

Concentratie van topreferente zorg

Bittere noodzaak

De academische ziekenhuizen staan onder druk om de zorg voor patiënten met zeldzame en complexe ziekten te verdelen. Zorg afstaan blijkt een moeilijk neembare horde. De voortdurende onderhandelingen over de concentratie van kinderoncologie zijn exemplarisch.

De acht universitair medische centra hebben een probleem. Een groot deel van hun patiënten lijdt aan zeldzame ziektes of moet complexe behandelingen ondergaan; zij krijgen zogeheten topreferente zorg. Zij kunnen deze patiënten niet verwijzen naar een nog gespecialiseerder ziekenhuis. Aan de ene kant zijn de umc's trots op hun *last-resort*-functie en bijbehorende wetenschappelijke status. Aan de andere kant gaat het om dure zorg voor kleine aantallen patiënten en voelen ook zij de druk van de bezuinigingen. Hoe kunnen de umc's zo veel mogelijk topreferente zorg blijven geven en toch de kwaliteit ervan garanderen?

De oplossing is concentratie, dus herverdelen en uitruilen van zorg. Daarover is men nu in NFU-verband druk in gesprek, zo legt voorzitter Elmer Mulder van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra uit: "Het vinden van de juiste proportie, is nog een hele zoektocht. Factoren als volume, complexiteit, intensiteit van behandeling en reistijd spelen bij de verdeling van zorg een belangrijke rol." Er komt veel kijken bij de zoektocht: doorlichten van organisaties, herstructureren van zorgprocessen en wetenschappelijke onderbouwing vinden voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria.

Roelof Konterman, directievoorzitter van zorgverzekeraar Achmea begrijpt de zorgvuldigheid van de umc's. Maar, zegt hij: "Het moet al tien jaar zorgvuldig. Ik vind dat de medici en de ziekenhuisbesturen nu eens echt moeten gaan voor kwaliteit en keuzes moeten maken. Er zit veel te weinig schot in. Als er al iets gebeurt, zie je dat de zorg niet meer in acht, maar in zes umc's wordt gedaan. Dat vind ik niet kiezen."

Ook Daan Rooijmans, partner bij Plexus, vindt dat er te weinig gebeurt. "Umc's hebben veel te verliezen. In de strijd om macht, financiën en hersenen, zullen weinig centra ervoor kiezen om minder zorg te leveren." Kortom: er moet meer druk komen: van buitenaf of van binnenuit, door de medici zelf. Dat gebeurt in de kinderoncologie, waar ouders en kinderoncologen aansturen op één landelijk centrum voor kinderen met kanker.

Vijf tot 25 keer

Per jaar krijgen ruim 500 kinderen kanker. Er zijn veertien hoofdgroepen van kinderkanker en de meeste vormen komen vijf tot 25 keer per jaar voor. Die kinderen gaan allemaal voor behandeling naar een academisch ziekenhuis. Op dit moment is de overlevingskans 75 procent. Dat moet naar 90 procent kunnen, vinden zowel de kinderoncologen als de ouders van kinderen met kanker. De oplossing is volgens hen de vorming van één expertisecentrum voor diagnose, behandeling en onderzoek, het Nationaal Kinderoncologisch Centrum (NKOC). Daaromheen twintig geaccrediteerde ziekenhuizen die als *shared-care* centrum onder regie van het NKOC eenvoudige onderdelen van de behandeling dichterbij huis kunnen uitvoeren. Ouders en kinderoncologen nodigden verschillende partijen uit om een bod te doen voor de locatie van het nieuwe centrum. Maar de NFU deed niet mee, met als gevolg dat het NKOC nu onderdak krijgt bij het niet-academische NKI/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

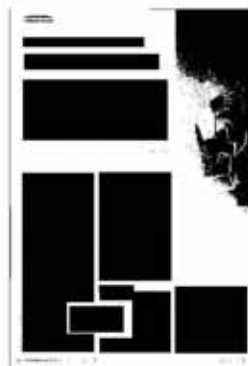
Hanneke de Ridder, raad van bestuur Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) verwacht dat grote groepen behandelaars uit de umc's zullen overstappen naar het NKOC. "Dat is ook de bedoeling. De medisch specialisten kijken ernaar uit om hun onderzoek op één plek te bundelen."

De NFU deed echter een tegenvoorstel. Voorzitter Mulder noemt het plan van een landelijk centrum charmant, maar onverstandig, vanuit het oogpunt van continuïteit, bereikbaarheid en keuzevrijheid. Mulder: "Wij onderscheiden tien deelgebieden in de kindergeneeskunde, een daarvan is de kinderoncologie. We proberen nationale programma's te maken per deelgebied, zodat we op elk gebied best evidence krijgen. Niet op acht plekken, maar in twee expertisecentra en twee *shared-care* centra waar onderdelen van die zorg worden verleend." Bestuursvoorzitter Hans Büller van het ErasmusMC, zelf kinderarts: "Het kan niet dat één centrum straks het alleenverder zorgverzekeraars steunen het plan van het NKOC en denken mee over financiering van het centrum. Konterman: "Het NFU-plan komt wel een beetje laat. Dat ze er vier centra tegenover willen zetten, vind ik geen goed weerwoord. Pak dan door, doe het met twee. Een teveel aan centra maakt de behandeling verliesgevend. Breng de zorg bij elkaar, leg het geld op een hoop, daarmee kun je de kwaliteit verbeteren en de kosten delen."

Na een stroef begin overleggen de initiatiefnemers van het NKOC en de NFU inmiddels weer met elkaar. Maar het lijkt er niet op dat de NFU genoeg neemt met een bijrol. Mulder: "Wij gaan niet akkoord met de vestiging van maar één centrum en al helemaal niet buiten de academische setting. Dus als mensen willen dat wij daar ook onze verantwoordelijkheid in dragen – dat doen wij niet." Het wordt straks dus spannend, want Achmea is sterk voorstander van concentratie van complexe oncologische zorg, ook die voor kinderen, en zal desnoods selectief gaan contracteren. Konterman: "Stel, er is over drie jaar een nationaal centrum. Dan heb je nog steeds de acade-

disch specialisten kijken ernaar uit om hun onderzoek op één plek te bundelen."

disch specialisten kijken ernaar uit om hun onderzoek op één plek te bundelen."



mische centra die die zorg ook leveren. Ons

Stroef begin

kooprecht krijgt. Patiënten hebben geen keuze meer. En verder: de kinderoncologen willen hun eigen voorkeur, hun eigen budget, hun eigen bestuur. Dat vind ik onacceptabel. Ik heb gezegd 'no way, je bent hier onderdeel van de kindergeneeskunde'. Als de nieren van een kind kapot gaan door chemotherapie, dan lost die kinderoncoloog dat niet alleen op." De SKION vindt één expertisecentrum juist wel verstandig vanwege de kleine patiëntengroep. De Ridder: "Wij bouwen één centrum met tachtig tot honderd bedden, dat is voldoende. Met twee expertisecentra, een voor leukemie en een voor solide tumoren, krijg je twee ziekenhuizen met veertig bedden. Dat betekent dat er voor elke individueel kind, nog steeds maar één centrum is."

Marianne Naafs, directeur van de Vereniging Ouders, Kinderen en Kanker merkt op dat in hun plan zeker een rol is weggelegd voor umc's: "In de eerste plaats als *shared-care* centrum. En als een kind plotseling een infectie heeft, moet het snel op een kindertensievecare in een umc kunnen worden opgenomen."

beleid is: waar de kwaliteit het best is, contracteren wij."

Hoewel de discussie over de kinderoncologie vooral met kwaliteitsargumenten wordt gevoerd, heeft weghalen van topzorg uit de umc's wel degelijk financiële consequenties. Voor hun maatschappelijke taak ontvangen de umc's extra gelden van het ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen: de academische component. Rooijmans: "De academische component en ook het budget voor kinderoncologie gaan naar de umc's. De werkelijke kostprijs blijft ondoorzichtig omdat umc's de gegevens niet willen aanleveren."

Niet doenlijk

Het academisch ziekenhuis Maastricht voert budgettaire redenen aan voor concentratie van topreferente zorg. Het ziekenhuis probeerde een toestroom van patiënten naar klinische immunologie in te dammen door hen te selecteren op basis van hun postcode. Het azM werd echter door de zorgverzekeraars en de politiek terug gefloten omdat dit indruiste tegen de keuzevrijheid. Bestuursvoorzitter Guy Peeters: "De politiek roept: we moeten concentreren. Als je het dan gaat doen, roept iedereen: dat kan toch niet waar zijn! Mijn boodschap is: wij doen het toch. Het is niet zo dat we bepaal-

de zorg niet meer willen aanbieden. Maar met deze kostenontwikkeling en deze overheidskortingen is het niet meer doenlijk om in de volle breedte te functioneren."

Het azM heeft als enig stadsziekenhuis een basiszorgfunctie voor Maastricht. Het academisch budget was in 2010 37,8 miljoen. In de praktijk is het ziekenhuis echter 65 miljoen kwijt aan academische zorg. Dat financiert het azM uit algemene zorgmiddelen. Met andere woorden: keuzes maken, is onvermijdelijk. Peeters: "Concentratie heeft enorme consequenties, zelfs bij lage volumes. Krijgen is fantastisch, maar afstaan hoort er ook bij. Daar hebben we nog niet veel ervaring mee. Als ik bepaalde ziekten niet meer behandel, en ik heb daar twee specialisten op zitten, dan moeten die mensen naar een ander academisch ziekenhuis. En hoe bereken ik dat door voor de rest van het ziekenhuis?" Uiteindelijk gooide het azM het over een andere boeg: het wil nu de afdelingen voor sarcoidose en klinische immunologie gaan sluiten. In dat geval moeten enkele honderden patiënten hun heil ergens anders zoeken.

Dure basiszorg

Naast de vraag hoe de topzorg onderling te verdelen, buigen de umc's zich ook over de verdeling van basiszorg. Je kunt je af-

vragen of ze die wel moeten leveren binnen zo'n dure infrastructuur. De umc's vinden zelf dat ze basiszorg nodig hebben. Bijvoorbeeld om top-

zorg mee te bekostigen. En om artsen ook op te leiden in basisvaardigheden. Bovendien hebben sommige umc's een duidelijke regiofunctie, dus kunnen ze de basiszorg niet afstoten. Dat betekent dat ze moeten gaan concurreren met algemene ziekenhuizen. Een concurrentie die ze prima aankunnen, denkt Mulder. Uit onderzoek van de Boston Consulting Group (BCG) blijkt dat de toename aan transparantie ervoor zorgt dat patiënten zich steeds beter bewust worden van kwaliteit. Daardoor zal een groeiende groep patiënten bereid zijn verder te reizen naar een ziekenhuis als daar de kwaliteit aantoonbaar beter is. Onder die druk moet een ziekenhuis de kwaliteit verhogen maar gelijktijdig hebben ziekenhuizen ook te maken met een druk op de kosten. Beide zijn te combineren, concludeert BCG, als je de kwaliteit maar als uitgangspunt neemt. Jan Willem Kuenen, partner en managing director bij BCG: "Er is voldoende bewijs dat een hoger volume leidt tot be-

tere kwaliteit. In eerste instantie omdat een specialist meer operaties doet waardoor hij meer ervaring opdoet en minder complicaties optreden. In tweede instantie omdat daardoor betere ondersteuning mogelijk is door gespecialiseerd personeel en de afdeling beter kan worden ingericht." Dat kan met de huidige patiëntenaantallen alleen als ziekenhuizen ook behandelingen gaan afstoten. De beste manier om dat te doen, zegt Kuenen, is de discussie integraal voeren over alle typen zorg. Ziekenhuizen zouden in regionaal verband afspraken moeten maken. "Per ziektebeeld heb je een die zich erop concentreert, en een ander die dit afstoot. Als je een bredere discussie kunt hebben, kun je veel meer zorgen dat ook het financiële plaatje in balans is." Een academisch ziekenhuis zou zo'n discussie prima kunnen regisseren, denkt adviseur Rooijmans: "Praat met elkaar over samenwerking en profiteer beide. Voordeel: het basisziekenhuis kan een groter volume opbouwen en het academisch ziekenhuis kan de complexe zorg naar zich toe trekken."

Ouwehoeren

ErasmusMC-bestuurder Büller is groot voorstander van regionale samenwerking. "Wij ouwehoeren ons suf op landelijk niveau, met bobo's en overlegorganen. Dit is zo gruwelijk inefficiënt. We moeten het regionaal oplossen. Ik voel meer medeverantwoordelijkheid voor het ziekenhuis in Dirksland, dan voor bijvoorbeeld Venlo of Stadskanaal."

Veel behandelingen kunnen goedkoper worden door concentratie. Er is echter wel een voorwaarde, zegt Konterman: "Als je concentreert, zijn er ziekenhuizen waar de zorg weg gaat. Je moet zorgen dat dan ook de kosten verdwijnen: je moet de gebouwen kleiner maken en de maatschap stoppen." Konterman pleit voor een structuurfonds voor de zorg dat zorgaanbieders compenseert voor het verlies van zorg.

Wat financiële druk kan ook geen kwaad, zo heeft Achmea ondervonden. De verzekeraar is in enkele regio's in gesprek om met ziekenhuizen concentratieafspraken te maken. In het begin liep dat lekker. Konterman: "Er was een hele stevige urgentie, veroorzaakt door de ziekenhuiskorting van 549 miljoen. Nu is de korting bijna gehalveerd en overheerst opluchting. Het gevoel van urgentie is meteen een stuk minder." ●

Eind december, na de interviews, laten de NFU en de initiatiefnemers van het NKOC weten in goed gesprek te zijn met als doel 'hun gedachten over de

concentratie van kinderoncologische zorg in elkaar te ritsen'.

'Krijgen is fantastisch, maar afstaan hoort er ook bij'

'Dit is zo gruwelijk inefficiënt'

'Breng de zorg bij elkaar, leg het geld op een hoop'

