lijkt er op dat dit niet met schaalgrootte van een ziekenhuis te maken heeft. Factoren die variëren bij schaalgrootte zoals salaris, opleiding en aantal diensten, zijn wel van betekenis bij de keuze. Maar factoren zoals reputatie van de collega's, sfeer en ligging van het ziekenhuis ten opzichte van de woonplaats, zijn ook zwaarwegend. Deze factoren zijn niet gelieerd aan schaalgrootte van ziekenhuizen.

De keuze van medisch specialisten in wat voor ziekenhuis ze willen werken

Onderzoeksvraag

- Welke factoren zijn doorslaggevend bij het kiezen van een medisch specialist voor een ziekenhuis? Is schaalgrootte een van die factoren?

3.8.3 De keuze van overige medewerkers in wat voor ziekenhuis ze willen werken

Wat wordt hiermee bedoeld?

Waarop baseren overige medewerkers de keuze voor een ziekenhuis? Werken zij liever in een groot ziekenhuizen of in een klein ziekenhuis?

Wat zeggen deskundigen?

Het is een bewuste keuze om in een groot ziekenhuis met complexe zorg te gaan werken. Bovendien zijn in een groot ziekenhuis meer mogelijkheden tot ontwikkeling. Men zoekt dan de diepte in een specialisme, of juist een andere taak

erbij, zoals researchverpleegkundige. Het zijn met name actieve, hoog opgeleide verpleegkundigen die deze keuze maken. Mensen willen graag dichtbij hun werk wonen en dat bepaalt in belangrijke mate de keuze. In de zorg werken veel vrouwen, die zorg voor thuis en werk combineren. Daarnaast voelen zij zich ook verbonden met het ziekenhuis in de regio en willen daarom daar bij voorkeur werken. Collegialiteit en sfeer lijken vaker beter te zijn in een klein ziekenhuis.

Citaten

‘Een verpleegkundige met ambitie, kiest eerder voor een opleidingsziekenhuis.’

Wat is er aan gegevens beschikbaar?

Over de ziekenhuiskeuze van overige medewerkers en de betekenis van schaalgrootte daarin, zijn geen gegevens gevonden.

Wat zegt de literatuur?

Over dit onderwerp keuze van overige medewerkers in relatie tot schaalgrootte van een ziekenhuis is geen literatuur gevonden.

Conclusies

Voor het overige personeel is de factor dichtbij huis werken een van de meest bepalende factoren voor de keuze voor een ziekenhuis. Bij een deel van de overige medewerkers gaat het veelal niet om de keuze tussen ziekenhuizen, maar keuze tussen het betreffende ziekenhuis in de buurt of een andere baan in de buurt. Ambitieuze professionals kiezen voor een ziekenhuis met zo goed mogelijke doorgroei- en ook specialisatiemogelijkheden. Dit zijn de grotere ziekenhuizen.

De keuze van overige medewerkers in wat voor ziekenhuis ze willen werken

Onderzoeksvraag

- Welke factoren zijn doorslaggevend bij het kiezen van overig personeel voor een ziekenhuis? Is schaalgrootte een van die factoren?

Hoofdstuk 4

Aanbevelingen

Deze eerste verkenning naar kennis over onderwerpen in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen laat zien dat er voor de meeste onderwerpen geen analyses beschikbaar zijn in relatie tot schaalgrootte. Er zijn veel ervaringen, indrukken en standpunten over de onderzochte onderwerpen en schaalgrootte van ziekenhuizen. De onderzochte literatuur biedt echter nog weinig onderbouwing voor de geschetste beelden en standpunten.

Voor alle onderwerpen respectievelijk relevante aspecten van de onderwerpen zijn voorstellen gedaan voor onderzoeksvragen¹⁰. Er zijn circa 50 onderzoeksvragen geformuleerd. De onderwerpen van studie zijn bekeken en gewogen in termen van relevantie in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. Het resultaat van de weging is een ordening van deze onderwerpen op mate van relevantie van het betreffende onderwerp in relatie tot schaalgrootte.

4.1 Aanbevelingen met betrekking tot de onderzochte onderwerpen

Dit heeft geleid tot de drie aanbevelingen met betrekking tot de onderzochte onderwerpen voor de onderzoeksprogrammering van het te ontwikkelen ZonMw programma:

1. Investeer in ieder geval in de onderzoeksvragen met betrekking tot de vijf meest relevante onderwerpen die uit deze studie naar voren zijn gekomen. Deze onderwerpen zijn:
 - Financiële resultaten.
 - Medisch portfolio.
 - Kwaliteit van zorg.
 - Samenwerking.
 - Patiënttevredenheid en servicegerichtheid.
2. Zorg voor een nadere weging van de andere (dan de vijf meeste relevante) twaalf onderwerpen die als relevant naar voren zijn gekomen in deze studie.

¹⁰ Dit geldt niet voor het onderwerp ligduur. Daarvoor is een analyse naar schaalgrootte uitgevoerd. Er blijkt geen verschil te zijn in ligduur tussen grote en kleine ziekenhuizen.

3. Investeer niet specifiek in onderzoek met betrekking tot de zes onderwerpen die uit deze studie naar voren komen als niet of nauwelijks van betekenis zijnde in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. Deze onderwerpen zijn:
- Ligduur.
 - Wachttijden.
 - Geografische ligging.
 - De keuze van patiënten voor een ziekenhuis.
 - De keuze van medisch specialisten in wat voor ziekenhuis zij willen werken.
 - De keuze van overige medewerkers in wat voor ziekenhuis zij willen werken.

Vanuit het breedteperspectief van kwaliteit van zorg zijn deze zes onderwerpen wel relevant. Bij breedteprogrammering voor kwaliteit van zorg is het dan ook raadzaam om ze mee te nemen in het onderzoeksprogramma.

4.2 Algemene aanbevelingen

Naast de aanbevelingen met betrekking tot de onderzochte onderwerpen, leidt deze programmeringsstudie ook tot een aantal algemene aanbevelingen voor de onderzoeksprogrammering van ZonMw, betreffende kwaliteit van zorg en schaalgrootte van ziekenhuizen. Deze algemene aanbevelingen worden hier gepresenteerd en kort toegelicht.

1. Investeer in het ontwikkelen van conceptuele uitgangspunten en kaders voor het onderzoeken van kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen.

Naar aanleiding van deze programmeringstudie trekt de projectgroep samen met de begeleidingscommissie de algemene conclusie dat voor het onderzoeken van kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen conceptuele uitgangspunten en kaders ontbreken. Het advies is om te investeren in de ontwikkeling daarvan. Het gaat om het antwoord op de vraag: waardoor wordt de kwaliteit van zorg bepaald? Daarbij is het verkrijgen van inzicht in het perspectief van de zorgvrager en het perspectief van de zorgaanbieder van betekenis. Wat vindt de zorgvrager respectievelijk patiënt van belang als het om kwaliteit van zorg gaat? Wanneer vindt de zorgaanbieder dat er sprake is van kwaliteit van zorg? Bij het ontwikkelen van de conceptuele kaders moeten in ieder geval de uitkomstmaten, determinanten en potentiële confounders worden geïdentificeerd.

2. Investeer in het operationaliseren van de uitkomstmaat kwaliteit van zorg en het maken van keuzen daarin bij de onderzoeksprogrammering.

Als kwaliteit van zorg de uitkomstmaat vormt van het onderzoek(sprogramma) dan moet vervolgens deze uitkomstmaat geoperationaliseerd worden in meetbare aspecten. Met andere woorden er moet antwoord gegeven worden op de vraag: hoe kan kwaliteit van zorg worden gemeten? Daarin moeten keuzes gemaakt worden.

Een algemeen voorbeeld van een meetbaar aspect voor de uitkomstmaat van kwaliteit van zorg is patiënttevredenheid. Een specifiek voorbeeld relevant voor de kwaliteit van acute zorg is 24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten.

Met de aspecten van de uitkomstmaat in het vizier moet bepaald worden welke determinanten van kwaliteit van zorg onderzocht moeten worden en vervolgens is het zaak de potentiële confounders te identificeren en daarvoor te corrigeren.

3. Zorg voor het borgen van de (begrips)validiteit bij onderzoek naar factoren, waaronder mogelijk 'schaalgrootte van ziekenhuis', die beïnvloedbaar zijn en waarmee op kwaliteit van zorg gestuurd kan worden.

Het gaat uiteindelijk om het zoeken naar bijdragen van factoren in de causale keten. Het doel moet zijn het identificeren van factoren die beïnvloedbaar zijn en waarmee dus op kwaliteit van zorg gestuurd kan worden. 'Schaalgrootte van ziekenhuis' kan als één van de (onafhankelijke) variabelen worden meegenomen in de uit te zetten onderzoeken. Daarbij is het van belang te zorgen dat de resultaten van onderzoek werkelijk indicaties geven over de relaties die men onderzoekt. Oftewel, het borgen van de (begrips)validiteit is essentieel. Het gaat dan met name om het voldoende rekening houden met andere variabelen die ook van invloed zijn op 'kwaliteit van zorg'.

4. Zorg naast het genereren van getalsmatige informatie voor het genereren van informatie uit kwalitatief onderzoek waarmee ook de getalsmatige informatie kan worden getoetst.

Voor diverse onderwerpen die in deze studie zijn benoemd in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen, zijn data beschikbaar om kwantitatieve analyses uit te voeren. Om de werkelijkheid zo goed mogelijk in beeld te krijgen, is het analyseren van kwantitatieve gegevens niet voldoende. Naast het genereren van informatie langs die weg, is het verzamelen van aanvullende informatie door kwalitatief onderzoek onontbeerlijk. Daarmee kan de getalsmatige informatie getoetst worden en in perspectief worden geplaatst van andersoortige informatie.

5. Realiseer een internationale verkenning waarbij kwaliteit van zorg als uitkomstmaat centraal staat en aanbod in gespecialiseerde kleine ziekenhuizen wordt vergeleken met hetzelfde aanbod in grote ziekenhuizen.

Uit de beperkte analyse in deze studie is naar voren gekomen dat in de drie onderzochte landen al langer gewerkt wordt met gespecialiseerde kleine ziekenhuizen. Het advies is om een verkenning te realiseren waarbij het gaat om het vergelijken van het aanbod van behandelingen in dergelijke gespecialiseerde kleine ziekenhuizen met het aanbod van dezelfde behandelingen in een groot ziekenhuis. Daarbij kan kwaliteit van zorg, respectievelijk aspecten van kwaliteit van zorg als uitkomstmaat gebruikt worden. Het is raadzaam te focussen op landen of delen van landen waarbij de situaties redelijk vergelijkbaar zijn met Nederland.

6. Zorg dat bij de onderzoeksontwerpen aandacht is voor de verschillende invalshoeken van kwaliteit van zorg van een ziekenhuis.

Het uitvoeren van onderzoek betreffende de kwaliteit van een ziekenhuis kan op diverse manieren worden benaderd. Dat kan door kwaliteit van zorg van een ziekenhuis bijvoorbeeld per afdeling te onderzoeken, via de insteek van professionele domeinen (bijvoorbeeld verpleegkundige aspecten van zorg) of via de route van de patiënt. Alertheid is geboden voor het bestaan van meerdere vestigingen binnen één ziekenhuisorganisatie en de betekenis van de eenheid 'ziekenhuis' versus 'vestiging' voor het doen van onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Andere factoren die in de differentiatie van 'schaalgrootte' een rol van betekenis kunnen spelen, zijn de grootte van vakgroepen, maatschappen en afdelingen en de samenwerkingsnetwerken van vakgroepen en maatschappen tussen ziekenhuizen.

7. Investeer in onderzoek naar de voorwaarden die nodig zijn om kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te leveren.

Naast onderzoek gericht op kwaliteit van zorg als uitkomstmaat en het leggen van de relatie met determinanten, wordt geadviseerd om ook onderzoek te doen naar de voorwaarden die nodig zijn om kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te leveren. Het gaat om onder andere professionele competenties, technische voorzieningen, fysieke, organisatorische en financiële voorwaarden.

Bijlage 1

Samenstelling begeleidingscommissie

ZonMw

Mevrouw dr. Marijke Janssens arts, hoofd Kwaliteit en Doelmatigheid, lid managementteam ZonMw.

Mevrouw drs. Hannie Bonink arts, programmacoördinator Kwaliteit.

Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen

De heer drs. Hans Broertjes Penningmeester SAZ,
lid raad van bestuur Ziekenhuis Amstelland.

De heer drs. Jan Schnerr Adviseur en voormalig voorzitter SAZ,
voormalig voorzitter raad van bestuur Zuwe
Hofpoort Ziekenhuis.

De heer drs. Chris Wiggers Ambtelijk secretaris SAZ,
beleidsmedewerker Zuwe Hofpoort Ziekenhuis.

Bijlage 2

Samenstelling projectgroep

Projectgroep

- Mevrouw drs. Karen Vroonhof, senioradviseur, projectleider, auteur.
- Mevrouw dr. Marianne Stadlander, partner, auteur.
- De heer dr. Einte Elsinga, partner, tot 1 september 2009.
- De heer drs. Paul Baks, partner.
- Mevrouw Wietske Bouma MSc, adviseur.

Bijlage 3

Geraadpleegde deskundigen

Organisatie	Deskundige	Functie
't Lange Land Ziekenhuis	De heer drs. P.M. Ansems	Voorzitter raad van bestuur
Inspectie voor de Gezondheidszorg	De heer W. Schellekens, arts	Hoofdinspecteur Inspectiedomein Curatieve Gezondheidszorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Mevrouw drs. G. Huisman	Secretaris Inspectiedomein Curatieve Gezondheidszorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg	De heer ir. R.I. Tamminga	Inspecteur
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde	De heer dr. H.J. van der Steeg, arts	Gastdocent
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	Mevrouw drs. A. Oostveen	Beleidsmedewerker belangenbehartiging
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	Mevrouw L. Martijn, verloskundige	Beleidsmedewerker belangenbehartiging
Landelijke Huisartsen Vereniging	De heer P. Habets, huisarts	Vice-voorzitter
Meander Medisch Centrum	De heer drs. J.P.R.G. Kleijne	Voorzitter raad van bestuur
Meander Medisch Centrum	De heer E. Lenters, gynaecoloog	Voorzitter Medische Staf
Menzis	De heer dr. C.B. Leerink	Lid raad van bestuur
Menzis	De heer M. Berkhout	Manager Zorginkoop tweedelij
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	Mevrouw A. Schipaanboord	Directeur Beleid en Innovatie
Refaja Ziekenhuis	De heer A.G. Vijn, cardioloog	Lid Interstafbestuur SAZ
Rijnland Ziekenhuis	De heer R. Treffers, arts	Voorzitter raad van bestuur
Rivas Zorggroep	De heer P.H.E.M. de Kort	Voorzitter directie
Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Mevrouw A.M.J. van Atteveld	Voorzitter raad van bestuur
Slingeland Ziekenhuis	De heer G.P.M. Huisman	Algemeen directeur
Stichting Bronovo-Nebo	De heer J.G.M. Hendriks	Voorzitter raad van bestuur
Stichting Pantein	De heer drs. A.H.M. Kessels	Voorzitter raad van bestuur
Universiteit Maastricht	De heer prof. dr. J.A.M. Maarse	Hoogleraar Beleid, Economie en Organisatie van Zorg
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Mevrouw drs. F. Bolle	Seniorbeleidsmedewerker en woordvoerder
Waterlandziekenhuis	Mevrouw L.J. Eichweber, internist	Voorzitter Medische Staf Lid Interstafbestuur SAZ
Westfriesgasthuis	De heer prof. dr. H.A. Keuzenkamp	Lid raad van bestuur
Zaans Medisch Centrum	De heer drs. P.S. Wesseling	Lid raad van bestuur
Ziekenhuis St Jansdal	De heer W.J. Adema	Voorzitter raad van bestuur
ZorgSaam Ziekenhuis	De heer drs. P.M.M. Rademacher	Voorzitter raad van bestuur

Bijlage 4

Interview protocol

Wilt u aankruisen in kolom 1:

Voor welke onderwerpen denkt u dat schaalgrootte er toe doet?

In kolom 2:

Van de door u geselecteerde onderwerpen, welke vindt u er het meest toe doen?

Geef daarbij de vijf belangrijkste aan.

	1	2
Financiële resultaten		
Aantal klachten		
Patiënttevredenheid		
Servicegerichtheid		
Ziekteverzuim		
In- en uitstroom personeel		
Medewerkers tevredenheid		
Medisch portfolio		
Ligduur		
Aantal polikliniekbezoeken		
Wachttijden		
24-uurs bereikbaarheid binnen 45 minuten		
Geografische ligging		
Effect schaalgrootte op medische kwaliteit		
Samenwerking		
Minimaal aantal handelingen		
IC		
De keuze van patiënten voor een ziekenhuis?		
Verwijsgedrag huisartsen		
DBC's		
Invloed toename zorgvraag		
Invloed continuïteit van zorg op kwaliteit		
De keuze van artsen in wat voor ziekenhuis ze willen werken		
De keuze van overige medewerkers in wat voor een ziekenhuis ze willen werken		
Governance		
Wet en regelgeving		
Innovatie		

Naam geïnterviewde:

Functie:

Achtergrond:

Hoe lang werkzaam in zorgsector:

Ziekenhuis:

Datum gesprek:

Gesprek gevoerd door:

Bijlage 5

Zorgstelsels Zweden, Duitsland en de Verenigde Staten

Zweden

Zweden is elfmaal zo groot als Nederland (450.000 km²). Er wonen ongeveer 9 miljoen inwoners, dat is een dichtheid van 20 per km². Zweden is daarmee een van de dunstbevolkte landen van Europa (*Wikipedia*).

De levensverwachting in Zweden is hoog, in 2004 voor mannen 78,1 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. Verwachting is dat dit te komende jaren verder zal stijgen (*Persson, Sc J Publ Health 2006; 34 (suppl 67): 19-25*).

De totale uitgaven aan gezondheidszorg bedroegen in 2006 8,9% van het bruto nationaal product (www.who.int/whosis/en).

De Zweedse gezondheidszorg werkt volgens een gedecentraliseerd systeem. Op centraal niveau kent men het ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken ('Socialdepramentet') en het Centraal bestuur voor Gezondheid en Welzijn ('Sosialstyrelsen'). Zij maken wetgeving, vaardigen richtlijnen uit en verzorgen supervisie op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid.

De provinciale besturen ('Landsting'), die bestaan uit gekozen politici, zijn verantwoordelijk voor de financiële en operationele zaken binnen de gezondheidszorg in hun regio. Ongeveer 90% van alle gezondheidszorg wordt aangeboden door openbare aanbieders. De laatste jaren is er een trend dat men meer zorg uitbesteedt aan particuliere zorgaanbieders, aanbieders die eigendom zijn van de provincie of samenwerkingsverbanden.

De basis van de Zweedse gezondheidszorg wordt gevormd door de circa 1.000 centra voor gezondheidszorg ('vårdcentral'). In de meeste gevallen werken in een vårdcentral twee tot zes artsen samen in een team met onder meer verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en medisch secretaresses. Gemiddeld heeft elke arts, die als een soort huisarts functioneert, 2.000 patiënten. Men wil dit verlagen naar 1.500 (www.zweeds.net/gezondheidszorg.htm). Vaak is er ook een apotheek aan het centrum verbonden (www.emigreren-naar-Zweden.com/gezondheidszorg-in-Zweden.html).

Iedereen is verzekerd via een centrale verzekering. Dit wordt betaald uit belastinggelden. Er is sprake van het dragen van eigen risico. De patiënt betaalt anno 2008 maximaal 900 kronen (€ 81,50) per jaar voor doktersconsulten en maximaal 1.800 kronen (€ 163,—) per jaar voor medicijnen. Hierboven is de zorg gratis. Daarnaast betaalt men voor ziekenhuisverblijf 80 kronen (€ 7,25) per dag. In Zweden zijn lange wachtlijsten. Er is echter een garantie vanuit provincie en overheid dat men binnen drie maanden geholpen wordt (www.emigreren-naar-Zweden.com/gezondheidszorg-in-Zweden.html).

Er zijn negen zogenaamde regionale ziekenhuizen, die de hoog specialistische zorg leveren. Daarnaast zijn er 22 county ziekenhuizen en 41 districts ziekenhuizen. Over het algemeen genomen neemt ook zo de grootte van de ziekenhuizen af, van

gemiddeld 921 bedden voor regionaal, naar 439 voor county en 124 voor district ziekenhuizen.

Er zit wel een spreiding in een klasse. De kleine ziekenhuizen kunnen zowel breed georiënteerd als gespecialiseerd zijn. Er zijn negen kleine private ziekenhuizen (van 19 tot 251 bedden). Voor de acute zorg is ambulancezorg per helikopter belangrijk (informatie van de Swedish Association of Local Authorities and Regions).

Zweden was het eerste land dat de Diagnosis Related Groups (DRG) invoerde voor de betalingen in de zorg, al in 1992 (Dexia, 2008). Veel van deze informatie is te vinden op www.sweden.se.

Parameter	Nederland	Zweden	Duitsland	Verenigde Staten
Aantal inwoners per km ²	484	20	230	31
Levensverwachting man/vrouw	78,0/82,3	78,1/82,5	76,1/82,3	75,2/80,4
% BNP-uitgaven voor zorg	9,3	8,9	10,4	15,3
Aantal bedden per 1.000 inwoners	4,8		8,6	3,2

Tabel 6. Diverse parameters voor de verschillende landen

Duitsland

Duitsland is 8,5 keer zo groot als Nederland (357.000 km²). Er wonen ongeveer 82,5 miljoen inwoners, dat is een dichtheid van 230 per km². Duitsland is daarmee een van de dichtstbevolkte landen van Europa (Wikipedia).

De levensverwachting in Duitsland is 76,1 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen (www.indexmundi.com).

In 2006 zijn de totale uitgaven aan de gezondheidszorg in Duitsland 10,4% van het bruto nationaal product (www.who.int/whosis/en).

Er is in Duitsland een verplicht verzekeringssysteem via de staat. Mensen met een hoog inkomen kunnen zich privaat verzekeren. Sinds 1995 moeten mensen extra betalen om zich te verzekeren tegen langdurige verzorging (www.nchc.org/facts/world.shtml).

In 2004 waren er 3.460 ziekenhuizen in Duitsland, met 8,6 bedden per 1.000 inwoners (Dexia, 2008). Er zijn vier soorten ziekenhuizen in Duitsland:

- Basis: tot 200 bedden, twee tot drie specialismen.
- Regulier: tot 300 bedden, vier tot vijf specialismen.
- Centraal: tot 500 bedden met tot acht specialismen.
- Maximale zorg: vaak >1.000 bedden, meestal universiteitsklinieken (www.justlanded.com).

De ziekenhuizen kunnen openbaar zijn, in handen van een liefdadigheidsinstelling of privaat. Elk van deze vormen beslaat ongeveer een derde deel van de ziekenhuizen van Duitsland (www.dkgev.de).

In 2004 zijn in Duitsland de DRG's ingevoerd. Er zijn nu ongeveer 900 DRG's, maar er is nog weinig verschil in prijs tussen de ziekenhuizen (www.justlanded.com). Het Duitse gezondheidszorgsysteem is gedecentraliseerd. Er is wel een ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid.

Dit ministerie bepaalt het raamwerk van het sociale gezondheidszorg verzekeringssysteem. Daarnaast heeft het een taak in verband met vergunningen en supervisie, wetenschappelijk onderzoek en informatievoorziening. Er zijn 292 ziekenfondsen, waarbij verzekerden zich kunnen aansluiten. Patiënten mogen zelf kiezen welk ziekenfonds ze nemen (www.euro.who.int/document/e88527.pdf).

Verenigde Staten

De Verenigde Staten (VS) zijn ongeveer 240 keer zo groot als Nederland (9,83 miljoen km²). Er wonen ongeveer 307 miljoen inwoners, dat is een dichtheid van 31 per km² (Wikipedia).

De levensverwachting in de VS (2005) is voor mannen 75,2 jaar en voor vrouwen 80,4 jaar (www.cdc.gov).

In 2006 zijn de totale uitgaven aan gezondheidszorg 15,3% van het bruto nationaal product. Hiermee geven de VS het meeste geld uit aan zorg in de hele wereld (www.who.int/whosis/en).

Er zijn 5.708 ziekenhuizen in de VS (www.aha.org), met 3,2 bedden per 1.000 inwoners (www.who.int/whosis/en). Van de ziekenhuizen, heeft 15% een winstoogmerk. De overige ziekenhuizen zijn van nationale of lokale overheid, of zijn niet-overheidsziekenhuizen zonder winstoogmerk (www.aha.org).

In de Verenigde Staten zijn twee speciale soorten kleine ziekenhuizen, namelijk Critical Access Hospitals (CAH) en Specialty Hospitals (SH). Er zijn 1.032 CAH die gemiddeld 30 bedden hebben. Zij liggen in rurale gebieden, om daar zorg te garanderen. De CAH worden gefinancierd door Medicare. De SH hebben 10 tot 50 bedden. Zij leveren gespecialiseerde zorg, bijvoorbeeld op gebied van electieve chirurgie of orthopedie. SH worden soms als controversieel gezien, omdat zij vaak alleen planbare zorg leveren voor patiënten met een laag risico en een verzekering, dit in tegenstelling tot de overige ziekenhuizen (Vd Steeg, 2005).

Van de inwoners van de VS ontvangt 46% niet de juiste medische zorg (zoals beschreven in nationale richtlijnen) (www.NCHC.org).

Ongeveer 85% van de inwoners van de VS heeft een vorm van ziektekostenverzekering. Ziektekostenverzekeraars hebben afspraken met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, speciaal voor hun verzekerden. Die kunnen alleen tegen betaling naar andere zorgaanbieders. Ongeveer 60% van de inwoners van de VS is verzekerd via de werkgever, ongeveer 27% is verzekerd vanuit een overheidsplan. Dit geldt voor onder andere ouderen, gehandicapten, kinderen, veteranen en sommige armen. De 15% die niet verzekerd is, werkt vaak bij een werkgever zonder ziektekostenafspraken. Zij zijn niet arm genoeg voor een overheidsprogramma en verdienen niet genoeg voor een privéziektekostenverzekering. Er is sinds 1986 een wet die verplicht dat alle ziekenhuizen met een eerste hulp alle patiënten zorg moeten verlenen, ongeacht hun verzekeringsstatus. Dit is de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Inmiddels is ongeveer 50% van alle acute zorg niet-verzekerde zorg. Dit geeft veel druk op de ziekenhuisbudgetten.

Er zijn veel verschillende ziektekostenverzekeringen in de VS. Schattingen noemen duizenden verschillende ziektekostenverzekeringen. Dit systeem geeft enorme kosten aan administratieve overhead, zeker vergeleken met systemen die volledig door de overheid geregeld worden, zoals in Canada (www.wikipedia.com). President Obama heeft bij zijn aantreden de reorganisatie van de zorg als topprioriteit benoemd. Zowel op basis van kostenbeheersing als op basis van toegankelijkheid/betaalbaarheid voor iedereen. Er zijn thans twee stromingen in de discussie:

- De cultuur in de VS is sterk gericht op privaat domein en eigen verantwoordelijkheid. De voorstanders van behoud van het huidige systeem (privaat veel betere zorg, wel duur, en publiek duidelijk minder zorg en lagere kwaliteit), verdedigen dat systeem op basis van die specifieke cultuur en zien een meer publiek georiënteerde ontwikkeling als een bedreiging voor het particulier initiatief in de gezondheidszorg. In deze visie ontbreekt in hoge mate het sociale karakter.
- De voorstanders van een meer publiek georiënteerde aanpak leggen de nadruk op de toegankelijkheid van de zorg voor elke Amerikaan en een daarbij vereist kwaliteitsniveau. Een meer publiek systeem, met private aanbieders, zou ook een (financieel) beheersbare ontwikkeling kunnen bewerkstelligen.

De komende periode zal blijken welke stroming het gaat winnen. Vooropgesteld staat dat de voorstellen van de president opvallend veel gelijkenis vertonen met de Nederlandse aanpak. Het verschil zit echter in de grotere spreiding van de variatie in schaalgrootte van de aan te bieden zorg: van zeer grote aanbieders van ziekenhuiszorg tot zeer kleine aanbieders.

Bijlage 6

Overzicht beschikbare gegevens

Onderstaand overzicht geeft voor alle onderwerpen van deze programmeringsstudie weer of er wel (x) of geen informatie over gevonden is. Als er informatie gevonden is, is weergegeven of deze informatie eenduidig is ('ja') of niet ('nee').

	Ziekenhuizen transparant		Kiesbeter		Dutch Hospital Data		Prismant		Jaar- verslagen		Gupta	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Financieel perspectief												
Financiële resultaten	x				x				x			x
DBC's					x			x	x			
Kwaliteit- en innovatieperspectief												
Effect schaalgrootte op medische kwaliteit												
Samenwerking										x		
Minimum aantal handelingen	x		x						x			
Continuïteit van zorg												
Innovatie										x		
Doelmatigheidsperspectief												
Medisch portfolio	x			x					x			
Ligduur	x								x			
Aantal polikliniekbezoeken									x			
IC	x		x						x			
Verwijsgedrag huisartsen										x		
Invloed toename zorgvraag										x		
Governance										x		
Wet- en regelgeving										x		
Klantperspectief												
Patiënttevredenheid		x								x		
Servicegerichtheid										x		
Klachten	x								x			
Wachttijden			x		x					x		
24-uurs bereikbaarheid			x								x	
Geografische ligging										x		
Keuze patiënten voor een ziekenhuis												
Personeel- en organisatie perspectief												
Ziekteverzuim	x						x		x			
In- en uitstroom personeel									x			
Medewerkerstevredenheid	x									x		
Keuze artsen voor een ziekenhuis												
Keuze overig personeel voor een ziekenhuis												

Bijlage 7

Literatuur

Adogwa O, Cosrich JF, Hill R, et al. Does higher surgical volume predict better patient outcomes? J Ky Med Assoc 2009; 107(1): 10-16.

Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P, et al. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. Pediatrics 2006; 117: 2206-14.

Beleidsstandpunten minister van VWS over bereikbaarheid en kleine ziekenhuizen, data:

- 26 september 2003.
- 8 oktober 2003.
- 19 maart 2004.

Blank JLT. Achtergrondstudie bij het rapport Schaal en zorg 2008.

Blank JLT. Schaal op maat. Essays over schaalvergroting in zorg en onderwijs. Shaker Publishing 2009.

Blank JLT. Presentatie naar aanleiding van rapport Schaal en zorg, september 2008.

Blum K, de Cruppé W, Ohmann C, et al. Minimum hospital volumes for total knee replacement. Gesundheitswesen 2008; 70(4): 209-18.

Bosch van den WF, Roozendaal KJ, Silberbusch, J. Schommelende sterftcijfers: HSMR nog geen betrouwbare maat voor zorgkwaliteit. Medisch Contact 2009; 64 (31-32): 1344-47.

Brandenburg CAA transaction cost analyses of Dutch hospital Care. Contracting between hospitals and health insurance companies in a deregulated environment. Proefschrift september 2008, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer aangaande Financiële informatievoorziening over de zorg. 28 april 2000.

Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer aangaande Beoordelingskader kleine ziekenhuizen. 16 december 2002.

Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer aangaande Vervolgonderzoek IC niveau 1. 15 juli 2009.

Broertjes JC, Schrijvers AJP, Van der Steef HJ. Sterktes en zwaktes, kansen en bedreigingen en de toekomst van de kleine zelfstandige ziekenhuizen in Nederland. Niet gepubliceerd.

Broertjes JC, Schrijvers AJP, Van der Steeg HJ. Het kleine ziekenhuis in Nederland; een inventariserend onderzoek. Niet gepubliceerd.

Broertjes JC, Schrijvers AJP, Van der Steeg HJ. SWOT-analyse holdingziekenhuizen. Niet gepubliceerd.

Broertjes JC, Van der Steeg HJ, Schrijvers AJP. De kleine ziekenhuizen in Nederland; een inventariserend onderzoek. Niet gepubliceerd.

Clark PA, Wolosin RJ, Gavran G. Customer convergence: patients, physicians, and employees share in the experience and evaluation of healthcare quality. Health Mark Q 2006; 23(3): 79-99.

Coyne JS, Richards MT, Short R, et al. Hospital cost and efficiency: do hospital size and ownership type really matter? J Healthc Manag 2009; 54(3): 163-74.

Cruppé de W, Ohmann C, Blum K, et al. Influence of minimum volumes on the structure of inpatient care. Gesundheitswesen 2008; 70(1): 9-17.

Dexia. Hospitals in the 27 member states of the European Union. Dexia Editions 2008.

Dimick JB, Cattaneo SM, Lipsett PA, et al. Hospital volume is related to clinical and economic outcomes of esophageal resection in Maryland. Ann Thorac Surg 2001; 72(2): 334-9.

Dudley RA, Johansen KL, Brand R. Selective referral to high-volume hospitals; estimating potentially avoidable deaths. JAMA 2000; 283: 1159-1166.

Dutch Hospital Data. Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen. Prismant januari 2009.

Ernst & Young. Corporate Governance en zorginstellingen. Jaarverslagen 2007 - meting 2008. februari 2009.

Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. Med Care 2003; 41(10): 1229-1241.

Gezondheidsraad. Gezond zorgonderzoek. De toekomst van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland, 2009.

Giesbers H, Boven van PF. Analyse het bereikbare ziekenhuis met spoedeisende hulpverlening. Briefrapport 137/03 VTV HG, oktober 2003.

Goldman LE, Dudley RA. United States rural hospital quality in the Hospital Compare database-accounting for hospital characteristics. Health Policy 2008; 87(1): 122-27.

Gupta SR, Wojtynek JE, Walton SM, et al. Association between hospital size and pharmacy department productivity. Am J Health Syst Pharm 2007; 64 (9): 937-44.

Gupta Strategists. Brave New World. Vooruitblik Nederlandse ziekenhuizen 2007-2012, Ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuizen 2002-2007 en 2006-2007. September 2008.

Gupta Strategists. SAZ hebben een sterke positie om op voort te bouwen in de Nederlandse zorg. Discussiedocument mei 2006.

Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systemic review and methodologic critique of the literature. Ann Intern Med 2002; 137: 511-520.

Heijnink R, Koolman X, Pieter D, et al. Measuring and explaining mortality in Dutch hospitals; The Hospital Standardizes Mortality Rate between 2003 and 2005. BMC Health Services Research 2008; 8: 73.

Hinkema, M, Nauta J. De chirurg in de buurt: Het relatieve succes van decentrale ziekenhuisvoorzieningen. Medisch Contact 2009; 64 (33-34): 1392-5.

Hinkema, M, Nauta J. Decentrale ziekenhuizen; droombeeld van de toekomst of realiteit? TNO Zorg en Bouw april 2009.

Hoh BL, Rabinov JD, Pryor JC, et al. In-hospital morbidity and mortality after endovascular treatment of unruptured intracranial aneurysms in the United States, 1996-2000: effect of hospital and physician volume. Am J Neuroradiol 2003; 24: 1409-20.

Holte TO, Bjertnaes OA, Stavem K. Is there a relationship between hospital size and patient experience? Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125(12): 1685-8.

Kamervragen over slechte resultaten fusiegolf, oktober 2007.

Killeen SD, Andrews EJ, Redmond HP, et al. Provider volume and outcomes for abdominal aortic aneurysm repair, carotid endarterectomy and lower extremity revascularization procedures. J Vasc Surg 2007; 45(3): 615-26.

Koy T, Konig DP, Eysel P. Effects of hospital and surgeon volume on outcome in total hip replacement. Z Orthop Unfall 2007; 145(3): 291-6.

KPMG Rapport 'Marktconcentraties in de ziekenhuissector', achtergrondstudie bij RVZ advies, 2003.

Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. Acad Med 2005; 80(5):458-66.

Leister J, Stausberg J. Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. J Hosp Mark Public Relations 2007; 17(2): 13-31.

Lieberthal RD. Hospital quality: a PRIDIT approach. Health Serv Res 2008; 43(3): 988-1005.

Livingston EH. Bariatric surgery outcomes at designated centers of excellence vs nondesignated programs. Arch Surg 2009; 144(4): 319-25.

Lüngen M, Rath T, Schwartze D, et al. Convergence tendencies in inpatient oncological care after implementation of Diagnosis-Related Groups in Germany. Gesundheitswesen 2009, e-pub.

McKay NL, Lemak CH, Lovett A. Variations in hospital administrative costs. J Healthc Manag 2008; 53(3): 153-166.

Nieuwsreflex. Sterftcijfer nog niet publiek in 2010. Medisch Contact 2009; 64 (31-32): 1320.

NVZ Brancherapport algemene ziekenhuizen 2009. Vizier op vertrouwen. NVZ 2009.

O'Brien SM, DeLong ER, Peterson ED. Impact of case volume on hospital performance assessment. Arch Intern Med 2008; 168(12): 1277-84

Piene H, Loe BM, Hem KG. Hospital capacity and waiting time for treatment-is there a connection? Tidsskr Nor Laegeforen 2000; 120(25): 2988-92.

Pink GH, Holmes GM, D'Alpe C, et al. Financial indicators for critical access hospitals. J Rural Health 2006; 22(3): 229-236.

Pink GH, Murray MA, McKillop I. Hospital efficiency and patient satisfaction. Health Serv Manage Res 2003; 16(1): 24-38.

Plaggenhoef W, Karssen B, Vunderink L, et al. Het effect van ziekenhuis-kenmerken op de ervaren zorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2008; 86(8): 478-485.

Quality and efficiency in Swedish Healthcare. Regional comparisons 2008. Socialstyrelsen 2009.

Richtlijnen/Beleidsregels ziekenhuizen ex artikel 3 WZV. 2005
<http://www.bouwcollege.nl/richtlijnenziekenhuizen.htm>.

Rogers SO, Wolf RE, Zaslavsky AM, et al. Relation of surgeon and hospital volume tot processes and outcomes of colorectal cancer surgery. *Ann Surg* 2006; 244: 1003-1011.

Roland Berger Consultants. Persbericht bij studie 'Onderweg naar echte marktwerking' Roland Berger Consultants 2008.

Roland Berger Consultants. Trends in European health care. Roland Beger Consultants 2007.

Ross JS, Normand SL, Wang Y, et al. Hospital remoteness and thirty-day mortality from three serious conditions. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27(6):1707-1717.

RVZ Advies 'Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg', 2003.

RVZ Advies 'Schaal en Zorg', 2008.

Safford SD, Pietrobon R, Safford KM, et al. A study of 11.003 patients with hypertrophic pyloric stenosis and the association between surgeon and hospital volume and outcome. *J Pediatr Surg* 2005; 40(6): 967-72.

Sanelli PC, Nicola G, Johnson R, et al. Effect of training and experience on qualitative and quantitative CT perfusion data. *Am J Neuroradiol* 2007; 28: 428-32.

Saposnik G, Jeerakathil T, Selchen D, et al. Socioeconomic status, hospital volume and stroke fatality in Canada. *Stroke* 2008; 39(12): 3360-6.

Schaik van E, Rendering H. Een IC die geen IC heet. *Acute Zorgafdeling* biedt uitkomst in klein ziekenhuis. *Medisch Contact* 2009; 64(36): 1485-87.

Schriek van der- de Loos E, Klokman E, Havers J. Werken zonder wachtlijst. *Best Practices Zorg* 2009; 30-36.

Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to community: a review of the evidence on quality and efficiency. *Journal of Health Services Research & Policy* 2007; 20: 110-7.

SIRM publicatie, Ziekenhuisanalyses. Over 2007, 2008.

Sjetne IS, Veenstra M, Stavem K. The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care: a multilevel analysis. *Med Care* 2007; 45(3): 252-8.

Swisher SG, Deford L, Merriman KW, et al. Effect of operative volume on morbidity, mortality and hospital use after esophagectomy for cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119(6): 1126-32.

Themanummer Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG): De CQ-index: Een relatief nieuw kwaliteitsinstrument. Augustus 2008.

Thornlow DK, Stukenborg GJ. The association between hospital characteristics and rates of preventable complications and adverse events. *Med Care* 2006; 44(3): 265-9.

TNS NIPO Rapport 'Kiezen in de gezondheidszorg'. Achtergrondstudie bij het RVZ advies 'Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg'. TNS NIPO 2003.

Tu YK, Gilthorpe MS. The most dangerous hospital or the most dangerous equation? *BMC Health Services Research* 2007; 7: 185-9.

Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is 'high volume' for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. *Qual Sat Health Care* 2004; 13: 379-383.

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, et al. Nurse Burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004; 42(2 suppl): 1157-66.

Van der Steeg HJ, Schrijvers AJP. Small hospitals outside the Netherlands and their orientation towards specific tasks and targetgroups. Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht 2005.

Welke KF, Diggs BS, Karamlou T, et al. The relationship between hospital survival case volumes and moralist rates in pediatric cardiac surgery: a nation sample, 1988-2005. *Ann Thorac Surg* 2008; 86(3): 889-896.

Williams SC, Koss RG, Morton DJ, et al. Case volume and hospital compliance with evidence-based processes of care. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(2): 79-87.

Wittenberg J, Burgers JS, Croonenborg van JJ, et al. Goede zorg, een kwestie van ervaring? Evidence rapport over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. CBO, december 2005.

Wouters MW, Wijnhoven BP, Karim-Kos HE, et al. High-volume versus low-volume for esophageal resections for cancer: the essential role of case-mix adjustments based on clinical data. *Ann Surg Oncol* 2007; 15(1): 80-87.

Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effect of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000; 38(3): 325-334.

Colofon

Tekst

Mevrouw drs. Karen Vroonhof, senior adviseur, BMC Advies & Management
Mevrouw dr. Marianne Stadlander MSc, partner, BMC Advies & Management

In opdracht van

SAZ vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen
ZonMw – de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie