Regievoerder gezocht voor het Nederlandse ziekenhuislandschap*

Wink de Boer**

Iedere (gezonde) Nederlandse burger is het erover eens: de ziektekostenpremie en het eigen risico mogen niet omhoog. De huisarts is poortwachter en verwijst op indicatie door naar het ziekenhuis. Iedereen wil het liefst dat ziekenhuis dan ook dichtbij en wil niet lang reizen voor een polibezoek. Maar als bij diezelfde burger echt een serieuze ziekte wordt vastgesteld, gaat hij of zij zoeken op internet waar de beste zorg voor deze specifieke ziekte kan worden geboden en is het plotseling geen probleem meer om ver te reizen om toegang te krijgen tot die 'goede' zorg. Daarmee is direct het dilemma geschetst waar de ziekenhuizen, de overheid en de verzekeraars mee worstelen: we willen allemaal de allerbeste zorg, die geografisch dichtbij moet zijn, maar wel tegen zo laag mogelijke kosten. Dat dit wringt is duidelijk. Het aantal ziekenhuizen in Nederland is de laatste decennia flink gedaald, door fusies zijn grotere samenwerkingsverbanden ontstaan. De geografische spreiding van hun gebouwen is niet altijd logisch. Soms, en met name in de Randstad, staan twee of meer ziekenhuizen die allemaal dezelfde zorgproducten leveren vlak bij elkaar, terwijl in de provincie steeds meer kleine ziekenhuizen worden gesloten. En nu worden we plotseling ook overvallen door faillissementen van ziekenhuizen: ziekenhuis Sionsberg in Dokkum, gevolgd door IJsselmeer-ziekenhuizen in de Flevopolder en het Slotervaart MC in Amsterdam. Onlangs werd een faillissement van het Maasziekenhuis Pantein bij Boxmeer op het nippertje door de minister met 10 miljoen belastinggeld afgewend. Daarnaast werden de acute zorg in het Bronovo-ziekenhuis (Den Haag) en twee locaties binnen de Treant-ziekenhuisgroep (Hogeveen en Stadskanaal) gesloten. Door marktwer-

* Wink de Boer is internist/MDL-arts. Hij was tot en met 2013 voorzitter van de stafmaatschap van vrijgevestigde medisch specialisten in Bernhoven, maar werd in 2014 medisch directeur. Met zijn collega's in het directiecomité gaf hij leiding aan de transformatie van Bernhoven, waarbij werd omgeschakeld van productie naar kwaliteit door in te zetten op zinnige zorg en op samen beslissen. In 2015 kozen de medisch specialisten van Bernhoven voor loondienst met participatie. Het ziekenhuis werd omgezet van stichting naar bv en de medisch specialisten en het overige personeel konden met eigen geld participeren in het ziekenhuis. Perverse productieprikkelers werden uit het systeem gehaald; gestuurd werd er voortaan op betere kwaliteit, niet op een hogere omzet. Er werd fors geïnvesteerd in de acute zorg en in nauwe samenwerking met de huisartsen werden afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plaats. Dit alles heeft voor de burger geleid tot kwalitatief betere zorg tegen significant lagere zorgkosten. Het hele ziekenhuis werd opnieuw ingericht. Acute zorg werd volledig gescheiden van de planbare zorg. In plaats van een indeling op basis van individuele specialismen werd gekozen voor een indeling volgens het zorgpad van de patiënt in vier zorgmodellen: acute zorg, diagnose en indicatiestelling, interventiezorgstraten en chronische zorg. Binnen deze nieuwe randvoorwaarden werd een groot aantal goed gedocumenteerde inhoudelijke zorgkwaliteitsinitiatieven uitgevoerd.

** Dr. Wink de Boer is internist en maag-darm-leverarts (MDL) in Bernhoven.

king in de zorg hebben de ziekenhuizen in weinig bevolkte gebieden het financieel zwaar, waardoor een situatie dreigt te ontstaan waarin alleen ziekenhuizen met voldoende inwoners in de nabijheid kunnen overleven. In de berichtgeving gaat het vooral over deze failliete ziekenhuizen zelf en te weinig over de andere spelers, die ook deel uitmaken van hetzelfde zorg-ecosysteem. Als grote buurziekenhuizen kleiner worden en volume en medisch specialisten worden herverdeeld, kunnen meer locaties open blijven, maar dat vraagt om regionale planning en samenwerking in plaats van concurrentie. Het huidige financieringssysteem is gebaseerd op volume, en kleinere ziekenhuizen in de provincie hebben simpelweg te weinig patiënten en zakken daarom weg onder de grens van *minimal scale* om de kwaliteit die nodig is te kunnen blijven bieden. Met de huidige financieringssystematiek en bij onveranderd beleid zullen grote delen van Nederland niet langer een ziekenhuis nabij kunnen behouden. Dit is iets wat moet worden voorkomen en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de zorgverzekeraars zullen hun regierol waar moeten maken om op korte termijn veranderingen in het ziekenhuiszorglandschap en de financiering door te voeren om de toegankelijkheid tot zorg voor alle burgers, ook hen die in een minder dicht bevolkt gebied wonen, te garanderen. Ook de arbeidsmarktcrisis is een nieuwe variabele die deze 'need to change' alleen maar urgenter maakt.

De 'groene weide'

Als je vanuit een zogenaamde 'groene weide'-benadering Nederland nu opnieuw mocht gaan inrichten, zou je de ziekenhuizen geografisch heel anders neerzetten en zorgen voor een optimale spreiding waarbij alle inwoners van Nederland een redelijke aanrijtijd naar een ziekenhuislocatie kan worden geboden. Je zou de optimale grootte van een ziekenhuis bepalen en ervoor zorgen dat de locaties ongeveer gelijk van grootte zouden zijn. Je zou zeker geen megakolossen meer bouwen en tegelijkertijd ook geen al te kleine ziekenhuizen. Zorgverzekeraars moeten in Nederland ziekenhuiszorg inkopen; je kunt dat echter alleen doen als je op basis van de behoeften van je verzekerden een visie hebt op dat ziekenhuislandschap, een visie op de regio en een blauwdruk waar je dan sturend via je zorginkoop langzaam in een aantal jaren naar toe kunt bewegen. Zo'n visie ontbreekt en bij ieder onvoorzien ziekenhuisfaillissement wordt puur reactief gehandeld omdat de toekomstvisie ontbreekt. Daarnaast moet met name het ministerie van VWS borgen dat het recht op acute zorg, conform de wettelijke bepalingen die deze toegang definiëren, eerlijk in Nederland verdeeld blijft, ook al betekent dat misschien dat je locaties in grote steden (overcapaciteit) moet sluiten om geld vrij te maken om de minder rendabele locaties in de provincies open te houden. Als we het recht op acute zorg definiëren als een nutsvoorziening, dan is het ook logisch dat het ministerie deze rol pakt. Als we moeten bepalen waar we in Nederland brandweerkazernes bouwen, dan gelden immers dezelfde principes; ook dan zeggen we niet tegen de mensen in de Flevopolder dat hun brandweerkazerne wordt gesloten omdat er te weinig brandjes zijn, terwijl we in de grote steden twee elkaar concurrerende brandweerkazernes vlak naast elkaar openhouden.

Omwille van de discussie over de herinrichting van het ziekenhuislandschap wil ik met u een aantal zorginhoudelijke argumenten langslopen die een rol spelen bij de moeilijke taak die nu voorligt bij het ministerie van VWS en de verzekeraars over moeilijke en mogelijk ook pijnlijke interventies. De belangrijkste reden waarom het regie nemen niet langer uit kan blijven, is de betaalbaarheid van de zorg en de kwaliteit. De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit, maar ook erg duur. Als we niets veranderen, dan zullen de kosten blijven stijgen en een disruptieve ingreep is nodig om de kosten in de hand te houden. Tot nu toe wordt bij het bekijken van de ziekenhuiszorg te veel gekeken naar individuele ziekenhuizen of individuele specialismen. Ik bepleit hier een andere blik, die het mogelijk maakt de bestaande gebouwen te laten staan en dus geen kapitaalvernietiging te plegen. Dan moet niet ieder ziekenhuis nog langer precies hetzelfde doen als zijn buurman. Door regionaal te kijken welke functies nodig zijn en door regionale capaciteitsplanning op basis van inwoneraantallen kunnen we de toegankelijkheid borgen en de kwaliteit verhogen, terwijl we tegelijkertijd de kosten verlagen. Zowel de patiënt als de dokter moet gaan reizen binnen het netwerk van zorgaanbieders; samenwerken in regionaal of landelijk verband is de oplossing voor ons probleem. Laat ik u meenemen in een mogelijke oplossing waarbij we niet individuele ziekenhuizen maar de vier zorgprocessen die een patiënt nodig heeft – acute zorg, poliklinische zorg (diagnose en indicatiestelling), interventies (medische procedures of operaties) en chronische zorg (begeleiding bij het leven met een chronische ziekte) – als basis nemen om het ziekenhuiszorglandschap opnieuw vorm te geven. In het huidige denken wordt bimodaal gedacht; het integrale ziekenhuis met alles erop en eraan ‘is er’ of het ‘is er niet’. In werkelijkheid vervult het ziekenhuis een aantal zorgfuncties die je ook los van elkaar op één of op meerdere plaatsen in de regio kunt invullen.

Zinnige zorg – geen maximale zorg, maar optimale zorg

De maatschappelijke opdracht voor iedereen die in de zorg werkt is om zodanige veranderingen te implementeren dat we de door vergrijzing en technische mogelijkheden toegenomen zorgvraag ook in de toekomst kunnen beantwoorden zonder dat de kosten voor de burger stijgen. De ruimte om dat te bereiken is er; slechts 50-60 procent van de zorg die we leveren is gebaseerd op hard wetenschappelijk bewijs of richtlijnen. Goed geïnformeerde patiënten maken conservatieve keuzes die in hun situatie goed zijn. Samen beslissen moet dan ook veel breder worden geïmplementeerd. In de zorg is er altijd een balans tussen onder- en overbehandeling; beide bestaan naast elkaar. De huidige financiering van de zorg werkt overbehandeling in de hand. Ongeveer een derde van de kosten die we maken in de ziekenhuiszorg heeft geen meetbaar effect op de gezondheid en kan derhalve ook achterwege blijven. Veel kosten worden gemaakt om lage risico's te elimineren. Hoe meer diagnostiek, hoe meer nevenbevindingen. Nevenbevindingen verhogen de kosten en veroorzaken gezondheidsschade. Ongeveer 10 procent van de patiënten krijgt complicaties of nadelige effecten van de, soms ook onnodige, behandelingen. Ook complicaties verhogen de kosten. Als we als zorgverle-

Wink de Boer

ners de maatschappelijke opdracht serieus nemen, dan moeten we nadenken hoe we de zorg die in de ziekenhuizen wordt geleverd kunnen verbeteren, de zorg herinrichten en goedkoper maken zodat we meer zorg kunnen leveren voor minder geld. Binnen het huidige financieringsmodel ligt de incentive echter op volume: meer opereren levert meer geld op, terwijl het voeren van een gesprek om samen met de patiënt te beslissen of opereren wel of niet meerwaarde biedt tijd kost en ook niet wordt beloond.

Hoe groot moet een ziekenhuis zijn?

In Nederland zijn schier onbestuurbare grote fusieziekenhuizen ontstaan die, zo laat de Nederlandse Zorgautoriteit zien, niet hebben geleid tot betere zorg en al helemaal niet tot lagere kosten. Een goede vriend vertelde mij dat ze bij zijn werkgever Heineken precies wisten wat de optimale grootte was voor een bierbrouwerij. Als dat optimum was bereikt en er toch meer hectoliters bier nodig waren, werd niet de bestaande brouwerij uitgebreid, maar werd er een tweede brouwerij naast gebouwd met een eigen management. Dit leidde tot een beter product, een hogere productie tegen een lagere kostprijs. Er blijkt ook wetenschappelijk onderzoek te zijn wat de optimale grootte van een ziekenhuis is; zowel te klein als te groot blijkt niet optimaal. Eerst is er bij een klein ziekenhuis winst te halen door schaalvergroting en is de aanbeveling om de echt kleine ziekenhuizen samen te voegen, maar boven een bepaalde grootte wordt het dan net als bij het hierboven gegeven voorbeeld uit het bedrijfsleven weer te complex, onbestuurbaar en dus inefficiënter. Bovendien is de Nederlandse samenleving kwetsbaar als we alleen nog een klein aantal zeer grote ziekenhuizen zouden overhouden. Als een ziekenhuis dan in de problemen komt, is er onvoldoende buffer om deze zorg elders te absorberen. Het actief defuseren van ziekenhuizen, zodat we geen ziekenhuizen van pak hem beet meer dan 500 bedden meer hebben, in Nederland zou dus de kwaliteit en betaalbaarheid ten goede komen en een betere geografische spreiding over Nederland mogelijk maken, zodat iedere Nederlander zijn basiszorg ook in de eigen regio kan krijgen. Daarnaast heeft Nederland te veel dure academische ziekenhuizen; ook hier is een keuze hard nodig. De fusie tussen AMC en VU was een prachtige kans geweest om academische bedden capaciteit te sluiten; dan had het Slotervaart MC ook niet dicht gehoeven. Dan hadden we de Amsterdamse ziekenhuisovercapaciteit aangepakt en kosten gereduceerd. Maar door het ontbreken van een blauwdruk is deze, voor de maatschappij betere optie door de verzekeraars, de regisseurs van zorg, helaas niet afgedwongen. Academische ziekenhuizen moeten stoppen met gewone zorg en een blauwdruk van het ziekenhuislandschap zal dus ook een inschatting maken hoeveel academische bedden we nu echt nodig hebben en hoeveel bedden en bijbehorend personeel dan kunnen worden overgeheveld naar goedkopere algemene ziekenhuizen.

Hoe moeten we de ziekenhuizen over Nederland verdelen

Er is een wettelijke norm waarin is vastgelegd dat de aanrijtijd naar ziekenhuiszorg de 45 minuten niet mag overschrijden. Als er geen ziekenhuizen zouden bestaan en je nu opnieuw de ziekenhuizen mocht gaan plaatsen, zou je zorgen voor een mooie gelijkmatige verdeling over Nederland, met in dichtbevolkte regio's een kortere afstand tussen de locaties en in de minder bevolkte regio's een wat langere afstand. Je zou dan niet meerdere ziekenhuizen in één stad neerzetten.

Acute zorg en planbare zorg

in Bernhoven, het ziekenhuis waar ik als medisch directeur leiding aan heb gegeven, hebben we de organisatie naar specialisme goeddeels losgelaten en het ziekenhuis ingericht conform het patiëntenpad. We hebben de acute zorg volledig losgekoppeld van de planbare zorg en ondergebracht in een aparte businessunit onder een eenhoofdige leiding. Daarmee is het bewijs geleverd dat je deze zorg ook echt apart kunt organiseren. De acute zorg is de duurste vorm van zorg; deze zorg moet 365 dagen per jaar en 24 uur per dag worden geboden en dit vergt derhalve de inzet van veel personeel. Deze vorm van zorg, een eerstehulppost, de verloskunde, een intensive care en een beddenhuis waar je als patiënt met een acuut probleem kunt worden opgenomen, vormt nu de ruggengraat van een ziekenhuis. Acute zorg wordt nu nog door nagenoeg ieder Nederlands ziekenhuis aangeboden, maar dat is eigenlijk niet overal nodig. Om acute zorg te kunnen bieden heb je een bepaalde schaalgrootte nodig; ook moet je als organisatie voldoende medisch specialisten in dienst hebben om voor alle belangrijke specialismen de diensten 7 x 24 uur te kunnen roosteren. Een dienstfrequentie voor medisch specialisten van één op zes is redelijk, maar dit betekent dus dat je als ziekenhuis ook minimaal zes cardiologen, zes longartsen, zes internisten, zes traumachirurgen, zes vaatchirurgen etcetera nodig hebt. Je moet als zorgorganisatie dan ook overdag een bepaalde schaalgrootte hebben en dus voldoende patiënten om al deze dokters ook overdag aan het werk te houden óf de diensten bovenregionaal gaan inrichten. In de Randstad en bepaalde grote steden zijn er nu te veel plaatsen waar acute zorg wordt geboden, maar in dun bevolkte gebieden te weinig. Nu probeert ieder ziekenhuis nog dit zelf overeind te houden, ook als op een paar kilometer afstand een andere aanbieder acute zorg aanbiedt. Ik geloof dat het ministerie van VWS ervoor moet zorgen dat de acute zorg per direct wordt losgekoppeld van de marktwerking. Het zijn vaste kosten en het landelijk budget kan hiervoor worden geschoond. Acute zorg moet dus niet langer op basis van aantallen behandelde patiënten (of DOT's), maar op basis van een vast bedrag per geografische regio worden gefinancierd om klokje rond alle personeelskosten te kunnen dekken. Een bezoek aan een eerstehulppost kan dan overal in Nederland hetzelfde kosten en patiënten weten dan ook dat ze ongeacht hun zorgvraag direct een deel van hun eigen risico kwijt zijn als ze een acute-zorglocatie bezoeken. We betalen de brandweer immers ook niet per gebluste brand, ook de volledige kos-

Wink de Boer

ten van het brandweerkorps worden betaald om ervoor te zorgen dat de brandweer altijd en overal beschikbaar is. Hierbij is een centrale regie noodzakelijk. Concurreren op acute zorg is geen goed idee gebleken. We moeten dan accepteren dat we in een dunbevolkt gebied acute zorg, waar deze dus eigenlijk onrendabel is, met extra investeringen overeind gaan houden. In deze ziekenhuizen komen er 's nachts numeriek minder mensen op de Spoedeisende Hulp, maar de kosten om deze vorm van zorg te bieden zijn gelijk aan een ziekenhuis waar het 's nachts drukker is. Op beide locaties moet je 24 uur per dag alle zorgprofessionals beschikbaar houden. Je hebt ook in een dunbevolkt gebied op de Spoedeisende Hulp medisch specialisten nodig om de avond-, nacht- en weekenddiensten te draaien. Deze dokters zullen het overdag rustig hebben en een betere werk-privé-balans kunnen houden, terwijl in de Randstad de medisch specialist vooral wordt ingezet voor de zorg overdag. Eigenlijk hebben de verzekeraars de regierol toegewezen gekregen, maar we hebben meer dan vijf verschillende concurrerende verzekeraars die van de Autoriteit Consument en Markt niet mogen samenwerken. Het is daarom de taak van het ministerie van VWS om zo snel mogelijk te gaan bepalen waar we in Nederland acute-zorglocaties gaan financieren. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft de rekenmodellen klaar liggen, de politiek moet bepalen of we een iets langere aanrijtijd willen accepteren (goedkoper, maar met minder locaties) of een iets kortere aanrijtijd (duurder, maar met meer locaties). Een staatscommissie kan binnen drie maanden makkelijk vijf scenario's doorrekenen en ook bepalen waar de acute-zorgfunctie en/of de verloskunde dan verdwijnen. Het moge duidelijk zijn dat dit grote gevolgen heeft voor de bestaande verhoudingen in ziekenhuisland. Als de opdracht is om het aantal plaatsen waar acute zorg wordt aangeboden gelijkmatig over Nederland te verdelen zodat iedere Nederlander toegang houdt, zullen de ziekenhuizen en de medisch specialistische bedrijven onderling nooit in staat zijn om deze herverdeling met elkaar uit te onderhandelen. De arbeidsmarktkrapte met een groot tekort aan verpleegkundigen is een tweede reden waarom het aantal plaatsen waar acute zorg wordt aangeboden opnieuw moet worden bepaald. Er zijn simpelweg te weinig gespecialiseerde verpleegkundigen en verloskundigen om de acute zorg overal in de lucht te houden. Als er geen regie komt, zullen nieuwe ziekenhuisfaillissementen grote delen van Nederland de toegang tot acute zorg ontnemen. Als bepaald is waar in Nederland acute zorg blijft bestaan, kunnen de ziekenhuizen die geen acute-zorgfunctie(s) meer hebben gaan groeien in de planbare zorg, zorg die dan dus ook fysiek niet meer past in de ziekenhuizen die een acute-zorgfunctie hebben toegewezen gekregen. Het zal wennen zijn, maar medisch specialisten, ook die uit een academisch ziekenhuis, zullen dan op meerdere plaatsen in de regio binnen het ecosysteem van de zorg worden gedetacheerd voor zorg overdag of voor zorg in avond-, nacht- en weekenddienst.

Diagnostiek

Bij de diagnostiek is er landelijk een overcapaciteit omdat ieder ziekenhuis probeert een zo breed mogelijk pakket aan diagnostiek in eigen beheer te hebben. Zo

heeft ieder ziekenhuis een volledig ingericht en duur eigen laboratorium. Een buisje afgenomen bloed kan echter makkelijk worden getransporteerd. Behoudens een cito-lab voor de bepalingen die direct beschikbaar moeten zijn, kan meer dan 80 procent van de routinebepalingen worden gecentreerd in maximaal vier laboratoria in Nederland. Hier kan de dure apparatuur dan 24 uur per dag worden benut en zo kunnen we de zorgprofessionals even snel en tegen veel lagere kosten gaan bedienen. Ook voor deze functie is centrale regie onontbeerlijk. Ook koopt ieder ziekenhuis zelf CT-scanners, MRI-scanners en andere dure infrastructuur, die maar een deel van de week in bedrijf is. Als we ook dan de dure infrastructuur zeven dagen per week zouden laten draaien, kan de prijs per scan omlaag. Ook hier zijn samenwerken en het regionaal bepalen van de benodigde capaciteit in plaats van ieder ziekenhuis voor zich de toekomst om de zorg betaalbaar te houden en de wachttijd voor diagnostiek te verkorten.

Polikliniek en chronische zorg

Poliklinieken kunnen overal in het land op alle huidige locaties open blijven; hier kan de dokter reizen binnen een netwerk van plaatsen waar spreekuren worden gehouden. Voor de polikliniekfunctie van een ziekenhuis heb je geen dure infrastructuur nodig. De poli-organisatie in een netwerkstructuur biedt basiszorg en gespecialiseerde zorg. Superspecialisten kunnen op meerdere plaatsen in het netwerk gespecialiseerde poli's aanbieden, terwijl de meer generalistisch werkende medisch specialisten op één plaats kunnen blijven werken. De meeste kilometers die patiënten maken betreffen deze vorm van zorg; deze moet dus maximaal decentraal worden georganiseerd binnen de bestaande infrastructuur. Zo kunnen we alle huidige ziekenhuisgebouwen blijven benutten en kan de Nederlandse patiënt dichtbij terecht op een breed scala aan poliklinieken om zijn klacht voor te leggen aan een medisch specialist. Hier kan eventueel ook een systeem van concurrentie blijven bestaan. Momenteel verdienen ziekenhuizen nog veel geld aan het begeleiden van patiënten met een chronische ziekte. Dat geld is nodig om de onrendabele acute zorg te financieren (kruisfinanciering) en daarom houden ziekenhuizen en medisch specialisten deze zorg nog krampachtig vast. Chronische zorg moet vooral buiten het ziekenhuis dicht bij huis worden georganiseerd, maar deze onthechting kan alleen gaan plaatsvinden als de financiering van de acute zorg is geborgd.

Interventies

Momenteel probeert ieder ziekenhuis in Nederland nog zo veel mogelijk alle ingrepen en operaties aan te blijven bieden. Als we om een goede geografisch spreiding te verkrijgen de kleinere ziekenhuizen groter maken en de grotere ziekenhuizen kleiner, krijgen we ook qua medisch specialisten een betere verdeling over Nederland. Hier moeten de zorgverzekeraars hun regierol gaan invullen. De verzekeraars kunnen dan in gezamenlijkheid voor een zeer groot aantal niet acute en planbare operaties bepalen op hoeveel plaatsen die in Nederland moeten

Wink de Boer

plaatsvinden. Zo moeten operaties aan slokdarm, maag en alvleesklier slechts op bijvoorbeeld zes plaatsen in Nederland gebeuren, hartchirurgie op bijvoorbeeld zestien plaatsen en galblaaschirurgie op zestig plaatsen. Er zijn veel manieren om in een overgangperiode van vijf jaar zorgpaden rond een operatieve ingreep in een regio verder te centreren. Je zou deze bijvoorbeeld landelijk als kavels kunnen aanbieden. Net als bij de veiling van netwerkfrequenties kunnen ziekenhuizen inschrijven op één of meer kavels. Een ziekenhuis kent de eigen capaciteit en de capaciteit die nodig is voor een bepaalde kavel. Alleen als je een kavel krijgt toegewezen, mag je die ook declareren. Als je inschrijft op hartchirurgie, kun je waarschijnlijk ook vaatchirurgie doen, maar dat doe je dan ook voor een veel groter verzorgingsgebied. Door dat hogere volume is er dan geen plaats meer voor bijvoorbeeld darmkankeroperaties, die dan naar een andere aanbieder in jouw regio gaan. Ieder ziekenhuis zal qua ingrepen en operaties een profiel kiezen, bijvoorbeeld hart en vaten, bewegingsapparaat of buikchirurgie, en zich toelagen op een kleiner aantal operaties en daar door grotere volumes dan ook echt goed in worden. Zorgpaden kunnen dan beter worden ingericht en de kans op complicaties daalt. De patiënt profiteert van betere zorguitkomsten.

Conclusie

De zorgvraag stijgt en de zorg wordt onbetaalbaar als we deze binnen de huidige inrichting van het zorglandschap blijven aanbieden. Ziekenhuizen zijn nu ongenaaakbare organisaties die maximaal inzetten op het behouden van de status quo, terwijl het duidelijk is dat we de zorg alleen betaalbaar kunnen houden als we de heilige huisjes afbreken en de zorg gaan beschouwen als een ecosysteem waarbinnen we de verschillende functies opnieuw definiëren. De discussies rond de acute zorg in de Flevopolder hebben denk ik aangetoond dat er op korte termijn centrale regie nodig is. Voormalig minister Klink van VWS sprak ooit over 'systeem-ziekenhuizen', maar dit suggereert een tweedeling tussen twee soorten ziekenhuizen. Alle locaties zijn belangrijk en hebben hun eigen rol in de regio. We moeten gebruik van de bestaande infrastructuur optimaliseren en via de zorginkoop per locaties de zorgfuncties toewijzen die nodig zijn op die locatie. Acute zorg en verloskunde moeten landelijk worden vormgegeven. Iedere regio heeft recht op acute zorg. Een locatie waar acute zorg wordt verleend, moet er zeker van zijn dat de kosten gedekt worden, en deze locatie moet ook overdag voldoende schaalgrootte hebben. Nu zijn de schaalverschillen tussen de Nederlandse ziekenhuizen nog veel te groot; de Nederlandse burger is er bij gebaat dat we deze verschillen verkleinen en de zorglocaties goed verspreid over Nederland inrichten. Samen moeten ze diagnostische faciliteiten delen. De polikliniek bezoeken moet overal kunnen, maar in hun electieve zorg moeten ze zich per locatie gaan toelagen op bepaalde operaties; een zorgpalet dat complementair is aan het zorgpalet van de andere ziekenhuizen in de regio. Het opleiden van medisch specialisten en ander zorgpersoneel moet dan ook losgekoppeld worden van individuele ziekenhuizen. Verder moeten ziekenhuizen zeven dagen per week open zijn om de dure infrastructuur beter te benutten; dus geen dure operatiekamers meer bij bouwen,

maar ook op zaterdag en zondag gaan opereren. Zorgverleners zijn altijd gewend geweest om binnen één organisatie te werken, maar netwerkzorg maakt dat juist ook de zorgverleners datgene kunnen doen waar ze goed in zijn. Alle zorgverleners zijn de komende jaren hard nodig; niemand hoeft te vrezen voor zijn baan in de transitiejaren naar een efficiënter ingericht regionaal georganiseerd zorgaanbod. De patiënt krijgt meer dan 80 procent van zijn zorg dichtbij, maar voor specifieke ingrepen moet hij eenmalig gaan reizen. Hij krijgt daar betere kwaliteit voor terug. Ook de medisch specialist krijgt meer keuzes en kan gaan doen wat hij leuk vindt en waar hij goed in is. Wel moet hij meer gaan reizen om waar mogelijk de poliklinische zorg dicht bij de woonplaats van de patiënt aan te bieden. Ziekenhuizen worden nu gedwongen om met elkaar te concurreren, maar samenwerken in een netwerk met de zekerheid van behoud van de eigen locatie is een aantrekkelijk alternatief. Directies van de ziekenhuizen realiseren zich dat ze de door de vergrijzing stijgende zorgvraag niet kunnen beantwoorden binnen de bestaande structuren en ook niet met de financiële middelen die in het hoofdlijnenakkoord hiervoor zijn gereserveerd. Alleen door het zorglandschap opnieuw in te richten en de dubbelingen eruit te halen kunnen we de zorg beter maken en betaalbaar houden. De burger wil betere zorg, maar er niet meer voor betalen; de belangen van individuele ziekenhuizen, individuele medisch specialistische bedrijven of individuele dokters zijn nu even ondergeschikt. De minister en de Tweede Kamer zijn aan zet. De verzekeraars kunnen hun rol van regievoerder alleen vervullen binnen een nu nog ontbrekende centrale visie op het ziekenhuiszorglandschap van de toekomst met een bijpassende financiering.