Geachte voorzitter, geachte leden,

Graag willen wij u nog eens ons standpunt onder de aandacht brengen over de nieuwbouwplannen van het ziekenhuis Bernhoven vanwege het Algemeen Overleg van de commissie op 16 september aanstaande. Daarbij zal gesproken worden over de ziekenhuiszorg in Nederland.
U weet dat wij geen voorstander zijn van de nieuwbouwplannen omdat deze leiden tot een onnodige en ongewenste verschraling van de ziekenhuiszorg in zowel de regio Oss als de regio Veghel-Uden. Bovendien zijn de plannen onvoldoende uitgewerkt met betrekking tot de steunpunten en bedreigen de concentratieplannen door adherentieverlies in de periferie van het werkgebied het voortbestaan van het ziekenhuis. In een brief van 20 juli 2004 van Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant wordt aangedrongen op een snelle (politieke) besluitvorming om nieuwbouw te mogen realiseren.

Wij willen puntsgewijs reageren op de brief van GS.

1. De nieuwbouwplannen van Bernhoven zouden niet vallen niet onder de ‘standstill’.

In de discussie over de kleine ziekenhuizen tijdens het Algemeen Overleg van 26 november 2003 heeft minister Hoogervorst op aandringen van de kamer uitdrukkelijk de toezegging gedaan dat er met betrekking tot het dossier Bernhoven ‘niets wordt getekend’. De standstill dient onverkort te worden gehandhaafd totdat de nieuwe Wet toelating zorginstellingen door de kamer afdoende is behandeld. In tegenstelling tot hetgeen GS beweert erkent het ziekenhuis wel dat de standstill ook op Bernhoven van toepassing is. “Functieconcentratie is niet toegestaan op grond van de landelijke standstill.” [1]
Er zijn ook geen dringende omstandigheden aan te voeren zoals een dreigend faillissement of ‘leegloop’ van het ziekenhuis waardoor kwaliteit en continuïteit dusdanig onder druk komen dat een snel besluit noodzakelijk is. (Zie ook het onderzoek dat in onze opdracht door De Greve & Partners is verricht. [2]) Bovendien is de druk om personeel te werven en het personeelsverloop afgenomen door de verslechterde economische omstandigheden. Zoals ook bij andere ziekenhuizen is de arbeidsmarkt voor Bernhoven verbeterd. [3]

2. GS stelt dat de nieuwbouwplannen op een breed draagvlak rusten.

Voor de plannen bestaat met name draagvlak in bepaalde bestuurlijke kringen, de bevolking denkt er echter heel anders over. Door actiecomités uit Oss en Veghel werden 30.000 handtekeningen verzameld waarin wordt gepleit voor behoud. Dat de bestuurlijke wereld en de wereld van de gebruikers van de ziekenhuiszorg twee werelden zijn blijkt bijvoorbeeld uit het standpunt van de instellingen voor ouderenzorg. Zij zijn voor nieuwbouw terwijl de ouderenbonden voor behoud van beide ziekenhuizen zijn. Bij de aanvraag verklaring van behoefte ontbreekt ook een instemmingsverklaring van het RPCP.
De uitkomst van nieuwbouw leidt voor de bevolking tot een onaanvaardbare verschraling. Wanneer het nieuwe ziekenhuis er zou komen staan twee opties open:
a. het nieuwe ziekenhuis wordt gebouwd in Oss waardoor de regio Veghel-Uden waar meer dan 80.000 mensen wonen haar ziekenhuis verliest;
b. het nieuwe ziekenhuis wordt gebouwd in Uden waardoor Oss, een stad met bijna 80.000 inwoners haar ziekenhuis zou kwijtraken en daar geen enkele ziekenhuisvoorziening voor terugkrijgt.

Of de regio Veghel-Uden of de regio Oss zal de grote verliezer zijn bij de concentratieplannen, omdat zij hun ziekenhuis zullen verliezen. Te meer daar er geen dwingende feiten te noemen zijn op grond waarvan tot deze besluitvorming moet worden gekomen. Het ziekenhuis draait zowel financieel als kwalitatief relatief goed. Er is nog steeds een vrij vermogen van 3,8 miljoen. Wij constateren dat de provincie zich laat leiden door de wil van de Raad van Bestuur en niet de behoefte van de bevolking. Wat men met nieuwbouw beoogt kan even goed en goedkoper door renovatie en samenwerking met de grote ziekenhuizen in Den Bosch, Nijmegen en Eindhoven. Vergeet ook niet de achteruitgang van het openbaar vervoer waarvan ook in onze regio's sprake is en de recente bezuinigingen op het zittend ziekenvervoer. De lusten zijn voor de specialisten, de lasten worden afgewenteld op de gebruikers en hun familie en kennissenkring. Gebruikers waarvan het leeuwendeel ouderen zijn waarvan lang niet iedereen een auto tot zijn of haar beschikking heeft.

De stelling dat buiten Oss en Veghel (waar overigens een meerderheid van de bevolking in de regio's Oss en Veghel-Uden woont) alle overige gemeenten voor nieuwbouw zijn, verdient nuancering en commentaar. Naar mate gemeenten verder van het potentiële nieuwe ziekenhuis weg liggen nemen de reserves toe, omdat voor hun burgers de bereikbaarheid van het ziekenhuis afneemt. Nu nog geldt het 30-minutenbereikbaarheidscriterium voor het hele adherentiegebied. Bij unilocatie zal – afhankelijk van de plaats van vestiging - bij 25 tot 50% van de bevolking het bereikbaarheidscriterium van 30 minuten niet worden gehaald. [4] Vandaar ook het risico dat met name in de periferie van het werkgebied van het ziekenhuis de adherentie zal afnemen. (Dit is een reëel risico waar ook de ziektekostenverzekeraars in hun brief van 18 januari 2002 al op wijzen.

[5]

Dit risico wordt nog groter omdat de genoemde steunpunten in hun uitwerking tot op heden slechts gekenschetst kunnen worden als eerstelijnsvoorzieningen, niet als een serieus alternatief voor het ziekenhuis.) Van een unaniem standpunt bij de overige gemeenten is derhalve geen sprake. Verder merken we in dit verband op dat het ziekenhuis (en met hem de provincie) handig inspeelt op de bij enkele gemeenten bestaande ‘stenenkoorts’. Welke gemeente zou niet graag voor haar burgers een ziekenhuis binnen haar gemeentegrenzen halen?

3. Het ziekenhuis wordt geconfronteerd met een dubbele ‘kleine ziekenhuis problematiek’. De financiële positie van het ziekenhuis wordt aangetast door de kosten van het huidige twee-locatie model.

Dit punt wordt terecht aangevoerd. Doordat Bernhoven vanwege de fusie als één ziekenhuis wordt beschouwd valt ze buiten de rijksregelingen inzake de problematiek van de kleine ziekenhuizen. Naar onze mening moet de rijksregeling dan ook zodanig worden aangepast dat de compensatie voor de dubbele kosten wordt vastgesteld aan de hand van het aantal bedden per *afzonderlijke locatie, een geoormerkte locatietoeslag.* (Bernhoven telt 566 bedden verdeeld over twee locaties, het voormalige Sint Annaziekenhuis in Oss telt 276 bedden, het voormalige Sint Josephziekenhuis in Veghel 290 bedden.) Bernhoven verdient extra middelen omdat ze beide locaties thans overeind houdt. Aanpassing van de subsidieregels zou ook passen binnen het door de kamer gewenst beleid van behoud van kleinschalige ziekenhuiszorg op menselijke maat.

De provincie en het ziekenhuis stellen dat de omvang van de huidige ziekenhuislocaties te klein is om naar de toekomst toe goede basisziekenhuiszorg te blijven bieden. Het is een stelling die niet door wetenschappelijke feiten wordt bevestigd en ook niet strookt met de uitgangspunten die het ministerie zelf heeft geformuleerd met betrekking tot de vereiste minimumschaalgrootte van [6] ziekenhuizen. Zowel de locatie Oss met een geschatte adherentie van 81.000 als Veghel met een adherentie van 99.000 zitten boven de minimumgrens van 72.500. Terecht heeft het ministerie dan ook gesteld dat ‘een strikte noodzaak voor fusie’ ontbreekt.

De provincie en ziekenhuis dringen aan op spoedige besluitvorming tot concentratie. Wij gaan er echter vanuit dat de kamer onverkort vasthoudt aan de standstill totdat de WTZi afdoende is behandeld.

Met vriendelijke groet,

Henk van Gerven, wethouder gemeente Oss
Mart Smits, wethouder gemeente Veghel

[1]
Financieel jaarverslag 2003. Bernhoven. Oss/Veghel, maart 2004.

[2]
Van tweeën één. Toetsing van een besluit. De Greve & Partners. Wassenaar, 14 oktober 2003.

[3]
Financieel jaarverslag 2003. Bernhoven. Oss/Veghel, maart 2004.

[4]
Behoud Anna en Joseph deel II. Actiecomité ‘Anna moet blijven’. Oss, augustus 2002.

[5]
Adhesieverklaring Aanvraag Verklaring van behoefte. CZ. Goes, 18 januari 2002.

[6]
Het bereikbare ziekenhuis. Ministerie van VWS. Den Haag 20 november 2002