

Gemeenten Urk en Noordoostpolder

Analyse haalbaarheid
zelfstandig ziekenhuis in de
regio Urk en Noordoostpolder

Maart 2007

Dit rapport heeft 60 pagina's

7.040/DV/OSV/ln

Inhoudsopgave

1	Samenvatting en conclusies	1
1.1	Vraagstelling en onderzoeksopzet	1
1.2	Samenvatting	1
1.3	Conclusies	2
1.4	Aanbeveling	4
2	Opzet en verantwoording	5
2.1	Achtergrond	5
2.2	Onderzoeksopdracht	6
2.3	Aanpak en verantwoording	7
2.4	Leeswijzer	8
3	Economische haalbaarheid	9
3.1	Capaciteit	9
3.2	Voorzieningen, financiën en kwaliteit	10
3.3	Resultaten interviewronde ziekenhuizen quick scan	12
4	Marktverkenning	16
4.1	Marktpotentieel	16
4.2	Omgevingsanalyse	19
4.3	Arbeidsmarkt voor medisch specialisten	22
5	Visie stakeholders	24
6	Randvoorwaarden en scenario's	30
6.1	Randvoorwaarden voor een zelfstandige voorziening	30
6.2	Mogelijke scenario's	32
6.3	Randvoorwaarden en scenario's	36
6.4	Conclusie	37
A	Toelichting quick scan ziekenhuizen	39
A.1	Algemeen profiel ziekenhuizen	39
A.2	Voorzieningenniveau ziekenhuizen	41
A.3	Financiële kengetallen 2005	44
A.4	Kwaliteitsniveau ziekenhuizen	44
B	Profielschets IJsselmeerziekenhuizen	46
C	Demografische gegevens	48
C.1	Urk en Noordoostpolder	48

C.2	Urk, Noordoostpolder en omliggende gemeenten	50
D	Toelatingseisen	53
E	Geraadpleegde bronnen	56
F	Gesprekspartners	58

1 Samenvatting en conclusies

1.1 Vraagstelling en onderzoeksopzet

De volgende vraagstelling stond tijdens de haalbaarheidsstudie centraal:

Onderzoek de haalbaarheid van de verzelfstandiging van het Dokter J.H. Jansen Ziekenhuis (of een nieuwe voorziening) en de rendabele exploitatie daarvan als basisziekenhuis met een adequate Spoedeisende hulp/Acute opvang en minimaal de basisspecialismen kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie, interne geneeskunde en chirurgie (alle zowel klinisch als poliklinisch).

Ter beantwoording van de vraagstelling hebben wij in twee fasen de haalbaarheid van een klein zelfstandig ziekenhuis onderzocht. De eerste fase bestond uit een quick scan bij vergelijkbare ziekenhuizen, een marktverkenning en een interviewronde onder belangrijkste stakeholders. In de tweede fase hebben we nader onderzoek uitgevoerd bij drie kleine ziekenhuizen. Verder hebben we in deze fase onderzocht welke mogelijkheden er zijn om medisch specialisten aan te trekken voor een zelfstandige voorziening in Emmeloord. Ten slotte hebben we gesproken met enkele private investeerders.

1.2 Samenvatting

Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen samen uit de quick scan onder kleine ziekenhuizen, de marktverkenning en de interviewronde onder stakeholders.

Exploitatie van klein ziekenhuis is onder voorwaarden haalbaar

Uit de quick scan onder kleine ziekenhuizen blijkt dat de exploitatie van een klein ziekenhuis mogelijk is als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Een financieel gezonde exploitatie is alleen mogelijk als de adherentie een minimale omvang van in ieder geval 60.000 heeft. De adherentie kan worden vergroot door een breed aanbod aan specialismen of profilering op bijvoorbeeld ketenzorg (verbinding met eerstelijnszorg of langdurige zorg) of een subspecialisme. Verder is een hechte band met de bevolking en verwijzers essentieel om voldoende adherentie te bereiken.

Samenwerking met andere ziekenhuizen is noodzakelijk. Samenwerking is nodig om een breed en compleet zorgaanbod mogelijk te maken. Maar samenwerking is ook van belang om intercollegiaal overleg en opleidingen voor medisch specialisten te organiseren, om flexibiliteit op personeel gebied te creëren en om schaalvoordelen mogelijk te maken.

Sommige kleine ziekenhuizen achten zelfstandigheid op de langere termijn niet haalbaar en kiezen ervoor om (op termijn) te fuseren met een ander ziekenhuis.

Voldoende patiënten en specialisten zijn kritieke succesfactoren voor Emmeloord

In dit onderzoek gaan we ervan uit dat een zelfstandige voorziening een adherentie van minimaal 60.000 moet bereiken om een financieel gezonde exploitatie te realiseren. Uit de omgevingsanalyse blijkt dat dit mogelijk is als de voorziening in Emmeloord niet alleen inwoners uit Urk en Emmeloord weet te bereiken maar ook inwoners uit omliggende gebieden. Afhankelijk van het aantal inwoners uit omliggende gebieden dat wordt bereikt, moet het gemiddelde marktaandeel tussen 60% en 80% zijn om een adherentie van 60.000 te bereiken. In dit verband is het gunstig dat de bevolking in Urk in de periode tot 2025 naar verwachting fors zal toenemen.

Het zorgaanbod in een zelfstandige voorziening moet worden afgestemd op het zorgaanbod in de omgeving. De zelfstandige voorziening kan samenwerken met andere ziekenhuizen op gebieden waarop deze ziekenhuizen zich hebben gespecialiseerd. Tegelijkertijd kan de zelfstandige voorziening zich profileren op subspecialisaties die de omliggende ziekenhuizen niet aanbieden.

De arbeidsmarkt voor medisch specialisten kent op enkele deelgebieden krapte. Maar over het algemeen schatten gesprekspartners in dat het mogelijk moet zijn om voldoende medisch specialisten aan te trekken voor een zelfstandige voorziening in Emmeloord. Het is dan echter wel belangrijk dat de voorziening zich profileert als een aantrekkelijke werkgever. Ook kan het raadzaam zijn om gebruik te maken van een intermediair bij het aantrekken van specialisten.

Stakeholders denken verschillend over de haalbaarheid van een zelfstandige locatie

Een aantal stakeholders neemt op dit moment geen standpunt in over de wenselijkheid en haalbaarheid van een zelfstandige voorziening in Emmeloord omdat de ideeën hierover nog zeer prematuur zijn. Voor zover stakeholders wel een standpunt innemen, blijkt dat de meningen over de wenselijkheid en haalbaarheid sterk uiteenlopen.

1.3 Conclusies

Op basis van de analyse trekken we de volgende conclusies.

Adherentie, kapitaal en samenwerking zijn meest kritieke succesfactoren

Uit de analyse is een aantal succesfactoren naar voren gekomen voor een zelfstandige voorziening in Emmeloord. Wat betreft de toelating en de mogelijkheden om medisch specialisten aan te trekken zijn er vooralsnog geen belemmeringen die een zelfstandige voorziening onmogelijk maken. Kritieke succesfactoren hebben vooral betrekking op het genereren van voldoende adherentie, het aantrekken van kapitaal en het creëren van samenwerking. Een minimale adherentie van 60.000 kan alleen worden bereikt als een zelfstandige voorziening zich ook richt op omliggende gemeenten en een gemiddeld marktaandeel weet te bereiken van 60% tot 80%. Het aantrekken van kapitaal is noodzakelijk om de huidige voorziening in Emmeloord om te vormen tot de gewenste voorziening of om een

compleet nieuwe voorziening te ontwikkelen. Uit gesprekken met private investeerders blijkt dat zij veel interesse hebben om te investeren in zorggerelateerde voorzieningen maar weinig mogelijkheden zien voor de exploitatie van een zelfstandig en compleet ziekenhuis in Emmeloord. Ten slotte moet een zelfstandige voorziening samenwerking zoeken met een omliggend ziekenhuis om een volledig aanbod mogelijk te maken. De bereidheid van omliggende ziekenhuizen om hierin samen te werken moet nader worden onderzocht.

Voor de toekomst zijn vijf scenario's mogelijk

Voor het toekomstige zorgaanbod in Emmeloord zijn verschillende scenario's mogelijk (of een combinatie daarvan). In scenario 1 blijft de locatie Emmeloord onderdeel van de IJsselmeerziekenhuizen en wordt getracht het voorzieningenniveau te verbeteren. Voor een voorziening die is losgekoppeld van de IJsselmeerziekenhuizen, zijn vier scenario's mogelijk. Scenario 2 gaat uit van verzelfstandiging van de locatie Emmeloord en ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen. In scenario 3 wordt een geheel nieuwe voorziening ontwikkeld in samenwerking met private investeerders. In scenario 4 ontstaat er een semi-zelfstandige voorziening met een beperkt zorgaanbod waarin de voorziening in Emmeloord organisatorisch onderdeel uitmaakt van een ander ziekenhuis. Scenario 5 gaat ook uit van een semi-zelfstandige voorziening maar betreft ook private investeerders voor de exploitatie van het vastgoed en het ontwikkelen van zorggerelateerde functies in het vastgoed.

Semi-zelfstandige voorziening het meest haalbaar

Van de vier opties voor een zelfstandige of losgekoppelde voorziening achten wij een semi-zelfstandige voorziening, in combinatie met een ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen, het meest haalbaar. Uit gesprekken met private investeerders blijkt dat de interesse om te investeren in een compleet zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord, waarin alle basisspecialismen worden aangeboden, niet groot is. Bovendien is het vooralsnog onzeker of de minimale adherentie die nodig is voor een zelfstandige voorziening, kan worden bereikt. Op basis hiervan schatten we het tweede scenario als minder realistisch in. Ook het eerste scenario achten wij minder goed haalbaar vanwege de onzekerheid over de adherentie die kan worden bereikt.

Bij een semi-zelfstandige voorziening wordt het idee van een compleet basisziekenhuis losgelaten. In overleg met de samenwerkingspartner (het ziekenhuis dat de semi-zelfstandige voorziening exploiteert) moet worden bekeken welk voorzieningenniveau mogelijk is in Emmeloord. Voorwaarde is wel dat de locatie Emmeloord wordt ontvlochten van de IJsselmeerziekenhuizen. Ten eerste is het niet wenselijk om twee vergelijkbare voorzieningen in één klein geografisch gebied aan te bieden. Ten tweede kan bij ontvlechting gebruik worden gemaakt van de huidige voorzieningen waardoor de investeringen in de semi-zelfstandige voorziening beperkt kunnen blijven.

In scenario 5 wordt onderscheid gemaakt in de exploitatie van de ziekenhuisvoorziening (door een omliggend ziekenhuis) en de exploitatie van het vastgoed (door een private investeerder). Het omliggende ziekenhuis huurt de ziekenhuislocatie van de private investeerder, waardoor de financiële investeringen voor het omliggende ziekenhuis beperkt blijven. De private

investeerder exploiteert het resterende deel van het vastgoed, bijvoorbeeld voor zorggerelateerde voorzieningen. Hierdoor kan een breder voorzieningenaanbod worden ontwikkeld.

1.4 Aanbeveling

We raden aan om in een volgende fase nader onderzoek te doen naar de randvoorwaarden waaronder scenario 4 of scenario 5 kan worden gerealiseerd. Belangrijke randvoorwaarden hierbij zijn: de bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen om mee te werken aan ontvlechting, de bereidheid van omliggende ziekenhuizen om samen te werken en de bereidheid van private investeerders om zorg(gerelateerde)voorzieningen te exploiteren in Emmeloord.

Voor wat betreft de noodzakelijke bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen om mee te werken aan ontvlechting is het van belang te zoeken naar een oplossingsrichting waar de IJsselmeerziekenhuizen ook baat bij hebben.

2 Opzet en verantwoording

2.1 Achtergrond

Op 1 juli 1990 zijn het Dokter J.H. Jansen Ziekenhuis uit Emmeloord en het Zuiderzee Ziekenhuis uit Lelystad tot de IJsselmeerziekenhuizen gefuseerd. Aanvankelijk is het doel om op facilitair gebied efficiencyvoordelen te behalen. Zeven jaar na de start van de fusie worden in het Medisch Beleidsplan 1998-2003 keuzen gemaakt op het gebied van functie- en taakverdeling tussen de beide locaties. In het plan is de koers uitgezet om 'het voorzieningenniveau van de IJsselmeerziekenhuizen te handhaven en te verstevigen door het versterken van functies binnen de eigen regio en in tweede instantie te richten op de levensvatbaarheid van de afzonderlijke locaties'. Voorts stelt het plan voor de klinische capaciteit van niet-basale functies op één locatie te concentreren en een beperkt aantal medisch-inhoudelijke aandachtsgebieden uit te bouwen.

In 1998 is er één medische staf en één stafbestuur voor de ziekenhuiscombinatie gevormd. De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land gaat in 1999 samenwerken met de IJsselmeerziekenhuizen. Tevens vindt in dat jaar de oprichting van de koepelstichting IJsselmeezorg plaats. In het voorjaar van 2000 sluit het ziekenhuis een meerjarenovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar. Deze overeenkomst biedt de mogelijkheid knelpunten in de bezetting van medisch specialisten op te lossen. Tijdens de Urker conferenties in juni 2000 is het Functie Profileringsplan (FPP) opgesteld. Hierin is aangegeven hoe de functies over beide locaties worden verdeeld. In de zomer van 2000 stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vast dat de kwaliteit van de medische zorg in Emmeloord niet voldoet aan de eisen die gesteld (mogen) worden. Het specialisme gynaecologie/obstetrie wordt tijdelijk in Lelystad geconcentreerd vanwege problemen in de personele bezetting in Emmeloord.

Eind 2001 treedt verpleeghuis Talma Hof toe tot de koepel IJsselmeezorg. In het najaar van 2001 verschijnt het rapport van extern adviseur de heer Hoek, die zich zeer kritisch toont over het gevoerde beleid. Op basis van de conclusies van dit rapport presenteert de Raad van Bestuur in november 2001 een aanpak om uit de impasse te geraken. In het voorjaar van 2002 trekken de stafleden uit Emmeloord zich terug uit de gezamenlijke staf en zijn voornemens een eigen vereniging op te richten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt in 2002 de Commissie IJsselmeerziekenhuizen aan die advies moet geven over een bereikbaar toekomstperspectief voor de IJsselmeerziekenhuizen¹. Verschillende externe onderzoeken en rapporten volgen elkaar in rap tempo op om de neerwaartse spiraal in financiële en organisatorische zin tot stilstand te brengen. In 2004 geeft de Raad van Bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen aan mevrouw Le Grand² de opdracht een advies uit te brengen waarbij de functieverdeling tussen de twee locaties tot stand kan worden gebracht. Het Platform ZorggebruikersBelangen laat in een reactie weten zich niet te kunnen verenigen met het uitgebrachte advies³. In hetzelfde jaar

¹ Bron: *Een ziekenhuis in de polders*. Commissie IJsselmeerziekenhuizen (2002)

² Bron: *Strategische toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen*. M.J.M. Le Grand-Van den Bogaard (2005)

³ Bron: *Opmerkingen bij het advies van de werkgroep IJsselmeerziekenhuizen*. Stichting ZorgGebruikersBelang NOP/Urk (brief 3 maart 2005)

heeft Sturkenboom Partners⁴ een businessplan opgesteld voor de exploitatie van een zelfstandig basisziekenhuis. Le Grand laat in een reactie weten het plan Sturkenboom niet aantrekkelijk te vinden voor de gemeente Noordoostpolder en vindt het desastreus voor Lelystad⁵.

Begin 2005 is op initiatief van de medisch specialisten het Medisch Beleidsplan 2005-2009⁶ tot stand gekomen. Het plan schetst op hoofdlijnen de toekomstige ontwikkelingen op medisch beleidsmatig terrein voor beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen. Later in het jaar dient de gehele vakgroep dermatologie van de locatie Emmeloord uit onvrede met het gevoerde beleid haar ontslag in.

2.2 Onderzoeksopdracht

Volgens de gemeenteraden van Urk en Noordoostpolder heeft de fusie tot nu toe niet het resultaat opgeleverd dat was verwacht en voorzien bij de fusie. Het zorgaanbod van het voormalige Dokter J.H. Jansenziekenhuis is sterk verminderd. De bevolking van Noordoostpolder en Urk kiezen steeds meer voor omliggende ziekenhuizen in plaats van de IJsselmeerziekenhuizen, locatie Lelystad. Hierdoor herstelt de adherentie niet en komt het zorgaanbod nog meer in gevaar.

De gemeenten Noordoostpolder en Urk verwachten niet dat een voorzieningenaanbod zal ontstaan dat zij als wenselijk beschouwen. Ook verwachten zij niet dat de Raad van Bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen zijn werkwijze zal wijzigen. Daarom vinden de gemeenten het wenselijk de haalbaarheid te onderzoeken van een loskoppeling van het ziekenhuis, locatie Emmeloord, van de IJsselmeerziekenhuizen of het starten van een geheel nieuwe voorziening op een andere locatie binnen Emmeloord.

De onderzoeksopdracht als volgt:

Onderzoek de haalbaarheid van de verzelfstandiging van het Dokter J.H. Jansen Ziekenhuis (of een nieuwe voorziening) en de rendabele exploitatie daarvan als basisziekenhuis met een adequate spoedeisende hulp/acute opvang en minimaal de basisspecialismen kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie, interne geneeskunde en chirurgie (alle zowel klinisch als poliklinisch).

Het onderzoek moet duidelijk maken of een ziekenhuisvoorziening met een voorzieningenniveau dat door de bevolking en de politiek is gewenst, rendabel kan worden geëxploiteerd. Vervolgens moet duidelijk worden op welke wijze die rendabele exploitatie gerealiseerd kan worden.

⁴ Bron: *Een ziekenhuis op eigen benen. Bedrijfsplan op hoofdlijnen Ziekenhuis Emmeloord*. Sturkenboom Partners (2004)

⁵ Bron: *Advies aan College B&W gemeente Noordoostpolder* M.J.M. Le Grand-Van den Bogaard (2004)

⁶ Bron: *Medisch Beleidsplan 2005-2009 IJsselmeerziekenhuizen*. (2005)

2.3 Aanpak en verantwoording

Het onderzoek bestaat uit twee fasen, te weten een haalbaarheidsstudie en een verdiepend onderzoek naar het voorzieningenaanbod en de arbeidsmarkt voor medisch specialisten.

Fase 1, de haalbaarheidsstudie, bestaat uit drie delen:

- *Quick scan van vergelijkbare ziekenhuisvoorzieningen.* De quick scan brengt vergelijkbare (en succesvol gebleken) ziekenhuisvoorzieningen in kaart. Dit zijn zelfstandige ziekenhuizen met een relatief kleine adherentie. Per ziekenhuis geven we inzicht in het voorzieningenniveau, de belangrijkste financiële kengetallen en het kwaliteitsniveau van het ziekenhuizen. Wij hebben hierbij gebruik gemaakt van jaarrekeningen en websites van de ziekenhuizen⁷;
- *Marktverkenning.* Door middel van desk research hebben we de huidige en toekomstige demografische gegevens en de adherentie in de regio Urk en Noordoostpolder inzichtelijk gemaakt.⁸ De desk research geeft ook inzicht in de gebieden waarop ziekenhuizen in de regio zich medisch-inhoudelijk profileren en de toelatingseisen op basis van bestaande wet- en regelgeving.⁹ Wij hebben hiervoor bestaande onderzoeken, plannen van aanpak, beleidsplannen en rapporten¹⁰ bestudeerd. Ook hebben we gebruik gemaakt van gegevens van het CBS en Internet;
- *Interviewronde bij relevante partijen.* In een interviewronde met belangrijke partijen¹¹ – omliggende ziekenhuizen, huisartsen in de regio, een zorgverzekeraar, ministerie van VWS, Platform ZorgGebruikersBelang – zijn we nader ingegaan op hun visie op een klein zelfstandig ziekenhuis. Ook hebben we gesproken met de voorzitter van de Raad van Bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen.

In fase 2 hebben we onze bevindingen uit fase 1 nader getoetst. We hebben diverse gesprekken gevoerd met private investeerders om de mogelijkheden te onderzoeken voor het aantrekken van privaat kapitaal. Gesprekken met vergelijkbare kleine ziekenhuisvoorzieningen hebben inzicht gegeven in het noodzakelijke voorzieningenaanbod, zorginhoudelijke succesfactoren en de manier waarop een zorgaanbieder zich als aantrekkelijke werkgever kan profileren. Tot slot hebben we diverse medisch specialisten gesproken om te bepalen welke factoren voor hen bepalend zijn bij de keuze voor een klein zelfstandig ziekenhuis en bezochten we een intermediair voor medisch specialisten.

⁷ De uitkomsten van de quick scan treft u aan in bijlage A. Bijlage B bevat een profielschets van de IJsselmeerziekenhuizen.

⁸ De demografische gegevens treft u aan in bijlage C.

⁹ De toelatingseisen treft u aan in bijlage D.

¹⁰ Een overzicht van de bestudeerde documenten treft u aan in bijlage E.

¹¹ De interviewpartners treft u aan in bijlage F.

2.4 Leeswijzer

In dit hoofdstuk hebben wij de achtergrond en vraagstelling van het onderzoek geschetst. Ook zijn we ingegaan op de gevolgde aanpak. De resultaten van de quick scan onder kleine ziekenhuizen presenteren we in hoofdstuk 3, waarna we in hoofdstuk 4 de (potentiële) markt in kaart brengen. In hoofdstuk 5 zetten we de visies op verzelfstandiging uiteen van de belangrijkste stakeholders. In hoofdstuk 6 gaan we in op randvoorwaarden voor een klein zelfstandig ziekenhuis en scenario's om een zelfstandige voorziening vorm te geven. De bijlagen bevatten een toelichting op de quick scan en een overzicht van de geraadpleegde bronnen en gesprekspartners.

3 Economische haalbaarheid

Wij hebben door middel van een quick scan vergelijkbare (en succesvol gebleken) ziekenhuisvoorzieningen in kaart gebracht. Doel hiervan is om de economische haalbaarheid te onderzoeken van een klein zelfstandig ziekenhuis.

Voor vijf ziekenhuizen hebben we de volgende informatie geïnventariseerd:

- Het voorzieningenniveau: wat doen de ziekenhuizen?
Bron: website, jaarverslagen 2005;
- Financiële kengetallen: hoe is de financiële situatie van het ziekenhuis?
Bron: jaarrekeningen 2005;
- Het kwaliteitsniveau: hoe wordt de kwaliteit van zorg ervaren?
Bron: Elsevier-enquête, top-100 ziekenhuizen Algemeen Dagblad.

Vervolgens hebben we met drie ziekenhuizen een interview gehouden waarin we dieper zijn ingegaan op het voorzieningenniveau, de financiële situatie en de kritieke succesfactoren voor een klein zelfstandig ziekenhuis.

In dit hoofdstuk gaan wij achtereenvolgens in op de resultaten van de ziekenhuizen uit de quick scan en de resultaten van de interviewronde onder drie ziekenhuizen. In bijlage A lichten wij de resultaten per onderdeel uitgebreid toe.

3.1 Capaciteit

Vijf ziekenhuizen zijn in de quick scan geanalyseerd. Het zijn allemaal zelfstandige ziekenhuizen met een relatief klein adherentie-/verzorgingsgebied, te weten:

- Talma Sionsberg uit Dokkum;
- Van-Weel Bethesda Ziekenhuis uit Dirksland;
- Delfzicht Ziekenhuis uit Delfzijl;
- Refaja Ziekenhuis uit Stadskanaal;
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis uit Hardenberg.

Tabel 3.1 laat de poliklinische en klinische adherentie, het aantal erkende bedden, de productiecijfers en de gemiddelde ligduur per ziekenhuis zien. De adherentiecijfers zijn afkomstig van de ziekenhuizen zelf. Wij hebben deze cijfers vergeleken met de cijfers van Prismant. Volgens Prismant zijn er verschillen in de adherentiecijfers die de ziekenhuizen zelf

opgeven en de door Prismant berekende cijfers. Wij kunnen de verschillen niet verklaren op basis van de bij ons beschikbare informatie.

Volgens Prismant wordt de adherentie van een ziekenhuis berekend door het marktaandeel van een ziekenhuis in een gemeente te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in de betreffende gemeente. Het marktaandeel wordt berekend door het aantal opnamen van ziekenhuis X in gemeente Y te delen door het totaal opnamen in gemeente Y. Opnamen van gezonde zuigelingen en door het specialisme psychiatrie worden hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.1. Algemeen profiel ziekenhuizen

	Talma Sionsberg (Dokkum)	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)	Refaja Ziekenhuis (Stads-kanaal)	Röpcke-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)
Adherentie • Poliklinisch • Klinisch (incl. dagopname)	47.480 42.991 (2005)	64.745 61.319 (2005)	60.946 55.505 (2005)	69.000 83.000 (2005)	
Aantal erkende bedden	138	140	186	200	181
Productiecijfers • Opnamen • Verpleegdagen • Dagverpleging • EPB	4.386 28.905 3.018 24.538	6.187 38.160 5.132 37.579	6.902 43.027 4.700 41.725	7.792 49.156 11.074 44.476	8.375 51.252 3.775 38.890
Gemiddelde ligduur		6,2 dagen	6,2 dagen	6,3 dagen	6 dagen

Bron: jaarverslagen, jaarrekeningen ziekenhuizen 2005 en/of opgave ziekenhuizen

3.2 Voorzieningen, financiën en kwaliteit

Hieronder lichten wij de resultaten op het gebied van voorzieningen, financiën en kwaliteit toe.

Voorzieningenniveau

Alle vijf ziekenhuizen bieden de specialismen chirurgie, gynaecologie/verloskunde, interne geneeskunde en kindergeneeskunde aan. Daarnaast profileren de vijf ziekenhuizen zich op medisch-specialistisch gebied op uiteenlopende wijze.

Financiële kengetallen

Tabel 3.2 laat het wettelijke budget, de som van de bedrijfslasten, het exploitatieresultaat, het eigen vermogen en de solvabiliteit per ziekenhuis zien. Alle vijf ziekenhuizen hebben zowel in 2004 als in 2005 een positief resultaat, een stijgende omzet en eigen vermogen.

Tabel 3.2 Financiële kengetallen van de ziekenhuizen

	Talma Sionsberg (Dokkum)		Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)		Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)		Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)		Röckpe-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Wettelijk budget	23.835	23.343	30.749	31.026	34.870	34.516	39.882	38.184	35.869	35.134
Som der bedrijfs-opbrengsten	24.966	26.903	31.393	33.454	36.143	39.140	41.091	42.529	65.060 *	68.370 *
Exploitatie-resultaat	834	1.951	877	1.059	1.843	1.610	479	969	681*	471 *
Eigen vermogen	2.423 *	4.281 *	4.048	5.107	3.324	4.934	3.337	4.306	6.047 *	6.517 *
Solvabiliteit	4,9%	7,85%		16,05%	9,8%	13,5%	7,9%	10,3%	10,4%	9,5%

* cijfers zijn weergegeven op geconsolideerd niveau

Kwaliteitsniveau

Alle ziekenhuizen hebben, afhankelijk van de gebruikte bron, uiteenlopende posities als het gaat om kwaliteit. Het Van-Weel Bethesda Ziekenhuis komt in deze onderzoeken als beste naar voren. De reden hiervan is dat dit ziekenhuis een bovengemiddelde positie op het gebied van medische kwaliteit en een koppositie op financieel en operationeel gebied inneemt.

Tabel 3.3 Kwaliteitsniveau van de ziekenhuizen

		Talma Sionsberg (Dokkum)	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)	Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)	Röckpe-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)
Eisevier enquête	Positie Top-95 'Beste Ziekenhuizen 2006'	16	18	38	93	20
	Rapportcijfer medische en verpleegkundige prestaties	7,0	7,5	6,6	6,4	7,5
	Rapportcijfer beste specialisten	7,0	7,5	6,6	6,4	7,5
AD Top-100	Positie Top-100	13	2	83	9	33
	Score	75,81	81,16	58,11	77,03	70,27

3.3 Resultaten interviewronde ziekenhuizen quick scan

In een interviewronde onder de ziekenhuizen zijn we nader ingegaan op het voorzieningenniveau, de financiële situatie en de kritieke succesfactoren voor een klein zelfstandig ziekenhuis. We hebben het Delfzicht Ziekenhuis uit Delfzijl, het Refaja Ziekenhuis uit Stadskanaal en Talma Sionsberg uit Dokkum bezocht. Het Van-Weel Bethesda Ziekenhuis en Ziekenhuis Röpcke-Zweers hebben aangegeven geen medewerking te willen verlenen aan een interview.

Hieronder gaan we kort in op de resultaten.

Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)

Het Delfzicht Ziekenhuis profileert zich als een ziekenhuis dat vertrouwd is met de bevolking en dichtbij brede basiszorg biedt. In de afgelopen vier jaar heeft het Delfzicht Ziekenhuis zich ontwikkeld tot een financieel gezonde organisatie. Hieraan voorafgaand verkeerde het Delfzicht Ziekenhuis in een aanmerkelijke slechtere financiële positie. De positieve resultaten van de afgelopen jaren zijn te verklaren door een verlaging in kosten en een verhoging aan de opbrengstenkant. Zo heeft Delfzicht in 2003 een reductie van nagenoeg 10% in personeel gerealiseerd. Deze is inmiddels weer op het oude niveau met name als gevolg van toenemende regeldruk, bijvoorbeeld op het gebied van DBC's, kwaliteit en verantwoording. Verder heeft Delfzicht de productiviteit verhoogd en goede afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.

Het Delfzicht Ziekenhuis geeft aan dat een klein zelfstandig ziekenhuis kwetsbaar is waardoor een financieel gezonde positie relatief snel kan omslaan. Het ziekenhuis heeft begin 2007 de intentie uitgesproken een fusie aan te gaan met het St. Lucas Ziekenhuis in Winschoten. Doel hiervan is om de adherentie te vergroten en daarmee de kwetsbaarheid van het ziekenhuis te verkleinen. Daarnaast werkt het ziekenhuis nauw samen met het Refaja Ziekenhuis en het St. Lucas Ziekenhuis in de Stichting Samenwerking Ziekenhuizen Oost Groningen (SSZOG).

Medewerkers van het ziekenhuis voelen zich sterk betrokken bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis probeert zijn sterke positie in de regio te behouden door inwoners te betrekken. Zo heeft het ziekenhuis onlangs een arbo-curatief product gericht op re-integratie ontwikkeld (de arbo-curatieve straat) dat aangeboden wordt aan de haven- en logistieke sector in de regio. Ook onderhoudt het ziekenhuis een goede relatie met huisartsen; iedere woensdagmiddag wordt een refereerbijeenkomst georganiseerd waarbij specialisten en huisartsen aanwezig zijn.

Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)

Het Refaja Ziekenhuis heeft de afgelopen drie jaar met een positief resultaat afgesloten. De positieve resultaten van de afgelopen jaren zijn onder meer te verklaren door kostenbesparing als gevolg van samenwerking met andere partijen. Ook is in 2006 een toename van de arbeidsproductiviteit met 6% gerealiseerd. Het Refaja Ziekenhuis werkt op het gebied van infectieziekten samen met alle ziekenhuizen in Groningen en Drenthe en koopt de apotheekfunctie in bij het Martini Ziekenhuis in Groningen. Daarnaast werkt het ziekenhuis samen met het Delfzicht Ziekenhuis en het St. Lucas Ziekenhuis in de Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Oost Groningen (SSZOG). Samenwerking vindt plaats op het gebied van nucleaire geneeskunde, pathologische anatomie en mobiele units MRI en hartkatheterisatie. De SSZOG rolt nu over heel Oost Groningen een digitaal netwerk/EPD uit. Het Refaja Ziekenhuis sluit niet uit dat op termijn de samenwerking in de SSZOG verder wordt geïntensiveerd.

Het Refaja Ziekenhuis geeft aan dat het voor kleine ziekenhuizen moeilijker is om te voldoen aan kwaliteitseisen en richtlijnen, bijvoorbeeld vanuit wetenschappelijke verenigingen. Ook is het voor een klein ziekenhuis niet eenvoudig om voldoende goede specialisten aan te trekken.

Het Refaja Ziekenhuis werkt servicegericht: patiënten voelen zich welkom. Het kwaliteitsniveau van de verschillende specialismen is goed. Het stafbestuur werkt aan een drietal reglementen om dit zo te houden en waar mogelijk te verbeteren. Om voldoende adherentie te genereren is het belangrijk om het vertrouwen te hebben van de bevolking en alle basisspecialismen aan te bieden. Sommige specialismen renderen minder maar zijn noodzakelijk om de adherentie op peil te houden.

Talma Sionsberg (Dokkum)

Stichting Christelijke Zorgvoorzieningen Talma Sionsberg is een zorgvoorziening in Noordoost Friesland met een regionaal karakter. Talma Sionsberg biedt naast onderzoek en behandeling, langdurige, kortdurende en transmurale zorg. De organisatie telt ongeveer 1050 medewerkers en bestaat uit een ziekenhuis en verpleeghuis in Dokkum, een verpleeghuis in Veenwouden en een verpleeghuis dependance op Ameland.

Talma Sionsberg werkt samen met het Medisch Centrum Leeuwarden. De samenwerking is nodig om een zo breed mogelijk voorzieningenpalet aan te kunnen bieden en spitst zich toe op de uitwisseling van bijvoorbeeld MDL-artsen, plastisch chirurgen en longartsen. Op medisch-specialistisch gebied specialiseert Talma Sionsberg zich met een hoofdpijnkliniek en innovatieve oogheelkundige zorg (druppelanesthesie). Het ziekenhuis werkt met 'physician assistants'. Ze vervullen een brugfunctie tussen verpleegkundigen en artsen en nemen veel taken over van de medisch specialisten.

Talma Sionsberg profileert zich verder door het organiseren van ketenzorg. Op het terrein van Talma Sionsberg in Dokkum is een zorgboulevard (17 gebouwen) gevestigd (onder meer thuiszorg, GGD, GGZ, tandarts, fysiotherapie, haptonoom). Ook biedt het terrein onderdak aan een HOED (huisartsen onder een dak). Door de constructie van de zorgboulevard is alle zorg geconcentreerd op één locatie. De zorgprocessen worden rondom de klant gestroomlijnd, wat veel duidelijkheid biedt voor de patiënt. Het ziekenhuis wortelt zich in deze omgeving en vormt een onmisbare schakel in de gehele zorgketen. Bovendien kunnen (overhead)kosten worden gedeeld over de verschillende zorgaanbieders, wat bijdraagt aan het positieve financiële resultaat van de afgelopen jaren van Talma Sionsberg.

Voorzieningenniveau

Volgens de kleine ziekenhuizen is het aanbieden van alle basisspecialismen een belangrijke voorwaarde om voldoende advertentie te genereren en deze op peil te houden, ook al zijn niet alle specialismen renderend. Daarnaast onderstrepen de ziekenhuizen het nut en de noodzaak van het verbreden of verdiepen van het zorgaanbod. Bij de meerderheid van de ziekenhuizen troffen we hier voorbeelden van aan. In dit verband valt te denken aan een zorgboulevard, hoofdpijnkliniek of een arbo-curatieve straat. De volgende belangrijke adherentieverstokers zijn ook genoemd:

- Creëer een goede relatie met de regionale huisartsen (bijvoorbeeld door bijeenkomsten tussen specialisten en huisartsen te organiseren);
- Draag zorg voor betrokkenheid met inwoners uit de regio (bijvoorbeeld door inwoners in het regionale dialect aan te spreken. Inwoners voelen zich hierdoor betrokken bij 'hun ziekenhuis');
- Creëer vertrouwen onder de bevolking;
- Realiseer korte wachtlijsten.

Financiële kengetallen

De ziekenhuizen die we bezocht hebben, hebben over de afgelopen jaren een positief resultaat gerealiseerd. De positieve resultaten zijn te verklaren door diverse factoren, namelijk:

- *Verlaging van (overhead)kosten.* Verlaging van overheadkosten kan worden gerealiseerd door een reductie van personeel (natuurlijk verloop), samenvoeging van afdelingen in bijvoorbeeld een short-stay afdeling, samenwerking met andere zorgaanbieders en het verkleinen van fee burners;
- *Verhoging van de opbrengsten.* Verhoging van de opbrengsten kan worden gerealiseerd door goede onderhandelingen met zorgverzekeraars, het vergroten van het aantal fee-earners, besparing op de rentelasten en het verkrijgen van een beschikbaarheidstoelage.

De ziekenhuizen benadrukken allen dat een financieel gezonde positie relatief snel kan omslaan door de kleine omvang van de ziekenhuisorganisaties. Een risico voor de toekomst is de toename van administratieve lasten, onder meer door de DBC's. Ook de rol van ICT is steeds groter geworden in ziekenhuizen. Waar ICT vroeger ondersteunend werkte aan het primaire proces, is het nu niet meer mogelijk zonder ICT als ziekenhuis te functioneren. De kosten hiervan zijn echter zo hoog dat een klein ziekenhuis dit niet (alleen) kan opbrengen.

Kwaliteit

Hoewel een klein zelfstandig ziekenhuis mogelijk wel economisch gezond kan zijn, is het de vraag of kleine ziekenhuizen op termijn aan kwaliteitseisen kunnen blijven voldoen. Wetenschappelijke verenigingen geven bijvoorbeeld adviezen over het aantal verrichtingen dat specialisten op jaarbasis moeten uitvoeren om hun vakkennis op peil te houden. Specialisten in kleine ziekenhuizen kunnen hier meestal niet aan tegemoetkomen. Ook is er onlangs een richtlijn IC verschenen waar veel ziekenhuizen, en in het bijzonder kleine ziekenhuizen, moeilijk aan kunnen voldoen. Samenwerken met andere zorgaanbieders op bovengenoemde terreinen is dan ook volgens de ziekenhuizen uit de quick scan noodzakelijk.

4 Marktverkenning

In dit hoofdstuk verkennen wij de markt voor een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord. Wij gaan in op het marktpotentieel aan de hand van bevolkingsgegevens van de gemeenten Urk en Noordoostpolder en omgeving. Verder beschrijven wij het zorgaanbod in de omgeving van Emmeloord. Ten slotte gaan we in op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten.

4.1 Marktpotentieel

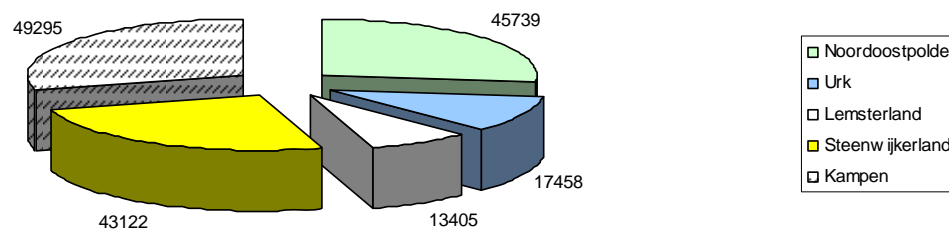
In deze paragraaf bekijken wij de potentiële adherentie van een voorziening op de locatie Emmeloord. De adherentie van een ziekenhuis wordt berekend door het marktaandeel van een ziekenhuis in een gemeente te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in de betreffende gemeente.

Bij de schatting van de potentiële adherentie kijken wij naar het (potentiële) verzorgingsgebied, dat wil zeggen de gemeente Urk, Noordoostpolder en omliggende gemeenten. Vanuit deze gemeenten zal een bepaald deel van de inwoners gebruik maken van de zorg in het ziekenhuis. Een ander deel zal gebruik (blijven) maken van omliggende ziekenhuizen.

Omvang van de bevolking in adherentiegebied

Voor de schatting gaan we uit van het aantal inwoners in de gemeenten Urk en Noordoostpolder op 1 januari 2006, namelijk 63.197. Tot het potentiële adherentiegebied rekenen we ook de omliggende gemeenten Kampen, Steenwijkerland en Lemsterland. Indien deze gemeenten ook betrokken worden bedraagt het aantal inwoners 169.019. De verdeling van inwoners over de vijf gemeenten is in onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 4.1 Aantal inwoners gemeenten Noordoostpolder, Urk en omgeving op 1 januari 2006¹²



¹² Bron: CBS Statline

Het is niet waarschijnlijk dat alle inwoners van deze drie omliggende gemeenten gebruik zullen maken van een ziekenhuis in Emmeloord. Naar verwachting zullen alleen inwoners van plaatsen die qua afstand en reistijd dicht bij Emmeloord liggen, van een ziekenhuis in Emmeloord gebruik maken. Dit betreft zeven plaatsen. In de gemeente Lemsterland gaat het om Lemmer. In Steenwijkerland Blokzijl, Kuinre, Vollenhove en Blankenham, en in Kampen om de plaatsen Kampen en IJsselmuiden. Het is met name de vraag of inwoners van de plaatsen Kampen en IJsselmuiden daadwerkelijk gebruik zullen maken van een voorziening in Emmeloord, gezien de nabijheid van de Isala Klinieken in Zwolle.

Tabel 4.2 Aantal inwoners in plaatsen¹³

	Aantal inwoners op 1/1/2006
Blokzijl (gemeente Steenwijkerland)	1.366
Kuinre (gemeente Steenwijkerland)	863
Blankenham (gemeente Steenwijkerland)	364
Vollenhove (gemeente Steenwijkerland)	4.082
Gemeente Lemsterland (Lemmer)	13.405*
Kampen (gemeente Kampen)	33.691
IJsselmuiden (gemeente Kampen)	11.542
Totaal	65.313

* Dit betreft het totaal aantal inwoners van Lemsterland. De gemeente Lemsterland is niet in staat het aantal inwoners van Lemmer te specificeren.

Schatting marktaandeel

Van het percentage van de bevolking dat gebruik zal maken van een ziekenhuis in Emmeloord moet een schatting gemaakt worden, aangezien een zelfstandig ziekenhuis met vier basisspecialismen op dit moment niet aanwezig is in Emmeloord. Uit het rapport van de IJsselmeerziekenhuizen uit 2006 blijkt dat het adherentiepercentage van de IJsselmeerziekenhuizen 65% bedraagt.¹⁴ Hierbij is geen specificatie van de adherentie van de locatie Emmeloord opgenomen. Uit de adherentiecijfers van de locatie Emmeloord uit de jaren 1996 tot en met 1998 blijkt een gemiddeld marktaandeel van 65% in de gemeenten Urk en Noordoostpolder.¹⁵ De poliklinische adherentie bedroeg in 1998 44.715 en de klinische adherentie 45.928. In voorgaande jaren werden aanmerkelijk hogere marktaandelen bereikt in de gemeenten Urk en Noordoostpolder. Het marktaandeel voor kindergeneeskunde bedroeg in de jaren 1987 tot en met 1991 gemiddeld 80% in Urk en Noordoostpolder. Het marktaandeel van het specialisme gynaecologie bedroeg gemiddeld 93%, van interne geneeskunde was dit 82%. Het gemiddelde marktaandeel van chirurgie bedroeg 86%¹⁶.

¹³ Bron: afdeling Burgerzaken gemeente Steenwijkerland, gemeente Kampen en CBS Statline

¹⁴ Bron: Strategische toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen (2006) M.J.M. Le Grand – Van den Bogaard

¹⁵ Bron: Kernanalyse ziekenhuizen. IJsselmeerziekenhuizen Dr. J.H. Jansenziekenhuis (1998) SIG Zorginformatie

¹⁶ Bron: Productie en adherentieoverzicht Emmeloord

Volgens een rapport uit 2003 van de Specialisten Vereniging Ziekenhuis Emmeloord bedraagt het gemiddelde adherentiepercentage in Nederland 85%¹⁷. In een interview met de Raad van Bestuur van een van de omliggende ziekenhuizen wordt een percentage van 80% als gemiddeld genoemd.

Het beoogde zelfstandige ziekenhuis zal echter niet alle specialismen aanbieden maar vier basisspecialismen. Dit maakt het marktaandeel waarschijnlijk lager. Wij schatten dit marktaandeel op ten minste 60% en maximaal 80%.

Berekening potentiële adherentie

Op 1 januari 2006 bedraagt het aantal inwoners van de gemeenten Noordoostpolder en Urk samen 63.197. Het aantal inwoners in de gemeente Noordoostpolder en Urk en zeven omliggende plaatsen bedraagt op 1 januari 2006 128.510. In tabel 4.2 is het potentiële aantal adherente inwoners opgenomen. Wij geven de adherentie weer voor vier scenario's. In het eerste scenario rekenen wij alleen de inwoners van de gemeenten Urk en Noordoostpolder tot de adherente inwoners (63.197 inwoners), in scenario 2 rekenen wij de inwoners van beide gemeenten tot de adherente inwoners én de helft van de inwoners uit omliggende plaatsen. In dit scenario nemen wij de inwoners van Kampen en IJsselmuiden niet mee. In totaal gaat het dan om 73.237 inwoners. In scenario 3 rekenen wij de inwoners van beide gemeenten tot de adherente inwoners én de helft van de inwoners uit alle omliggende plaatsen, inclusief Kampen en IJsselmuiden (in totaal 95.854 inwoners). Bij scenario 4 rekenen wij alle inwoners uit de gemeenten Urk en Noordoostpolder en omliggende plaatsen tot het adherentiegebied (in totaal 128.510 inwoners). Voor deze vier scenario's gebruiken wij een minimum adherentiepercentage van 60% en een maximum adherentiepercentage van 80%.

Tabel 4.3 Potentieel adherentiegebied

	60%	80%
Scenario 1: Adherentie Urk en Noordoostpolder	37.918	50.558
Scenario 2: Adherentie Urk, Noordoostpolder en helft omliggende plaatsen, exclusief de inwoners van Kampen en IJsselmuiden	43.942	58.590
Scenario 3: Adherentie Urk, Noordoostpolder en helft alle omliggende plaatsen, inclusief de inwoners van Kampen en IJsselmuiden	57.512	76.683
Scenario 4: Adherentie Urk, Noordoostpolder en omliggende plaatsen	77.106	102.808

In vergelijking met andere kleine ziekenhuizen zijn de adherentiecijfers die bereikt worden in scenario 1 en 2 relatief laag. Een adherentieniveau dat vergelijkbaar is met andere kleine ziekenhuizen kan alleen worden bereikt als een aanzienlijk deel van de bevolking in de gemeenten Urk en Noordoostpolder wordt bereikt (meer dan 90%) en/of als, naast de

¹⁷ Bron: Naar een volwaardige zorg op twee locaties. De visie van de Specialisten Vereniging Ziekenhuis Emmeloord. Een reactie op het Plan van Aanpak. (2003)

gemeenten Urk en Noordoostpolder, een deel van bevolking uit omliggende gemeenten wordt bereikt.

4.2 Omgevingsanalyse

In deze paragraaf gaan wij in op het aanbod in de omgeving in termen van bereikbaarheid en voorzieningen. Figuur 4.2 bevat een kaart met de aanwezige ziekenhuizen in de omgeving. Ook zijn hierin de ziekenhuizen uit de quick scan gemarkeerd. In de figuur is te zien dat de locatie Emmeloord een centrale ligging heeft. In de directe omgeving zijn geen andere ziekenhuizen. De dichtstbijzijnde ziekenhuizen vanuit Emmeloord bevinden zich in Lelystad en Meppel (op respectievelijk ongeveer 34 en 38 km afstand).

Figuur 4.2 Kaart met de aanwezige ziekenhuizen in potentieel adherentiegebied



Bereikbaarheid

Uit informatie van RIVM blijkt dat 99,4% van de Nederlandse bevolking met eigen auto een Spoedeisende Hulp afdeling binnen 30 minuten bereikt. Ongeveer 0,6% (96.920 mensen) woont meer dan 30 minuten rijden van een SEH-afdeling. Tot deze 0,6% wordt óók de Noordoostpolder gerekend, naast voornamelijk de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen en Schouwen-Duiveland.¹⁸

De bereikbaarheid van de locatie Emmeloord in het eigen verzorgingsgebied is volgens het plan van Sturkeboom aanzienlijk beter. In onderstaande tabel zijn enkele belangrijke kernen van de randen van het adherentiegebied als ijkpunt genomen. De tabel is ontleend aan de rapportage van Sturkeboom. De overige woonkernen binnen de Noordoostpolder bereiken de locatie Emmeloord sneller.¹⁹

Tabel 4.4 Bereikbaarheid locatie Emmeloord²⁰

	Afstand	Tijd
Lemmer – Emmeloord	20 km	20 minuten
Urk - Emmeloord	11 km	16 minuten
Blokzijl - Emmeloord	17km	18 minuten

Voorzieningenniveau

De belangrijkste omliggende ziekenhuizen in de regio zijn de locatie Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen zelf, het Flevoziekenhuis uit Almere, het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), het Antonius Ziekenhuis uit Sneek, de Isala Klinieken uit Zwolle en het Diaconessenhuis uit Meppel. Alle zes ziekenhuizen leveren basiszorg. Het UMCG, de Isala Klinieken en het Flevoziekenhuis leveren daarnaast topklinische zorg, al dan niet in samenwerking met een ander ziekenhuis.

Wij geven hieronder een overzicht van behandelmethodieken waarop deze vijf ziekenhuizen, waarmee samenwerking zou kunnen plaatsvinden, zich profileren. Hierbij ligt de focus op drie specialismen, te weten algemene chirurgie, gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde. Op het gebied van interne geneeskunde zijn wij geen voorbeelden van profilering tegengekomen. Opvallend is dat de vijf ziekenhuizen zich vooral sterk profileren op het gebied van gynaecologie/verloskunde.

¹⁸ www.rivm.nl

¹⁹ Bron: *Een ziekenhuis op eigen benen. Bedrijfsplan op hoofdlijnen Ziekenhuis Emmeloord*. Sturkenboom Partners (2004)

²⁰ Bron: *Een ziekenhuis op eigen benen. Bedrijfsplan op hoofdlijnen Ziekenhuis Emmeloord*. Sturkenboom Partners (2004)

Tabel 4.5 Medisch-inhoudelijke profilering op het gebied van chirurgie

Algemene chirurgie	
IJsselmeerziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • Directpoli chirurgie bedoeld voor kleine ingrepen.
Antonius Ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopische chirurgie: er is een OK speciaal ingericht als endosuite. • Bij colonchirurgie participeert men in een doorbraakproject peri - operatieve zorgverlening. Doel van het project is het verbeteren en bespoedigen van herstel bij grote buikoperaties.
Flevoziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Plaatsen van knieprothesen met behulp van computernavigatie.

Bron: Jaarrekeningen ziekenhuizen, websites ziekenhuizen en databank sneller beter

Tabel 4.6 Medisch inhoudelijke profilering op het gebied van gynaecologie/verloskunde

Gynaecologie/verloskunde	
Diaconessenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Via een website kunnen ouders hun baby op de couveuse afdeling thuis bekijken.
Flevoziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Extra bewaking op afdeling verloskunde (cameratoezicht op de kinderen kraamafdeling). • Gespecialiseerde kraamzorg thuis door verloskundigen met specifieke scholing. Hierdoor is vervroegd ontslag na keizersnede mogelijk.
Isala klinieken	<ul style="list-style-type: none"> • Project Veilig Incident Melden neonatalogie. Melden van bijna incidenten in de zorg waarbij de melding niet zal leiden tot negatieve gevolgen voor de veroorzaker/melder (blame free reporting). • Te vroeg geboren baby's liggen vaak lang in het ziekenhuis. De laatste weken van deze opname zijn vaak bestemd om zelf te leren drinken. Dit proces wordt verplaatst naar de thuissituatie. Onderzoek toont voordelen van eerder ontslag aan. • Project "Telebaby Isala-Zwolle" (ouders kunnen hun zieke kinderen volgen met behulp van een digitale cameratechniek).
UMCG	<ul style="list-style-type: none"> • Topklinische zorg: intensive care voor pasgeborenen. • Samenwerkingsverband met Verloskundige Groepspraktijk met als doel het verbeteren van verloskundige zorg en waar mogelijk extramuraliseren.

Bron: Jaarrekeningen ziekenhuizen, websites ziekenhuizen en databank sneller beter

Tabel 4.7 Medisch inhoudelijke profilering op het gebied van kindergeneeskunde

Kindergeneeskunde	
IJsselmeerziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none">• Video interactiebegeleiding waarin verpleegkundigen en pedagogisch medisch medewerkers de interactie tussen ouder en kind volgen en met behulp hiervan de ouders begeleiden.
Antonius Ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none">• Behandelprogramma voor kinderen met ernstig overgewicht• Tractie-behandeling voor kinderen in de thuissituatie
UMCG	<ul style="list-style-type: none">• Kinderoncologisch centrum (topklinische zorg)• Groningen protocol stimuleert kinderartsen melding te maken van actieve gevallen van levensbeëindiging bij kinderen.

Bron: Jaarrekeningen ziekenhuizen, websites ziekenhuizen en databank sneller beter

Bij de ontwikkeling van een zelfstandig ziekenhuis dient gekeken te worden naar de gebieden waarop nog geen profilering plaats vindt. Op gebieden waar de andere ziekenhuizen actief zijn kan samenwerking worden gezocht, zoals verloskunde (neonatologie Isala Klinieken) en kindergeneeskunde van het UMCG.

4.3 Arbeidsmarkt voor medisch specialisten

Voor een kleine zelfstandige voorziening is het belangrijk om kwalitatief goed medisch personeel aan te trekken en te behouden. In deze paragraaf gaan wij achtereenvolgens in op de factoren die voor medisch specialisten van belang zijn bij de keuze voor klein ziekenhuis te werken, de wijze waarop een klein ziekenhuis zich kan profileren als aantrekkelijke werkgever en de arbeidsmarkt voor medisch specialisten op het gebied van kindergeneeskunde, chirurgie, interne geneeskunde en gynaecologie/verloskunde.

Relevante factoren voor medisch specialisten bij de keuze voor een klein ziekenhuis

We hebben interviews gehouden met vier specialisten en een intermediair voor medisch specialisten Via Medica over de voor- en nadelen van het werken in een klein ziekenhuis.

Voordelen van het werken in een klein ziekenhuis zijn:

- het werken in een kleine maatschap;
- mogelijkheden om veel zelf te opereren;
- een breed takenpakket;
- korte communicatielijnen;

- een sterke band met de bevolking.

Nadelen zijn:

- hoge dienstbelasting door kleinere omvang vakgroepen;
- minder mogelijkheden voor wetenschappelijk werk en opleidingsmogelijkheden;
- minder mogelijkheden voor intercollegiaal overleg (gezien de beperkte omvang van de vakgroep);
- minder status;
- meer moeite om aan richtlijnen en protocollen te voldoen.

De aantrekkelijkheid van het werken in een klein ziekenhuis kan worden vergroot door:

- maatregelen om de dienstbelasting te beperken (meer flexibiliteit inbouwen, vakgroepen van voldoende omvang in samenwerking met andere ziekenhuizen);
- het aantrekken van specialisten in dienstverband (meer zekerheid, geen goodwill-probleem);
- het organiseren van samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen (meer specialisatiemogelijkheden, meer opleidingsmogelijkheden en meer intercollegiaal overleg);
- het bieden van praktische ondersteuning, zoals kinderopvang;
- medisch-inhoudelijke profilering of subspecialisatie, bijvoorbeeld door oprichting van bijvoorbeeld een mammacentrum, de uitvoering van endoscopische operaties of het organiseren van een zorgboulevard.

Arbeidsmarkt voor medisch specialisten

Uit de interviews met medisch specialisten, de ziekenhuizen uit de quick scan en Via Medica blijkt dat er op dit moment in Nederland geen krapte is op de arbeidsmarkt voor internisten, gynaecologen en chirurgen. Daarentegen is er wel een tekort aan kinderartsen.

Via Medica kan mogelijk een rol spelen bij de werving en selectie van medisch specialisten voor een klein ziekenhuis in Emmeloord. Via Medica beschikt over een bestand met 1.000 medisch specialisten met verschillende achtergronden en bemiddelt bij tijdelijke en vaste dienstverbanden.

5 Visie stakeholders

In dit hoofdstuk beschrijven wij de visie van relevante partijen op de economische haalbaarheid van een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord. We hebben gesproken met de IJsselmeerziekenhuizen, omliggende ziekenhuizen, het ministerie van VWS, de Stichting Platform ZorgGebruikers Belangen, zorgverzekeraars, huisartsen en private investeerders.

IJsselmeerziekenhuizen

De IJsselmeerziekenhuizen achten een verzelfstandiging van de locatie Emmeloord of de oprichting van een nieuw ziekenhuis in de regio Noordoostpolder niet levensvatbaar. Volgens de IJsselmeerziekenhuizen kiest een deel van de bevolking van Urk en Noordoostpolder voor een ander ziekenhuis dan de locatie Emmeloord van de IJsselmeerziekenhuizen. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste heeft een deel van de bevolking geen juist beeld van het voorzieningenaanbod op de locatie Emmeloord. Ten tweede verwijst een deel van de huisartsen naar andere ziekenhuizen dan de locatie Emmeloord. De IJsselmeerziekenhuizen willen daarom meer aandacht besteden aan de kwaliteit en beleving van de dienstverlening en informatievoorziening over de locatie Emmeloord, naar de bevolking en de verwijzers. Dit moet ertoe leiden dat een groter deel van de bevolking de locatie Emmeloord zal bezoeken (in het geval van een ziekenhuisbezoek).

Omliggende ziekenhuizen

De **Isala Klinieken** in Zwolle geven aan dat het omliggende gebied voor een klein zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord waarschijnlijk te klein is om voldoende adherentie te genereren. De Isala Klinieken geven aan dat samenwerking met een klein ziekenhuis in Emmeloord niet past binnen de strategie van de Isala Klinieken. Volgens het ziekenhuis stromen er de afgelopen jaren in toenemende mate patiënten uit de Noordoostpolder in. Het ziekenhuis heeft zelf onderzoek verricht naar de exploitatie van een zelfstandige voorziening in Kampen. Kampen bleek te klein om een zelfstandig ziekenhuis rendabel te kunnen exploiteren. De Isala Klinieken geven aan dat een voorziening in Emmeloord hoe dan ook verbinding moet zoeken met andere ziekenhuizen. Als een ziekenhuis in Emmeloord kiest voor een viertal basisspecialismen, waarvan met name kindergeneeskunde slecht rendeert, neemt de adherentie af waardoor rendabele exploitatie waarschijnlijk niet mogelijk is. Ten slotte merken de Isala Klinieken op dat een gesegmenteerd pakket aan zorg wel tot de mogelijkheden zou kunnen behoren, echter niet met de huidige financiering. Een ziekenhuis in Emmeloord zou zich bijvoorbeeld op een niche in de markt kunnen richten.

Het **Antonius Ziekenhuis** in Sneek ziet in eerste instantie weinig potentie in een klein en onafhankelijk ziekenhuis met de beoogde specialismen in Emmeloord. Het Antonius Ziekenhuis kan op dit moment zonder achterbanraadpleging nog geen uitspraak doen over de bereidheid tot langdurige samenwerking met een ziekenhuis in Emmeloord. Het Antonius Ziekenhuis geeft aan dat als er een vraag is van bevolking en huisartsen van de regio Emmeloord voor het Antonius Ziekenhuis, er een nieuwe situatie ontstaat die het ziekenhuis intern zal bespreken. Voor een rendabele exploitatie en vanuit kwaliteitsoogpunt is samenwerking met een andere partner voor een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord wel een

must. Dit geldt onder andere voor het specialisme radiologie. Het Antonius Ziekenhuis geeft aan dat er een grotere partner nodig is om kwalitatief en langere tijd als ziekenhuis te overleven. Ook is het nu nog onduidelijk welke medisch specialisten in Emmeloord werkzaam willen zijn. Culturaspecten spelen bij een samenwerking met andere zorgaanbieders een belangrijke rol. De ‘psychologie’ tussen Emmeloord en Sneek zit wat dat betreft goed. Wil een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord een kans van slagen hebben, dan is het volgens het Antonius Ziekenhuis noodzakelijk dat de focus ligt op innovatieve zorgconcepten en een verfijnde diagnostiek. Het ziekenhuis moet sterk ICT-georiënteerd zijn en veel op afstand kunnen doen (bijvoorbeeld in combinatie met gespecialiseerde ambulances).

Het **Flevoziekenhuis** in Almere vindt een klein zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord alleen een haalbare optie als het een duidelijke link met een ander ziekenhuis heeft. Gezien het feit dat het Flevoziekenhuis zelf niet geografisch georiënteerd is op de regio Urk/Noordoostpolder ziet dit ziekenhuis voor zichzelf geen rol in dit verband. Het versmallen van het zorgaanbod naar een poliklinisch centrum is volgens het Flevoziekenhuis wel een mogelijkheid om een ziekenhuis in Emmeloord zelfstandig te exploiteren. Ook het Flevoziekenhuis geeft aan dat culturaspecten een belangrijke rol spelen. Almere heeft een stadscultuur. Vanuit dat oogpunt bezien ligt een samenwerking met een noordelijk ziekenhuis meer voor de hand voor een ziekenhuis in Emmeloord.

Volgens de Raad van Bestuur van het **Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)** is er geen expliciete taak weggelegd voor het UMCG bij een eventuele verzelfstandiging, dan wel zelfstandige herstart van de locatie Emmeloord van de IJsselmeerziekenhuizen. Het UMCG zal een deel van de topklinische zorg blijven invullen en een groot deel van de topreferente zorg. Wat dat betreft is er uiteraard wel sprake van (nauwe) samenwerking.

Ministerie van VWS

De overheid heeft een systeemverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Het ministerie van VWS heeft geen bemoeienis met de regionale organisatie van de zorg, tenzij de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit in het geding zijn. Regionaal maken zorgverzekeraars afspraken met de zorgaanbieders over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg.

Vanwege deze verantwoordelijkheidsverdeling neemt het ministerie van VWS geen standpunt in over de wenselijkheid van een klein zelfstandig ziekenhuis in Noordoostpolder. Wel zal het ministerie van VWS nauwlettend volgen of aan kwaliteitseisen wordt voldaan (via de Inspectie voor de Gezondheidszorg) en of de toegankelijkheid van met name de spoedeisende hulp (bereikbaarheid) is gewaarborgd.

In algemene zin wijst het ministerie van VWS op het belang van een minimale adherentie voor een klein ziekenhuis. Een ziekenhuis krijgt geen adherentie van overheidswege maar moet deze zelf opbouwen. De adherentie moet voldoende groot zijn om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis financieel gezond is. Daarnaast is een minimale adherentie van belang in relatie tot kwaliteit. Specialisten moeten per jaar voldoende medische handelingen kunnen verrichten om hun ervaring op peil te houden.

Als in Noordoostpolder wordt gekozen voor de oprichting van een klein, zelfstandig ziekenhuis (los van de IJsselmeerziekenhuizen) dan moet een toelating worden aangevraagd bij het agentschap CIBG van het ministerie van VWS. Als het zelfstandige ziekenhuis gebruik wil maken van het huidige gebouw in Emmeloord, moeten de IJsselmeerziekenhuizen als eigenaar het bestaande gebouw willen verkopen. Als dat het geval is, ziet het ministerie van VWS op voorhand geen obstakels voor een toelating als aan de toelatingseisen wordt voldaan. Bij ingebruikname van een nieuw gebouw moet het ziekenhuis voor het investeringsbedrag meedingen voor investeringsruimte binnen het budgettaire kader van de overheid. Dit geldt weer niet als het zelfstandige ziekenhuis private investeerders vindt. Overigens ontstaat bij de invoering van integrale tarieven (naar verwachting per 1 januari 2008) een andere situatie omdat dan de kapitaallasten onderdeel zullen uitmaken van het integrale tarief.

Voormalige voorzitter medische staf IJsselmeerziekenhuizen (Emmeloord en Lelystad)

De voormalige voorzitter van de medische staf van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis (en nadien van de IJsselmeerziekenhuizen), de heer Hirzalla, is een voorstander van een klein zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord. Een ziekenhuis is onmisbaar voor een adequaat functionerende zorgketen in de regio Urk/Noordoostpolder en de randgebieden en is tevens essentieel voor de patiëntenzorg, vooral vanuit het oogpunt van toegankelijkheid.

De voormalige voorzitter is verder van mening dat een rendabele exploitatie van een zelfstandig ziekenhuis op de locatie Emmeloord, waarbij kwalitatief goed zorg wordt geboden, goed mogelijk is. Een belangrijk argument hiervoor is dat het voormalig Dokter J.H. Jansenziekenhuis, voorafgaand aan de fusie en jaren daarna, economisch gezond is geweest. Ook de kwaliteit van de zorg in het voormalig Dokter J.H. Jansenziekenhuis is nooit een punt van discussie geweest. Volgens de voormalige voorzitter hebben private bedrijven belangstelling om te investeren in een nieuwe voorziening. Ook moet het mogelijk zijn om specialisten aan te trekken. De specialistenmarkt biedt op dit moment veel meer mogelijkheden dan een aantal jaren geleden.

Volgens de heer Hirzalla ligt het voor de hand om bij een zelfstandige voorziening gebruikt te maken van het huidige gebouw van de locatie Emmeloord. Afspraken moeten worden gemaakt over de overname van het gebouw. Bovendien moet (een deel van) het gebouw opnieuw worden ingericht, omdat niet alle apparatuur (meer) aanwezig is om de basisspecialismen uit te oefenen. Verder is het van belang om samen te werken met omliggende ziekenhuizen, zodat een breed voorzieningenniveau kan worden aangeboden.

Stichting Platform Zorggebruikers Belangen Noordoostpolder/Urk

De Stichting Platform Zorggebruikers Belangen is van mening dat een zelfstandig ziekenhuis rendabel kan worden geëxploiteerd in Emmeloord. Het platform heeft hierover enige tijd geleden een symposium georganiseerd met diverse betrokkenen en vertegenwoordigers van ziekenhuizen met een vergelijkbare omvang. Uitkomst van dit symposium was dat een klein ziekenhuis economisch gezond moet kunnen zijn.

Het platform wijst nadrukkelijk op cultuurverschillen tussen de locaties Emmeloord en Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen maar ook tussen de bevolking van beide polders. Hierdoor zouden inwoners van de gemeenten Urk en Noordoostpolder geneigd zijn voor andere ziekenhuizen in de omgeving te kiezen in plaats van de locatie Lelystad.

Het platform heeft een voorkeur voor samenwerking van een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord met het Antonius Ziekenhuis in Sneek, de Isala Klinieken in Zwolle en het UMCG. De locatie Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen zou dan een samenwerking kunnen zoeken met het Flevoziekenhuis in Almere en het OLVG in Amsterdam. Dit ligt zowel geografisch als qua cultuur aanzienlijk meer voor de hand dan de huidige situatie, waarin de locaties Emmeloord en Lelystad tot de IJsselmeerziekenhuizen behoren. Deze fusie heeft volgens het platform bovendien de afgelopen 15 jaar bewezen onvoldoende te werken, wat aanleiding geeft een andere structuur te kiezen.

Verder is het Platform van mening dat zonder nieuwe financiële injectie de IJsselmeerziekenhuizen weinig of geen kans hebben er weer bovenop te komen. Daarvoor is deze te ver uitgehold, wat de noodzakelijke vernieuwingen in de weg staat. Een financiële injectie kan naar de mening van het platform alleen van nieuwe investeerders komen.

Voor de financiering van een zelfstandig ziekenhuis denkt het platform aan vormen van publiekprivate samenwerking. Het ziekenhuis zou de vier basisspecialismen kunnen combineren met andere, meer winstgevende, activiteiten. Concrete voorbeelden die het platform noemt zijn cosmetische chirurgie, ooglaserverhandeling, een zorghotel en een apothekerscentrum. Volgens het Platform zijn er diverse private investeerders bereid om deze mogelijkheden te onderzoeken.

Zorgverzekeraars Groene Land Achmea en Menzis

De afdeling inkoop van Groene Land Achmea neemt geen standpunt in over een zelfstandig ziekenhuis in de gemeente Urk en Noordoostpolder. De verzekeraar geeft aan het nu nog te vroeg te vinden om in te gaan op een eventuele contractering van een zelfstandig ziekenhuis. Wel geeft Groene Land Achmea aan dat de zorgverzekeraar een voorstander is van marktwerking en keuzevrijheid voor de patiënt. Nieuwe initiatieven worden ondersteund. Hierbij wordt gekeken naar initiatieven die complementaire zorgvormen bieden. Bij de inkoop zijn daarnaast prijs en kwaliteit bepalende factoren.

De afdeling Inkoop van Menzis heeft na intern overleg laten weten geen toegevoegde waarde te zien in een interview. Als reden noemt Menzis dat het marktaandeel in de regio zeer gering is. Ook geeft Menzis aan over weinig specifieke informatie met betrekking tot de situatie in de Noordoostpolder en Urk te beschikken.

Huisartsen

Voor dit inventariserend onderzoek hebben wij met een beperkt aantal huisartsen gesproken (vier) uit de gemeenten Urk en Noordoostpolder. Wij hebben de gesprekken gebruikt om

argumenten vóór en tegen de haalbaarheid van een zelfstandig ziekenhuis te verzamelen. Op basis van deze vier interviews kunnen wij geen uitspraken doen over de visie van alle huisartsen uit de regio.

Als argumenten vóór de haalbaarheid van een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord worden genoemd:

- Ziekenhuizen met een vergelijkbaar adherentiegebied zijn in staat rendabel te draaien en klinische basiszorg te bieden;
- Ziekenhuizen met een vergelijkbaar adherentiegebied slagen erin voldoende gekwalificeerd personeel aan zich te binden, waaronder jonge specialisten;
- Het ziekenhuis in Emmeloord was vóór de fusie tot de IJsselmeerziekenhuizen economisch gezond;
- Een groot deel van de bevolking vindt een zelfstandig ziekenhuis wenselijk. Hierdoor zal het ziekenhuis voldoende adherentie kunnen genereren;
- In de directe omgeving van Emmeloord zijn geen andere ziekenhuizen waardoor inwoners uit het omliggende gebied geneigd zullen zijn het ziekenhuis te bezoeken;
- Door het opzetten van gestructureerde samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen, kunnen er grote maatschappen gerealiseerd worden waardoor voldoende specialisten bereid zullen zijn om in een ziekenhuis in Emmeloord te werken. Ook wordt het aanbod aan specialisten groter;
- Veranderde regelgeving maakt private initiatieven in de ziekenhuiszorg mogelijk, bijvoorbeeld in de vorm van publiekprivate samenwerking.

Huisartsen geven ook argumenten die pleiten tegen de haalbaarheid van een klein zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord:

- Er is een algemene tendens tot schaalvergroting van ziekenhuizen in Nederland vanuit efficiencyoverwegingen en de toenemende complexiteit van de zorg;
- Een klein ziekenhuis kan moeilijker vakgroepen van voldoende omvang realiseren om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Alleen een 'grote' vakgroep is in staat specialisatie en innovatie op medisch-inhoudelijk gebied mogelijk te maken;
- Specialisten geven er de voorkeur aan om in grote vakgroepen te werken. Het zal daarom erg moeilijk zijn om specialisten te vinden en te behouden in Emmeloord. Bovendien bestaat het risico dat voor de specialisten die wel bereid zijn in het ziekenhuis te werken het ziekenhuis een tweede keuze is;

- Het is onwaarschijnlijk dat de adherentie volledig herstelt op het moment dat er een zelfstandig ziekenhuis op de locatie Emmeloord komt. Ook lang voorafgaand aan de versmalling van het aanbod op de locatie Emmeloord, waren er veel inwoners die voor de omliggende ziekenhuizen (Sneek, Meppel en Zwolle) kozen. Belangrijkste reden hiervoor is dat patiënten vaak meer vertrouwen hebben in grotere ziekenhuisorganisaties omdat zij veronderstellen dat grotere ziekenhuizen over meer kennis en deskundigheid beschikken. Een tweede reden kan zijn dat inwoners van de gemeente Urk en Noordoostpolder, ook al zijn zij van mening dat een volwaardig ziekenhuis in de regio goed is, mogelijk niet bereid zullen zijn de zekerheid die zij elders hebben gevonden prijs te geven voor onzekerheid die zich tijdens de opbouwfase van een nieuw ziekenhuis voor kan doen;
- Ontwikkelingen in de medische wetenschap en de tweedelijnszorg maken dat de noodzaak voor een langdurige klinische opname afgenomen is, terwijl het aantal poliklinische verrichtingen en dagverpleging is toegenomen. Om voldoende kwaliteit tegen acceptabele kosten te kunnen leveren is het noodzakelijk om klinische voorzieningen te concentreren. Juist de poliklinische verrichtingen en dagverpleging moeten dicht bij de patiënt geleverd worden;
- Er is weinig gezamenlijke verantwoordelijkheid onder verwijzers in de regio voor het versterken van tweedelijnsvoorzieningen in de regio. Het is niet waarschijnlijk dat die verantwoordelijkheid er wel komt op het moment dat er een zelfstandig ziekenhuis in Emmeloord is.

Private investeerders

Wij hebben gesproken met een aantal investeerders om hun bereidheid te peilen privaat kapitaal beschikbaar te stellen voor een zelfstandige voorziening in Emmeloord.

Uit de gesprekken komt naar voren dat bij exploitatie van de specialismen kindergeneeskunde, gynaecologie, interne geneeskunde en chirurgie op locatie Emmeloord, er behoefte zal zijn aan een sterke verbinding met een ander ziekenhuis.

De door ons gesproken private investeerders zien weinig mogelijkheden in het exploiteren van een zelfstandig en compleet ziekenhuis op de locatie Emmeloord. Het ligt meer voor de hand om een beperkte voorziening of een gespecialiseerde kliniek te exploiteren. Voorbeelden die genoemd zijn, zijn onder meer het opzetten van een bijzonder behandelcentrum, het oprichten van een mammakliniek en het ontwikkelen van een zorghotel en zorgappartementen.

Om vast te stellen of exploitatie hiervan mogelijk is, is volgens hen een uitgebreid nader onderzoek noodzakelijk.

6 Randvoorwaarden en scenario's

In dit hoofdstuk gaan wij in op de randvoorwaarden om een zelfstandige voorziening te exploiteren. Vervolgens beschrijven we een aantal scenario's voor de toekomstige ontwikkeling van het zorgaanbod in Emmeloord.

6.1 Randvoorwaarden voor een zelfstandige voorziening

Adherentie

Uit de vergelijking met andere kleine ziekenhuizen komt naar voren dat de adherentie minimaal 60.000 moet zijn, maar bij voorkeur hoger. Er zijn verschillende manieren om de adherentie te vergroten:

- *Breed specialismenaanbod.* De adherentie kan worden vergroot door niet alleen de basisspecialismen aan te bieden in het eigen verzorgingsgebied maar ook andere specialismen;
- *Ketenzorg.* De adherentie kan toenemen door niet alleen medisch-specialistische zorg aan te bieden maar ook eerstelijnszorg, ouderenzorg en thuiszorg. Het ziekenhuis kan zich hiermee onderscheiden van andere ziekenhuizen in de omgeving;
- *Medisch-specialistische profilering.* Door profilering op medisch-specialistisch gebied kan een ziekenhuis zich bovenregionaal profileren. Hierdoor kan het ziekenhuis voor bepaalde subspecialisaties ook patiënten uit andere regio's bereiken;
- *Binding met bevolking en verwijzers.* Een goede binding met de bevolking en verwijzers kan een positief effect hebben op de adherentie. Het is van belang om te investeren in een goed imago, bijvoorbeeld door de bevolking en verwijzers te informeren over sterke punten van het ziekenhuis (zoals korte wachttijd, hoge kwaliteit). Het ziekenhuis kan de binding verder versterken door goed aan te sluiten op de lokale cultuur.

Op basis van cijfers uit het verleden blijkt dat de adherentie relatief laag is. Het is onzeker in hoeverre de adherentie kan worden vergroot door verbreding en/of verdieping van het aanbod.

Financiële middelen

Productieafspraken met verzekeraars zijn nodig om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis voldoende inkomsten heeft. Daarnaast zijn investeringen nodig om de huidige locatie in Emmeloord om te vormen tot de gewenste zorgvoorziening of om een voorziening te bouwen. In het laatste geval ligt het voor de hand daarbij samen te werken met private investeerders.

Uit de gesprekken met kleine ziekenhuizen komt naar voren dat kostenbeheersing van belang is om de financiële positie op termijn gezond te houden. Kostenbeheersing kan worden

gerealiseerd door voorzieningen te delen met andere ziekenhuizen of met eerstelijnsvoorzieningen.

De door ons benaderde private investeerders zien weinig mogelijkheden voor een compleet, zelfstandig ziekenhuis maar zijn mogelijk wel geïnteresseerd in een beperkte voorziening of een zorggerelateerde voorziening. Het is nog onduidelijk welke afspraken zorgverzekeraars willen maken met een nieuwe voorziening.

Toelating en contractering

Bij een nieuwe voorziening is toelating nodig van het ministerie van VWS. De procedures hiervoor zijn beschreven in Bijlage D.

Er zijn geen redenen om aan te nemen dat een toelating problemen oplevert.

Samenwerking

Voor een klein ziekenhuis is het van belang om samen te werken met andere ziekenhuizen, zowel om een breed voorzieningenaanbod te realiseren als vanuit bedrijfseconomisch oogpunt. Samenwerking kan plaatsvinden op verschillende gebieden, bijvoorbeeld:

- Samenwerking op het gebied van patiëntenzorg (topklinische of topreferente zorg, innovaties, state-of-the-art behandelwijzen of specifieke specialismen). Hierdoor wordt een breed voorzieningenaanbod mogelijk;
- Samenwerking op het gebied van opleidingen of wetenschappelijk onderzoek (opleidingsplaatsen);
- Samenwerking op het gebied van personeel (detachering van ondersteunend en medisch specialistisch personeel);
- Samenwerking op het gebied van bedrijfsvoering (gezamenlijke inkoop en financiële administratie).

Door samenwerking met andere ziekenhuizen is het mogelijk een breed voorzieningenaanbod te realiseren. In overleg met omliggende ziekenhuizen moet worden besproken in hoeverre zij hier positief tegenover staan.

Arbeidsmarkt

Een belangrijke randvoorwaarde voor een zelfstandige voorziening is dat er voldoende medisch specialisten bereid zijn om te werken in het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet zich profileren als aantrekkelijke werkgever om ervoor te zorgen dat voldoende medisch specialisten kunnen worden aangetrokken.

De vakgroepen moeten van voldoende omvang zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen en subspecialisaties mogelijk te maken.

Gezien de landelijke situatie van de arbeidsmarkt voor medisch specialisten zou het mogelijk moeten zijn om voldoende specialisten aan te trekken voor een klein ziekenhuis.

6.2 Mogelijke scenario's

Hieronder schetsen we vijf scenario's voor de toekomstige ontwikkeling van het zorgaanbod in de regio Urk/Emmeloord. Per scenario geven we een overzicht van voor- en nadelen.

Scenario 1: verbetering voorzieningen zonder ontvlechting

In dit scenario blijft de locatie Emmeloord onderdeel van de IJsselmeerziekenhuizen. De fusie van begin jaren negentig blijft gehandhaafd. Speerpunt binnen dit scenario is het verbeteren van het voorzieningenniveau op de locatie Emmeloord. Daarbij ligt het niet voor de hand dat het voorzieningenniveau kan worden verbeterd door uitbreiding van het medisch-specialistische aanbod. Wel zijn er mogelijkheden om het aanbod te verbeteren door het organiseren van ketenzorg of het aanbieden van zorg- en welzijnggerelateerde voorzieningen (zorgboulevard).

Dit scenario kent de volgende voor- en nadelen:

Tabel 6.1 Voor- en nadelen van scenario 1

Voordelen	Nadelen
Huidige locatie Emmeloord met bijbehorende voorzieningen worden gehandhaafd	Geen zelfstandige voorziening
Verbetering van het zorgaanbod door ketenzorg staan niet op gespannen voet met toekomstplannen van de IJsselmeerziekenhuizen	Plannen om het zorgaanbod te verbeteren kunnen alleen worden gerealiseerd als de IJsselmeerziekenhuizen bereid zijn mee te werken

Scenario 2: verzelfstandigde voorziening

Scenario 2 betekent een ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen. De fusie met de locatie Lelystad wordt ontbonden. Op voorzieningenniveau wordt een samenwerkingspartner in de regio gezocht. De voorziening in Emmeloord blijft echter wel een zelfstandige organisatie.

Voor dit scenario gaan we ervan uit dat de IJsselmeerziekenhuizen bereid zijn mee te werken aan verzelfstandiging. Investerings zijn nodig om de huidige ziekenhuislocatie om te vormen tot de gewenste zorgvoorziening (bijvoorbeeld voor aanpassingen locatie of overname gebouw).

Dit scenario kent de volgende voor- en nadelen:

Tabel 6.2 Voor- en nadelen van scenario 2

Voordelen	Nadelen
Huidige locatie Emmeloord wordt gehandhaafd	Kapitaal moet beschikbaar zijn om de gewenste voorziening te realiseren
Het plan sluit het beste aan bij de situatie vóór de fusie van de IJsselmeerziekenhuizen	De IJsselmeerziekenhuizen moeten bereid zijn mee te werken
Uitbreiding van het zorgaanbod mogelijk	

Scenario 3: privaat gefinancierde zelfstandige voorziening

In scenario 3 wordt een geheel nieuwe zorvoorziening in Emmeloord ontwikkeld. Hierbij is de bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen om samen te werken geen voorwaarde. Op voorzieningenniveau wordt een samenwerkingspartner in de regio gezocht. De voorziening in Emmeloord blijft echter wel een zelfstandige organisatie.

De zelfstandige voorziening wordt publiekprivaat gefinancierd. In deze constructie kan worden afgesproken dat gemeenten een deel van de investering financieren. In deze vorm kunnen gemeenten invloed uitoefenen op de inhoud en organisatie van de zorg. Met een publiekprivate samenwerking in de zorg bedoelen we een samenwerking met marktpartijen in een marktomgeving. Onder publiekprivate samenwerking wordt het spectrum van uitbesteding tot privatisering verstaan. Alle vormen van publiekprivate samenwerking kunnen ergens op dit continuüm geplaatst worden.

Een private partij kan het ziekenhuis op drie gebieden ondersteunen:

- *op financieel gebied.* De publiekprivate samenwerking bestaat uit de realisatie en het onderhoud van een publieke infrastructuur door een private partij. Ondersteuning op financieel gebied kan betrekking hebben op (nieuw)bouw (bijvoorbeeld de ontwikkeling van een zorgboulevard), de aanschaf van apparatuur/IT (medische apparatuur, zoals PET-scanners, OK-inrichting en dialyse-apparatuur en interne data- en telecominfrastructuur) en facilitair management (uitbaten van ondersteunende infrastructuur en uitvoeren van diensten als schoonmaak, onderhoud van technische installaties en beveiliging);
- *op het gebied van bedrijfsvoering.* De private bemoeienis kan worden uitgebreid met (ondersteunende) zorgtaken. Hier moet gedacht worden aan het overnemen van een apotheek, radiologieafdeling, sterilisatieafdeling, afvalmanagement, magazijn en logistiek. Bij een verdere stap is sprake van het volledig overnemen en zelfstandig uitbaten van diagnostische-, behandel- of zorgcentra;
- *op het gebied van innovatie.* Publiekprivate samenwerking kan ook bijdragen aan innovatie op het gebied van technologie of medische toepassingen.

Dit scenario kent de volgende voor- en nadelen:

Tabel 6.3 Voor- en nadelen van scenario 3

Voordelen	Nadelen
Stimulans om de arbeidsproductiviteit te verhogen en de wachttijden en wachttijden te verkorten	Private investeerders moeten bereid zijn te investeren
Focus op een bedrijfskundige benadering bij de inrichting van het zorgproces	Gevaar voor nadruk op bedrijfskundige aspecten, en mindere mate focus op kwalitatieve en zorginhoudelijke kant
Een nieuwe start, positief effect voor imago	De winst vloeit niet meer per definitie terug in de zorg
	Uitgebreidere procedure toelating

Scenario 4: semi-zelfstandige voorziening

In scenario 4 wordt een semi-zelfstandige voorziening opgericht, als onderdeel van een omliggend ziekenhuis (maar niet de IJsselmeerziekenhuizen). Binnen dit scenario is sprake van een samenwerking met een andere partner onder één organisatorische eenheid. Het ligt het meest voor de hand om bij de semi-zelfstandige voorziening gebruik te maken van de huidige faciliteiten op de locatie Emmeloord. In dat geval is een ontvlechting nodig van de locatie Emmeloord van de IJsselmeerziekenhuizen. Het ziekenhuis dat de locatie in Emmeloord gaat beheren moet bereid zijn te investeren in de locatie om deze om te vormen tot de gewenste voorziening.

Bij de semi-zelfstandige voorziening moet niet worden gedacht aan een compleet ziekenhuis. Het is niet waarschijnlijk dat omliggende ziekenhuizen bereid zijn een volledige ziekenhuisvoorziening in Emmeloord te ontwikkelen. In overleg met de samenwerkingspartner (het ziekenhuis dat de semi-zelfstandige voorziening exploiteert) moet worden bekeken welk voorzieningenniveau mogelijk is in Emmeloord.

Dit scenario kent de volgende voor- en nadelen:

Tabel 6.4 Voor- en nadelen van scenario 4

Voordelen	Nadelen
Huidige locatie Emmeloord wordt gehandhaafd	Geen zelfstandige voorziening
Verbetering van het zorgaanbod door samenwerking met een nieuwe samenwerkingspartner	Een ziekenhuis moet bereid zijn om de locatie Emmeloord over te nemen en daarin te investeren
Creëren van meer financiële ruimte voor bijvoorbeeld innovatieve behandelmethodieken	Gevaar om 'speelbal' te worden van de samenwerkingspartner
	De IJsselmeerziekenhuizen moeten bereid zijn mee te werken

Scenario 5: semi-zelfstandige voorziening met private financiering

Scenario 5 is een variant op het vorige scenario. Ook dit scenario gaat uit van een semi-zelfstandige voorziening, als onderdeel van een omliggend ziekenhuis (maar niet de IJsselmeerziekenhuizen). In overleg met de samenwerkingspartner (het ziekenhuis dat de semi-zelfstandige voorziening exploiteert) moet worden bekeken welk voorzieningenniveau mogelijk is in Emmeloord. Daarnaast wordt in dit scenario samengewerkt met private investeerders onder meer voor de exploitatie van het vastgoed (locatie Emmeloord).

In dit scenario koopt een private investeerder de ziekenhuislocatie in Emmeloord. Een deel van deze locatie wordt verhuurd aan een omliggend ziekenhuis dat de ziekenhuisvoorziening in Emmeloord zal voortzetten. In de andere delen van de huidige locatie kan de private investeerder zorggerelateerde voorzieningen exploiteren. Door het extra aanbod van zorggerelateerde activiteiten ontstaat een breder voorzieningenaanbod dan nu het geval is.

Ook in dit scenario is een ontvlechting nodig van de IJsselmeerziekenhuizen.

Dit scenario kent de volgende voor- en nadelen:

Tabel 6.5 Voor- en nadelen van scenario 5

Voordelen	Nadelen
Huidige locatie Emmeloord wordt gehandhaafd	Geen zelfstandige voorziening
Verbetering van het zorgaanbod door samenwerking met een nieuwe samenwerkingspartner	Een private investeerder moet bereid zijn om de locatie Emmeloord te kopen
Creëren van meer financiële ruimte voor bijvoorbeeld innovatieve behandelmethodieken	Gevaar om 'speelbal' te worden van de samenwerkingspartner
Scenario sluit aan op voorgenomen verkoop door IJsselmeerziekenhuizen van de locatie Emmeloord	De IJsselmeerziekenhuizen moeten bereid zijn mee te werken

6.3 Randvoorwaarden en scenario's

Een verkenning van de scenario's op de randvoorwaarden uit paragraaf 6.2 levert het volgende beeld op:

Tabel 6.6 Randvoorwaarden per scenario

	1	2	3	4	5
Adherentie	+	-	-	+	+
Financiering	+	-	-	+/-	+
Toelating/ contractering	n.v.t.	+	+	+	+
Samenwerking	+/-	+/-	+/-	+	+
Arbeidsmarkt	+	+/-	+/-	+	+
Bereidheid IJsselmeerziekenhuizen	+	?	n.v.t.	?	?

Scenario 1 is goed haalbaar maar leidt niet de beoogde verzelfstandiging of ontvlechting. In scenario 2 is bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen een cruciale voorwaarde om dit scenario te doen slagen. Op dit moment is het niet duidelijk in hoeverre de IJsselmeerziekenhuizen bereid zijn mee te werken aan verzelfstandiging. In scenario 3 is de bereidheid van private investeerders om te investeren in een nieuwe voorziening een noodzakelijke voorwaarde. Private investeerders zijn vooralsnog terughoudend als het gaat om het ontwikkelen van een zelfstandig volledig basisziekenhuis. In scenario 4 is net als in scenario 1 ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen noodzakelijk. Daarnaast moet een organisatorische samenwerking tot stand komen met een omliggend ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor scenario 5. In dit scenario worden ook private investeerders betrokken.

6.4 Conclusie

In voorgaande paragraaf hebben wij per scenario in een tabel weergegeven in welke mate wordt voldaan aan de randvoorwaarden. Vier scenario's leiden tot verzelfstandiging of ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen. Hiervan zijn scenario's 4 en 5 het meest haalbaar. In deze scenario's wordt een semi-zelfstandige voorziening opgericht, als onderdeel van een omliggend ziekenhuis.

Bij scenario 2 wordt het minst voldaan aan de randvoorwaarden om een zelfstandige voorziening rendabel te exploiteren. Het is niet waarschijnlijk dat de adherentie geheel zal herstellen op het moment dat de locatie Emmeloord losgekoppeld van de IJsselmeerziekenhuizen in verzelfstandigde vorm verder gaat. Het is bovendien de vraag of herstel van adherentie voldoende is om het ziekenhuis op lange termijn rendabel te exploiteren. Het is nog onzeker of zorgverzekeraars bereid zullen zijn het ziekenhuis te contracteren. Het lijkt niet reëel, gezien de te verwachten omvang van het budget, om te veronderstellen dat een kleine voorziening in staat is om een voldoende breed voorzieningenaanbod te realiseren. Bovendien is de bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen om mee te werken aan verzelfstandiging cruciaal bij dit scenario.

In scenario 3 wordt samenwerking gezocht met een private investeerder. Een publiekprivate samenwerking kan bijdragen aan innovatie op het gebied van technologie of medische toepassingen, waarmee adherentie voor deze voorzieningen tot stand komt. Hiermee neemt het voorzieningenaanbod in de breedte toe. Het is echter niet waarschijnlijk dat hiermee de totale adherentie van de voorziening ook in voldoende mate toeneemt. De bereidheid van private investeerders om te investeren in een nieuwe voorziening is in dit scenario een noodzakelijke voorwaarde. Private investeerders zijn vooralsnog terughoudend als het gaat om het ontwikkelen van een zelfstandig volledig basisziekenhuis

Scenario's 4 en 5 voldoen meer dan de andere scenario's aan de noodzakelijke randvoorwaarden. Door samenwerking te zoeken met een ander ziekenhuis kan meer adherentie gegenereerd worden. Inwoners van de gemeenten Urk en Noordoostpolder maken op dit moment vaak gebruik van de omliggende ziekenhuizen in plaats van de IJsselmeerziekenhuizen. Samenwerking als onderdeel van een organisatorische eenheid is noodzakelijk om bereidheid te creëren bij de samenwerkingspartner om te investeren. In overleg met de samenwerkingspartner (het ziekenhuis dat de semi-zelfstandige voorziening exploiteert) moet worden bekeken welk voorzieningenniveau mogelijk is in Emmeloord. Ontvlechting van de IJsselmeerziekenhuizen is in dit scenario een belangrijke voorwaarde.

In scenario 5 wordt onderscheid gemaakt in de exploitatie van de ziekenhuisvoorziening (door een omliggend ziekenhuis) en de exploitatie van het vastgoed (door een private investeerder). Het omliggende ziekenhuis huurt de ziekenhuislocatie van de private investeerder, waardoor de financiële investeringen voor het omliggende ziekenhuis beperkt blijven. De private investeerder exploiteert het resterende deel van het vastgoed, bijvoorbeeld voor zorggerelateerde voorzieningen. Hierdoor kan een breder voorzieningenaanbod worden ontwikkeld.

We raden aan om in een volgende fase nader onderzoek te doen naar de randvoorwaarden waaronder scenario 4 of scenario 5 kan worden gerealiseerd.

Voor wat betreft de noodzakelijke bereidheid van de IJsselmeerziekenhuizen om mee te werken aan ontvlechting is het van belang te zoeken naar een oplossingsrichting waar de IJsselmeerziekenhuizen ook baat bij hebben.

A Toelichting quick scan ziekenhuizen

A.1 Algemeen profiel ziekenhuizen

Talma Sionsberg

- Stichting Christelijke Zorgvoorzieningen Talma Sionsberg is een zorgvoorziening in Noordoost Friesland met een regionaal karakter en een christelijke identiteit;
- Talma Sionsberg biedt naast onderzoek en behandeling ook langdurige, kortdurende en transmurale zorg aan;
- Talma Sionsberg omvat drie locaties: een ziekenhuis en verpleeghuis in Dokkum (in 2005 geopend), een verpleeghuis in Veenwouden en een verpleeghuis dependance op Ameland;
- In 2005 is een hoofdpijnkliniek als onderdeel van het ziekenhuis geopend. Dit is de eerste gespecialiseerde hoofdpijnkliniek van Nederland.

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis

- Stichting Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis is statutair gevestigd in Dirksland en in 1934 geopend;
- Het is een regionaal basisziekenhuis voor Goeree-Overflakkee en omliggende gebieden;
- Het ziekenhuis beschikt over klinische voorzieningen in Dirksland, poliklinische voorzieningen in Dirksland en Hellevoetssluis en prikpunten voor het laboratorium op meerdere locaties;
- Het voorzieningenpakket omvat behalve het specialisme longgeneeskunde alle basisspecialismen;
- Er zijn nieuwe specialismen geïntroduceerd in 2005 (onder andere reumatologie) en 2006 (plastische chirurgie en klinische orthopedie)

Delfzicht Ziekenhuis

- Het Delfzicht Ziekenhuis (oprichting in 1957) biedt als basisziekenhuis spoedeisende en alledaagse tweedelijns medisch-specialistische zorg aan de inwoners van Noordoost Groningen;
- Het Delfzicht Ziekenhuis werkt intensief samen met opleidingsinstituten in Groningen en Leeuwarden;

- Het Delfzicht Ziekenhuis heeft samen met het Lucas Ziekenhuis en het Refaja Ziekenhuis de Stichting Samenwerking Ziekenhuizen Oost Groningen (SSZOG) opgericht. De samenwerking komt onder andere tot uiting in de exploitatie van twee gezamenlijke laboratoria in Winschoten.

Refaja Ziekenhuis

- Het Refaja ziekenhuis is een regionaal ziekenhuis waarin alle basisspecialismen en een groot aantal deelspecialismen zijn vertegenwoordigd;
- Het verzorgingsgebied van het Refaja Ziekenhuis bestaat uit de regio Zuidoost-Groningen en een aangrenzend deel van Drenthe;
- Samen met de ziekenhuizen te Delfzijl en Winschoten wordt een mobiele hartcatheterisatiekamer en MRI geëxploiteerd;
- Samen met Meander en Thuiszorg Groningen wordt op het gebied van opname- en ontslagbeleid een gezamenlijk transferpunt bemand;
- Op korte termijn wordt gezamenlijk met Zorggroep Zuid-Groningen een verpleeghuisafdeling gebouwd op het terrein van het ziekenhuis.

Röpcke-Zweers Ziekenhuis

- Het Röpcke-Zweers Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met alle basisspecialisaties in Hardenberg;
- In januari 1981 zijn het Röpcke-Zweers Ziekenhuis en het dagziekenhuis Aleida Kramer gefuseerd;
- In september 2004 ontstond door een fusie met de Stichting Zorgcentrum Hardenberg-Gramsbergen de Saxenburgh Groep;
- Zowel het Röpcke-Zweers Ziekenhuis als het Dagziekenhuis Aleida Kramer zijn door schenkingen mogelijk gemaakt;
- Op opleidingsgebied (basisartsen en technische geneeskunde) wordt er met de Rijksuniversiteit Groningen en de Universiteit Twente samengewerkt;
- Recentelijk hebben de Saxenburgh Groep en Carinova Thuiszorg Salland hun samenwerking geïntensiveerd;
- Eind 2005 heeft het ziekenhuis de NIAZ-PACE accreditatie behaald.

Tabel A.1 Algemeen profiel ziekenhuizen

	Talma Sionsberg (Dokkum)	Van Weel- Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)	Refaja Ziekenhuis (Stads- kanaal)	Röpcke- Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)
Adherentie • Poliklinisch • Klinisch (incl. dagopname)	47.480 42.991 (2005)	64.745 61.319 (2005)	60.946 55.505 (2005)	69.000 83.000 (2005)	
Aantal erkende bedden	138	140	186	200	181
Productiecijfers •Opnamen •Verpleegdagen •Dagverpleging •EPB	4.386 28.905 3.018 24.538	6.187 38.160 5.132 37.579	6.902 43.027 4.700 41.725	7.792 49.156 11.074 44.476	8.375 51.252 3.775 38.890
Gemiddelde ligduur		6,2 dagen	6,2 dagen	6,3 dagen	6 dagen

Bron: jaarverslagen, jaarrekeningen ziekenhuizen 2005 en/of opgave ziekenhuizen

A.2 Voorzieningenniveau ziekenhuizen

Alle vijf ziekenhuizen bieden de specialismen chirurgie, gynaecologie/verloskunde, interne geneeskunde en kindergeneeskunde aan.

Daarnaast bieden alle vijf ziekenhuizen de volgende specialismen aan:

- Cardiologie;
- Dermatologie;
- KNO Heelkunde;
- Klinische chemie;
- Neurologie;
- Oogheelkunde;
- Orthopedie;
- Pathologische anatomie;
- Psychiatrie/psychologie;

- Radiologie;
- Revalidatiegeneeskunde;
- Urologie.

Andere specialismen worden door een beperkt aantal ziekenhuizen aangeboden.

- Talma Sionsberg heeft een gespecialiseerde hoofdpijnkliniek als onderdeel van het ziekenhuis;
- Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis heeft diverse gespecialiseerde verpleegkundigen en diverse multidisciplinaire teams. Stroke-service in samenwerking met aanbieders in de regio is in voorbereiding;
- Het Delfzicht Ziekenhuis biedt in samenwerking nucleaire geneeskunde aan;
- Het Refaja Ziekenhuis heeft met het specialisme anesthesie/pijnbestrijding een bovenregionale functie;
- Op het terrein van het Röpcke-Zweers Ziekenhuis is in 2006 een centrum voor geestelijke gezondheidszorg geopend. Er is sprake van een intensieve samenwerking tussen beide instellingen.

Tabel A.2. Voorzieningenniveau

	Talma Sionsberg (Dokkum)	Van Weel- Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)	Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)	Röpcke-Zwers Ziekenhuis (Hardenberg)
Anesthesiologie	x	x	x	x	x
Apotheek	x	x	x		x
Bacteriologie		x			
Cardiologie	x	x	x	x	x
Chirurgie	x	x	x	x	x
Dermatologie	x	x	x	x	x
Geriatric	x				
Gynaecologie/verloskunde	x	x	x	x	x
Interne geneeskunde	x	x	x	x	x
Kaakchirurgie		x	x		
Kindergeneeskunde	x	x	x	x	x
Klinische Chemie	x	x	x	x	x
KNO Heelkunde	x	x	x	x	x
Longgeneeskunde	x		x	x	x
Medische Microbiologie	x		x	x	x
Neurologie	x	x	x	x	x
Nucleaire geneeskunde			x (i.s.m. partner)	x	x
Oogheelkunde	x	x	x	x	x
Oncologie		x		x	
Orthopedie	x	x	x	x	x
Pathologische anatomie	x	x	x	x	x
Plastische chirurgie	x				
Psychiatrie/psychologie	x	x	x	x	x
Radiologie	x	x	x	x	x
Revalidatiegeneeskunde	x	x	x	x	x
Reumatologie			x	x	
Urologie	x	x	x	x	x

A.3 Financiële kengetallen 2005

Tabel A.3. Financiële kengetallen 2005 (x 1.000 EUR)

	Talma Sionsberg (Dokkum)		Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)		Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)		Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)		Röckpe-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Wettelijk budget	23.835	23.343	30.749	31.026	34.870	34.516	39.882	38.184	35.869	35.134
Som der bedrijfs-opbrengsten	24.966	26.903	31.393	33.454	36.143	39.140	41.091	42.529	65.060 *	68.370 *
Exploitatie-resultaat	834	1.951	877	1.059	1.843	1.610	479	969	681*	471 *
Eigen vermogen	2.423 *	4.281 *	4.048	5.107	3.324	4.934	3.337	4.306	6.047 *	6.517 *
Solvabiliteit	4,9%	7,85%		16,05%	9,8%	13,5%	7,9%	10,3%	10,4%	9,5%

* cijfers zijn weergegeven op geconsolideerd niveau

A.4 Kwaliteitsniveau ziekenhuizen

Elsevier-enquête

(30 september 2006)

- In 2006 uitgevoerd onder 95 ziekenhuizen.
- Elk ziekenhuis is beoordeeld op 54 aspecten, onderscheiden naar medisch-verpleegkundige kwaliteit, kwaliteit van de organisatie en service aan de patiënt.

AD Top-100

(<http://www.ad.nl/ziekenhuistop100>)

- In 2006 uitgevoerd onder 99 klinieken.

- Er zijn 30 kwaliteitsaspecten geselecteerd die maximaal 67 punten opleveren. Daarnaast telt het oordeel van patiënten over een ziekenhuis mee.

Tabel A.4 Kwaliteitsniveau ziekenhuizen

		Talma Sionsberg (Dokkum)	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl)	Refaja Ziekenhuis (Stads-kanaal)	Röckpe-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg)
Eisevier enquête	Positie Top-95 'Beste Ziekenhuizen 2006'	16	18	38	93	20
	Rapportcijfer medische en verpleegkundige prestaties	7,0	7,5	6,6	6,4	7,5
	Rapportcijfer beste specialisten	7,0	7,5	6,6	6,4	7,5
AD Top-100	Positie Top-100	13	2	83	9	33
	Score	75,81	81,16	58,11	77,03	70,27

B Profielschets IJsselmeerziekenhuizen

Zorgaanbod

Op de locatie Emmeloord zijn bijna alle medisch-specialistische functies aanwezig voor de polikliniek, dagbehandeling en short stay. De voorziening op de locatie Emmeloord is geen opleidingsziekenhuis en heeft geen topklinische voorzieningen. Het Dokter J.H. Jansenziekenhuis in Emmeloord biedt:

- Poliklinieken van alle specialismen
- Alle onderzoeken die nodig zijn voor het stellen van de diagnose of als voorbereiding op een operatie, zoals:
 - röntgenfoto's
 - laboratoriumonderzoeken
 - cardiologische onderzoeken
 - fietstesten
 - neurologische onderzoeken
 - longfunctie onderzoeken
 - kijkoperaties van maag en darmen
 - vaatonderzoeken (zoals van buik, benen en hals)
 - scopieonderzoeken van slokdarm, maag en darmen
- Fysiotherapie
- Operaties in dagbehandeling en kort verblijf waarbij een patiënt 1 of meer dagen of nachten opgenomen wordt (maandag t/m vrijdag) (chirurgie, gynaecologie, orthopedie, KNO, oogheelkunde, plastische chirurgie)
- Behandelingen en onderzoeken poliklinisch en in dagbehandeling (bloedtransfusies, chemokuren, infuuskuren met medicatie, aderlatingen, laseren en overige behandelingen van spataderen op het behandelcentrum)
- In samenwerking met de huisartsenpost is 24 uur per dag, 7 dagen per week de eerste hulp geregeld.

In Lelystad staat een volwaardig basisziekenhuis waar polikliniek, dagbehandeling en alle vormen van klinische zorg worden geleverd. Op deze locatie worden ook patiënten behandeld met een hoger risico uit het gehele verzorgingsgebied van Lelystad en Emmeloord en vinden alle onderzoeken die nodig zijn voor het stellen van de diagnose of als voorbereiding op een operatie plaats.

Acute zorg

In Emmeloord wordt in het weekend, 's avonds en 's nachts de acute zorg vormgegeven door drie ketenpartners: de huisartsenpost (gevestigd in het ziekenhuis), het ziekenhuis en de ambulancedienst. Het is 24 uur per dag mogelijk om kleine traumatologie te behandelen.

In het hele verzorgingsgebied van de IJsselmeerziekenhuizen is acute zorg 7 x 24 uur gewaarborgd en is er een voorziening voor alle calamiteiten. De intensieve acute zorg is geconcentreerd op de locatie Lelystad en wordt vanuit hier gecoördineerd. In de situatie waar acute zorg om een zware behandeling of infrastructuur vraagt, zal de ambulance de patiënt rechtstreeks naar het betreffende topklinische of academische ziekenhuis vervoeren.

Onderstaande tabel geeft inzicht in enkele financiële kengetallen.

Tabel 2.1 Belangrijke financiële kengetallen IJsselmeerziekenhuizen 2004 en 2005²¹

	2004	2005
Wettelijk budget	75.041	74.503
Som der bedrijfs-opbrengsten	77.346	76.623
Exploitatie-resultaat	517	1.532
Eigen vermogen	671	2.203
Solvabiliteit	0,8%	3,0%

²¹ Jaarrekening IJsselmeerziekenhuizen 2005 en www.ziekenhuizen transparant.nl

C Demografische gegevens

C.1 Urk en Noordoostpolder

Wij gaan in op de demografische gegevens van de gemeenten Noordoostpolder en Urk. De gegevens ontleen wij aan de online databank Statline²² van het CBS en berekeningen van de gemeenten zelf²³.

Demografische gegevens gemeenten Noordoostpolder en Urk

Op 1 januari 2006 bedraagt het aantal inwoners van de gemeenten Noordoostpolder en Urk samen 63.197. De bevolking van de Noordoostpolder en Urk groeit sneller dan het Nederlands gemiddelde. In de jaren 1995 tot 2006 steeg de bevolking in Noordoostpolder met 15% en in Urk met 21%. Landelijk bedroeg de stijging 6%. Ook ligt in de periode 1995 tot 2006 het geboorteoverschot in Noordoostpolder en Urk aanzienlijk hoger dan landelijk. Landelijk bedraagt het geboorteoverschot in 2005 3,2 per 1.000 inwoners. Voor de gemeenten Noordoostpolder en Urk bedraagt dit in hetzelfde jaar respectievelijk 5,8 en 16,6. Beiden gemeenten kennen een migratietekort, dat wil zeggen dat er zich minder mensen vestigen dan er vertrekken. In 2005 bedroeg dit tekort in de gemeente Noordoostpolder -2,0 per 1.000 inwoners en in de gemeente Urk -7,1 per 1.000 inwoners.

In de gemeenten Noordoostpolder en Urk wonen relatief gezien meer jongeren dan landelijk. In Nederland is op 1 januari 2006 24% van de bevolking jonger dan 20 jaar. In de gemeente Noordoostpolder is dit 29% en in Urk 42%. Beide gemeenten hebben een jongere bevolkingsopbouw en relatief weinig ouderen. Het aantal 65-plussers bedraagt op 1 januari 2006 in de Noordoostpolder 13% en in Urk 7%. Landelijk is dit 14%.

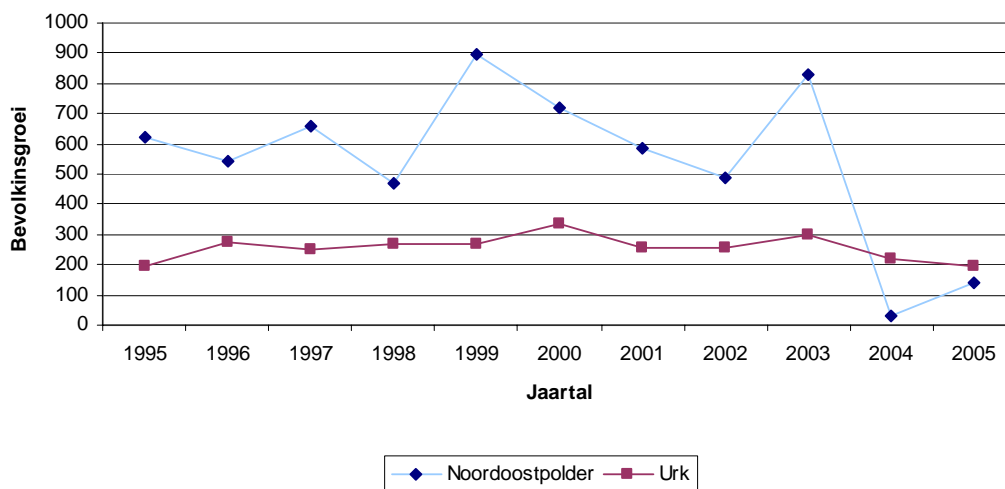
Prognose bevolkingsgroei gemeenten Noordoostpolder en Urk

In onderstaande figuur geven wij de bevolkingsgroei weer zoals deze de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. De groei bestaat uit het geboorteoverschot plus het vestigingsoverschot (migratie) en correcties (waaronder administratief). De groei verloopt in Urk stabiel. De uitbijters in 1999 en 2003 bij de gemeente Noordoostpolder worden waarschijnlijk veroorzaakt door een relatief groot migratieoverschot van respectievelijk 11,5 en 9,3 per 1.000 inwoners. Gemiddeld bedraagt het migratieoverschot voor de Noordoostpolder in de periode 4,6.

²² <http://statline.cbs.nl>

²³ Statistieken bevolking Urk en Bevolkingsgegevens van de gemeente Noordoostpolder

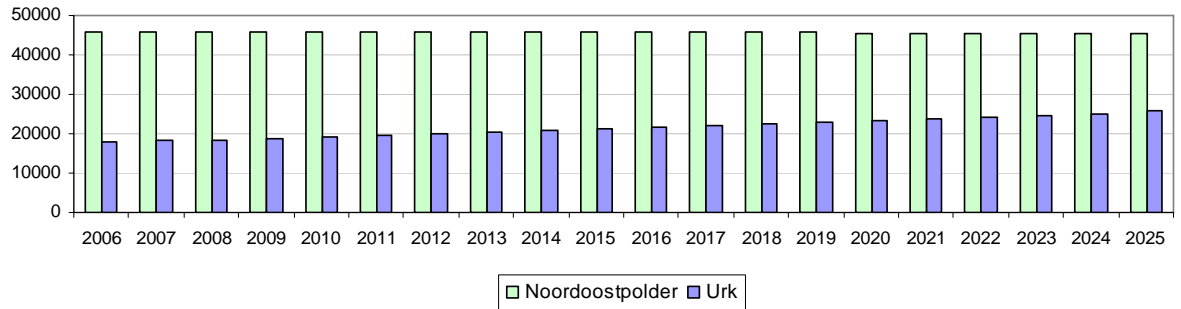
Figuur B.1 Bevolkingsgroei 1995 – 2005 Noordoostpolder en Urk



Figuur B.2 bevat een prognose van de bevolkingsgroei in de gemeenten Urk en Noordoostpolder. De prognoses zijn afkomstig van het CBS en lopen tot 2025. Volgens deze prognoses neemt de bevolking van Urk in de periode 2006 tot en met 2025 met 44% toe, naar 25.632 inwoners. Eigen berekeningen van de gemeente Urk geven in de periode 2006 tot en met 2025 een minimale stijging van 33% aan, op basis van een jaarlijkse groei van de bevolking met 1,5%. De maximale stijging (jaarlijkse groei met 1,9%) bedraagt volgens de gemeente Urk 57%.

Volgens de prognose van het CBS bedraagt het aantal inwoners van de gemeente Noordoostpolder in 2025 45.576. Het aantal inwoners daalt hiermee licht (0,3%) ten opzichte van de situatie in 2006. De berekeningen van de gemeente Noordoostpolder wijken sterk af van de prognose van het CBS. De groei van het aantal inwoners is in deze berekeningen van de Noordoostpolder gebaseerd op een aantal scenario's waarbij de maximale groei in 2030 naar 85.000 inwoners wordt verwacht als de Noordoostpolder is aangesloten op een dicht openbaar vervoernetwerk in de vorm van een magneetzweefbaan. De minimale groei leidt volgens de gemeente Noordoostpolder in 2030 tot 57.700 inwoners.

Figuur B.2 Prognose bevolkingsgroei gemeenten Urk en Noordoostpolder²⁴



Volgens het CBS neemt tussen 2010 en 2040 het aantal 65-plussers toe van 15% naar 25%. De landelijke trend van vergrijzing zal ook in Noordoostpolder en Urk in toenemende mate optreden. De verwachting is dat het percentage jongeren licht daalt. Volgens prognoses van het CBS is in 2025 21% van de bevolking in de gemeente Noordoostpolder 65 jaar of ouder. In de gemeente Urk bedraagt dit percentage naar verwachting dan 11%.

C.2 Urk, Noordoostpolder en omliggende gemeenten

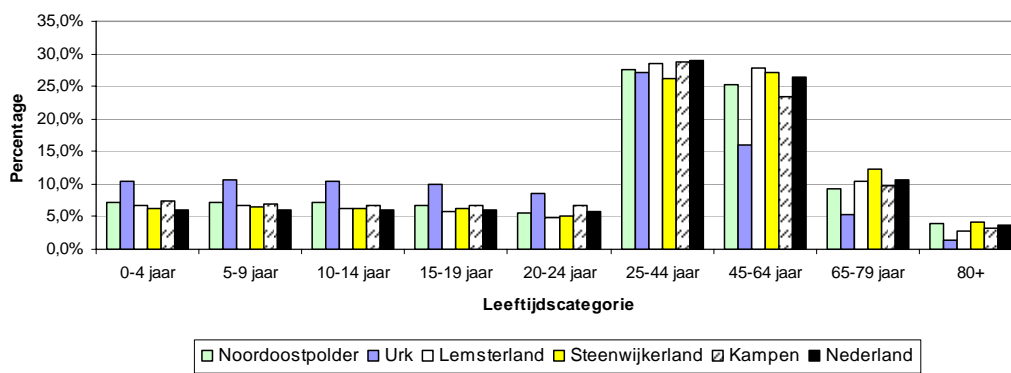
Hieronder gaan we in op de demografische gegevens van de gemeenten Noordoostpolder en Urk en de omliggende gemeenten.

Demografische gegevens gemeenten Noordoostpolder, Urk en omliggende gemeenten

Het aantal inwoners in de gemeenten Urk, Noordoostpolder en de omliggende gemeenten Kampen, Steenwijkerland en Lemsterland bedraagt 169.019.

²⁴ Bron: CBS Statline

Figuur B.3. Bevolkingssamenstelling naar leeftijd in potentieel adherentiegebied op 1 januari 2006

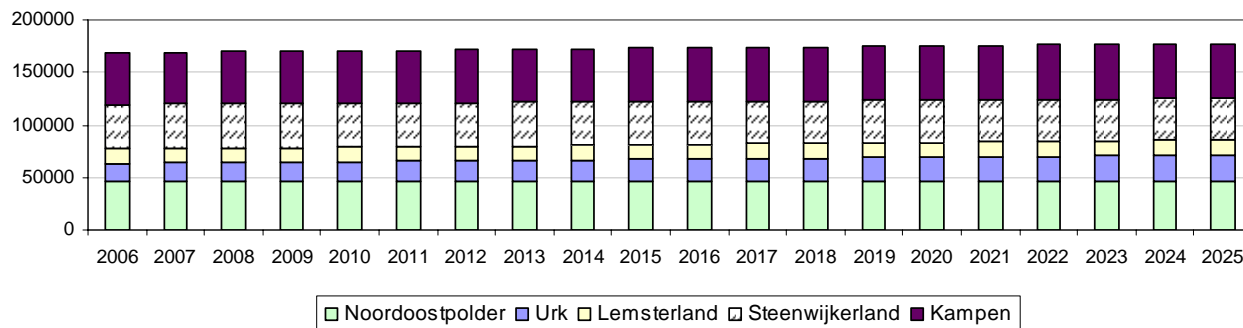


Uit figuur B.3 blijkt dat de gemeente Urk van de vijf gemeenten het laagste aantal 65-plussers (7%) kent en een relatief groot aantal jongeren onder de 20 jaar (32%). Gemiddeld bedraagt het aantal jongeren onder de 20 jaar in de vijf gemeenten 30% en aantal 65-plussers 13%. Het percentage jongeren in de bevolking van de vijf gemeenten ligt hiermee ruim 5% hoger dan het landelijk gemiddelde. Het aandeel 65-plussers is 1,7% lager in deze vijf gemeenten dan het landelijke aandeel 65-plussers.

Prognose bevolkingsgroei gemeenten Noordoostpolder, Urk en omliggende gemeenten

Figuur B.4 bevat een prognose van de bevolkingsgroei van de vijf gemeenten. In totaal stijgt de bevolking van de vijf gemeenten volgens het CBS naar 177.443 inwoners in 2025. Dit betreft een stijging van 5% ten opzichte van 2006. De prognoses voor de bevolkingsgroei verschillen per gemeente. In totaal wordt een groei van de bevolking in het potentiële adherentiegebied verwacht van 5%. Landelijk verwacht het CBS een stijging van de bevolking van 4%. In 2025 is het aandeel 65-plussers in de bevolking van de vijf gemeenten met 20% nagenoeg gelijk aan het aandeel in de Nederlandse bevolking (21%). Het percentage jongeren (jonger dan 20 jaar) ligt in de gemeenten met 26% hoger dan het landelijk aandeel (22%).

Figuur B.4 Prognose bevolkingsgroei gemeenten potentieel adherentiegebied



De vergrijzing houdt in de vijf gemeenten min of meer gelijke tred met de vergrijzing elders in Nederland. Dit houdt in dat het percentage ouderen dat een beroep zal doen op ziekenhuiszorg de komende jaren naar verwachting toeneemt. Het relatief hoge aandeel jongeren in het adherentiegebied en in het bijzonder in Urk zou kunnen leiden tot een toename van het aandeel patiënten dat op termijn een beroep doet op verloskunde. Ook is een relatief hoog aandeel jongeren gunstig vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt in de regio.

D Toelatingseisen

Om voor vergoeding in aanmerking te komen op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ moeten zorgaanbieders worden toegelaten. Per 1 januari is de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van kracht. Een zorginstelling die na deze datum een nieuwe instelling start, zorg wil bieden die niet in de bestaande toelating is verwerkt, het aantal plaatsen wil uitbreiden of gaat bouwen moet een toelating aanvragen.

Er kunnen twee soorten toelatingen aangevraagd worden. Een toelating met bouw en een toelating zonder bouw. Beide aanvragen moeten bij het ministerie van VWS worden ingediend. De aanvragen worden behandeld door verschillende onderdelen en getoetst aan de algemene eisen van transparantie en de beleidsregels.

Of een vergunning voor bouw (toelating met bouw) moet worden aangevraagd hangt af van het soort voorziening en de vorm van bouw. Er zijn drie typen organisatorische verbanden die onder het bouwregime vallen, waaronder instellingen voor medisch-specialistische zorg. Het betreft instellingen die onder andere zorg verlenen in combinatie met verblijf in het A-segment. Als een instelling onder het bouwregime valt dan dient vervolgens de vorm van bouw te worden bekeken. Zo moet een vergunning worden aangevraagd als de bouw gericht is op de oprichting van een nieuwe instelling of als er sprake is van vervangende nieuwbouw. Een ander voorbeeld is uitbreidingsbouw. Indien uitbreidingsbouw minder kost dan binnen het bedrag valt dat beschikbaar is voor instandhoudingsinvesteringen op grond van de WTG-beleidsregel inzake instandhoudingsinvesteringen hoeft geen vergunning te worden aangevraagd. Als het bedrag hierbuiten valt echter wel. De bouwvergunning is vervolgens de basis voor de vergoeding van de met de bouw gemoeide kapitaallasten.

De aanvragen om toelating worden getoetst aan beleidsregels. Deze bestaan uit algemeen geldende regels, beleidsregels voor de cure en voor de care. Wij gaan hieronder kort in op de algemeen geldende regels en op de criteria voor het beoordelen van aanvragen om toelating voor medisch-specialistische zorg (onderdeel van de beleidsregels cure).²⁵

Algemeen geldende regels

De algemeen geldende regels zijn:

Een aanvraag om (wijziging) van een toelating voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt dient vergezeld te gaan van het standpunt van de leidende zorgverzekeraar of zorgkantoor;

- Een aanvraag om (wijziging) van een toelating bevat een opgave van de (wijziging) van de capaciteit, voor zover er sprake is van verblijf. De aanvraag wordt gemotiveerd en de totale capaciteit, indien de aanvraag wordt gehonoreerd, moet worden opgegeven. Ook moet de

²⁵ Bron: Besluit van de Minister van VWS van 17 januari 2006, nr. MC/MO-2651029, tot vaststelling van beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen.

aanbieder aangeven of er sprake is van groot- of kleinschalig verblijf en of er sprake is van licht, zwaar of beveiligd verblijf;

- Instellingen die verblijf leveren (met uitzondering van zelfstandige behandelcentra) dienen te beschikken over een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP). Aan dit LTHP worden eisen gesteld;
- De aanvraag moet worden opgesteld met inachtneming van de door het College bouw zorginstellingen vastgestelde prestatie-eisen en kostenkengetallen;
- In de toelating kan de minister een termijn opnemen waarbinnen een aanvraag om een vergunning moet worden ingediend;
- Instellingen die vóór de inwerkingtreding van de WTZi een verklaring zonder uitstelpassage hebben ontvangen voor bouwinitiatieven, hebben een jaar de tijd om alsnog een vergunning op grond van de WTZi aan te vragen. Indien zij de vergunning in die periode niet aanvragen, komt de eerder afgegeven verklaring te vervallen.

Criteria medisch-specialistische zorg²⁶

De criteria voor het beoordelen van aanvragen van instellingen voor medisch-specialistische zorg zijn:

- *Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg.* Ziekenhuizen nemen deel aan het op het initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. Zij houden zich aan afspraken en leggen hierover verantwoording af in het jaarverslag. De afspraken leiden ertoe dat deelnemers aan het overleg alleen kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de norm om binnen 45 minuten een Spoedeisende Eerste Hulp afdeling van een basisziekenhuis te bereiken niet in gevaar komt;
- *Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening.* Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundige functionaris over hun inzet bij opgeschaalde hulpverlening. Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer meer patienten zich aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale bezetting op gebaseerd is;
- *Berekeningswijze.* Een aanvraag om een toelating voor een nieuwbouwininitiatief voldoet aan de eisen met betrekking tot de voor de berekening noodzakelijke cijfers (klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw);

²⁶ Bron: onderdeel 3.1 van het Besluit van de Minister van VWS van 17 januari 2006, nr. MC/MO-2651029, tot vaststelling van beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen.

- *2%-norm bij vervangende nieuwbouw.* Een aanvraag om een toelating voor een nieuwbouwiniatief bevat een opgave van het aantal daadwerkelijk te realiseren bedden. Dit aantal mag niet groter zijn dan 2 bedden per 1.000 adherente inwoners (2%-norm);
- *Boekwaardecriterium.* Bij de beoordeling of een gebouw waarvan de kapitaallasten worden nagecalculeerd in de tarieven kan worden vervangen, wordt een boekwaardecriterium gehanteerd;
- *Prioriteitscriteria.* Indien er meer aanvragen zijn om een (wijziging) van toelating met bouw dan er budgettaire ruimte is, worden zes prioriteitscriteria toegepast. Deze hebben bijvoorbeeld betrekking op spreiding en bereikbaarheid, verschuiving van klinisch naar dagverpleging, verschuiving van intramurale naar transmurale zorg en doelmatig gebruik van capaciteiten.

Toelating nieuwe voorziening Emmeloord

Een nieuw ziekenhuis dient een toelating op grond van de WZTi aan te vragen. Als er een nieuw zelfstandig ziekenhuis wordt gestart in Emmeloord op een nieuw te bouwen of (ver)bouwen locatie dient een toelating met bouw aangevraagd te worden op grond van de WTZi. Indien de locatie Emmeloord van de IJsselmeerziekenhuizen zelfstandig verder gaat in hetzelfde gebouw dient er een toelating (zonder bouw) op grond van de WTZi te worden aangevraagd.

E Geraadpleegde bronnen

Advies aan College B&W gemeente Noordoostpolder M.J.M. Le Grand-Van den Bogaard (2004)

Besluit van de Minister van VWS van 17 januari 2006, nr. MC/MO-2651029, tot vaststelling van beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen

Een ziekenhuis op eigen benen. Bedrijfsplan op hoofdlijnen Ziekenhuis Emmeloord. Sturkenboom Partners (2004)

Een ziekenhuis in de polders. Commissie IJsselmeerziekenhuizen (2002)

Jaarverslag en jaarrekening Delfzicht Ziekenhuis (2005)

Jaarverslag en jaarrekening Refaja Ziekenhuis (2005)

Jaarverslag en jaarrekening Röpcke-Zweers Ziekenhuis (2005)

Jaarverslag en jaarrekening Talma Sionsberg (2005)

Jaarverslag en jaarrekening Van-Weel Bethesda Ziekenhuis (2005)

Jaarverslag en jaarrekening IJsselmeerziekenhuizen (2005)

Kernanalyse ziekenhuizen. IJsselmeerziekenhuizen Dr. J.H. Jansenziekenhuis (1998) SIG Zorginformatie

Medisch Beleidsplan 2005-2009 IJsselmeerziekenhuizen. (2005)

Naar een volwaardige zorg op twee locaties. De visie van de Specialisten Vereniging Ziekenhuis Emmeloord. Een reactie op het Plan van Aanpak. (2003)

Onderdeel 3.1 van het Besluit van de Minister van VWS van 17 januari 2006, nr. MC/MO-2651029, tot vaststelling van beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen

Opmerkingen bij het advies van de werkgroep IJsselmeerziekenhuizen. Stichting ZorgGebruikersBelang NOP/Urk (brief 3 maart 2005)

Productie en adherentieoverzicht Emmeloord

Publiek - private samenwerking in de zorg: wat houdt ons nog tegen? T. Collot d'Escury, J. Vugts en J. Shaw (2006)

Strategische toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen. M.J.M. Le Grand-Van den Bogaard (2005)

*Strategische toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen.M.J.M. Le Grand - Van den Bogaard
(2006)*

Statistieken bevolking Urk en Bevolkingsgegevens van de gemeente Noordoostpolder

www.rivm.nl

<http://statline.cbs.nl>

www.ziekenhuizen transparant.nl

F **Gesprekspartners**

- de heer G. van Bussel (Ministerie van VWS)
- de heer C.J. Dekker (huisarts Urk)
- de heer A. Hirzalla (oud voorzitter medische staf IJsselmeerziekenhuizen)
- de heer W.J. van der Kam (Antonius Ziekenhuis Sneek)
- de heer E.J. Mulder (Antonius Ziekenhuis Sneek)
- de heer R. Fokkema (Antonius Ziekenhuis Sneek)
- de heer J. van der Heijden (Antonius Ziekenhuis Sneek)
- de heer H. Kuiken (huisarts Emmeloord)
- de heer J. Mooij (Flevoziekenhuis Almere)
- de heer A.M. Rijken (huisarts Emmeloord)
- de heer G. Rodrigues Pereira (IJsselmeerziekenhuizen)
- de heer G. Zomerdijk (IJsselmeerziekenhuizen)
- de heer C.A. Schmeitink (Voorzitter Platform Zorggebruikers)
- de heer P.N. Blauw (Voormalig voorzitter Platform Zorggebruikers)
- de heer R.A.Thieme Groen (Isala Klinieken Zwolle)
- de heer A.H. Hilbers (Isala Klinieken Zwolle)
- de heer W. de Visser (huisarts Urk)
- de heer A.F. Zanen (Achmea)
- de heer L.C. Bruggeman (UMCG)
- de heer P.A. Ponsioen (Delfzicht Ziekenhuis)
- de heer G.P. Bruins (Refaja Ziekenhuis)
- de heer A. J. Pruis (Talma Sionsberg)

- de heer I. Jousma (Talma Sionsberg)
- mevrouw M. van der Vooren (ViaMedica)
- de heer G. de Koninck (specialist Antonius Ziekenhuis)
- de heer J. Schreinemakers (specialist IJsselmeerziekenhuizen)
- de heer L. Hanssen (specialist Diaconessenhuis)
- de heer B. Naafs (dermatoloog te Emmeloord)
- private investeerders