

## Toepassing van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) als besparingsstrategie voor de gezondheidszorg

### Inleiding

De klinische gezondheidszorg in Nederland is grofweg verdeeld over academische ziekenhuizen, algemene (perifere) ziekenhuizen en specialistische klinieken. Elk van deze zorgomgevingen dient te voldoen aan zware voorwaarden die worden opgelegd door de wetgever, belangenorganisaties en risicobeheersing- en kwaliteitsregulerende instituten. Alleen als wordt voldaan aan de gestelde wettelijke en kwalitatieve voorwaarden kunnen en mogen patiënten in behandeling worden genomen.

Vanuit de gedachte dat de klinische gezondheidszorg in voldoende mate bereikbaar en toegankelijk behoort te zijn voor de burger, zijn verspreid over het land en in een behoorlijke dichtheid ziekenhuizen en klinieken ontstaan met kwalitatief voldoende infrastructuur om op hoog niveau zorg te verlenen.

De infrastructuren van de meeste van deze ziekenhuizen en klinieken kenmerken zich door hun hoogwaardigheid en de daaraan gepaarde hoge aanschaf- en beheerkosten en de beschikbaarheid van voldoende medisch specialisten. Het overgrote deel van alle specialistische behandelingen in de categorie topklinische aandoeningen kan daardoor in nagenoeg alle ziekenhuizen worden uitgevoerd. Voor een fors deel van de categorie topreferente aandoeningen geldt hetzelfde, met uitzondering van die aandoeningen die vanuit wet- en regelgeving alleen zijn voorbehouden aan de academische ziekenhuizen.

De gecreëerde omstandigheid dat men zich in Nederland bijna voor alle mogelijke aandoeningen overal kan laten behandelen vormt één van de oorzaken dat de Nederlandse gezondheidszorg buitengewoon kostbaar is geworden. Andere oorzaken zijn de jaarlijks groeiende tarieven en de vergrijzing van de bevolking. Om te voorkomen dat de onevenredige kostenstijging die hiervan het gevolg is de gezondheidszorg structureel onbetaalbaar zal maken moet worden nagedacht over nieuwe zorgstructuren, andere werkwijzen of kostenbeperkende samenwerkingsvormen.

De afgelopen jaren is reeds een trend zichtbaar van samenwerking en specialisatie langs de as van medisch specialismen, als gevolg van twee ontwikkelingen:

- (1) als gevolg van marktwerking komen ziekenhuizen financieel onder druk te staan en
- (2) de wetgever heeft voor bepaalde typen behandelingen een ondergrens aan het volume gesteld, teneinde het ervaringsniveau van de specialisten en daarmee de kwaliteit van de behandeling te waarborgen.

Vanuit Gidsz zijn wij er echter van overtuigd dat samenwerking en specialisatie langs de as van medisch specialismen alleen niet voldoende zal blijken om de gezondheidszorg weer betaalbaar te maken. Wij verwachten dat aanvullende strategieën nodig zullen zijn om de kosten van de klinische zorg terug te brengen naar een draagbaar niveau.

Deze notitie gaat in op de toepassing van 2<sup>e</sup> lijn satellietvestigingen of samenwerkingsverbanden met zelfstandige behandelcentra als strategie om tot structureel betaalbaarder zorg te komen.

De basisgedachte achter de toepassing van 2<sup>e</sup> lijn satellieten of zelfstandige behandelcentra (ZBC's) is dat zorginvesteringen het beste renderen indien dure infrastructures zoveel mogelijk worden aangewend om zorgtechnisch complexe aandoeningen te behandelen en eenvoudige infrastructures worden gecreëerd om planbare zorgtechnisch laagcomplexere aandoeningen te behandelen. Tussen de kostbare infrastructures van de ziekenhuizen en klinieken voor de tweede tot vierde lijn zorg en de laagdrempelige omgeving van de huisarts voor de eerste lijn zorg bestaan, enkele uitzonderingen daargelaten, geen of nauwelijks op tweede lijn zorg gerichte centra. Centra waar basisdiagnostiek kan worden uitgevoerd op specialistisch niveau en waar zorgtechnisch laagcomplexere aandoeningen mediceenaal kunnen worden behandeld en nazorg eenvoudig planbaar in een proces kan worden gerealiseerd, tot het moment waarop de klacht verholpen is of de noodzaak ontstaat tot technologisch hoogwaardiger behandeling op derde of vierde lijn niveau. Specialisatie langs de as van complexiteit zou tot aanzienlijke besparing moeten kunnen leiden op de infrastructurele kostencomponent van de zorg.

In deze notitie beschrijft Gidsz in globale termen op welke wijze een dergelijke structuur tot stand zou kunnen worden gebracht.

## Voorbeeld van succesvolle toepassing

Om het vraagstuk te beantwoorden op welke wijze vorm gegeven zou kunnen worden aan Satelliet Vestigingen of Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) als tweede lijn zorgcentrum is in de markt gekeken naar succesvolle en vergelijkbare concepten. Eén van de meest succesvolle implementaties is gevonden in het concept van Cardiologie Centra Nederland (CCN). CCN is opgezet door zelfstandig opererende cardiologen en in 4 jaar tijd uitgegroeid tot een organisatie van 10 cardiologiecentra, hoofdzakelijk verspreid over het westelijk deel van Nederland.

CCN onderscheidt zich door poliklinische zorg zo optimaal mogelijk af te stemmen op de behoeften van de patiënt en de verwijzer en wordt gekenmerkt door:

1. 100 % vergoeding door de zorgverzekeraar
2. 24/7 bereikbaarheid
3. Geen wachttijden
4. Alle onderzoeken binnen 2 uur
5. Samenwerking met ziekenhuizen en academisch medische centra
6. Samenwerkingsafspraken met verwijzers

CCN is uitgegaan van de gedachte dat specialisatie in de 2<sup>e</sup> lijn zorg economisch rendabel kan worden gemaakt, indien deze volledig los van de ziekenhuisomgeving wordt georganiseerd en ingericht.

Een eerste kritische voorwaarde hierbij is dat sluitende afspraken worden gemaakt met perifere en/of academische ziekenhuizen voor vervolgbehandeling in de 3<sup>e</sup> en/of 4<sup>e</sup> lijn.

Een tweede kritische voorwaarde is dat aan de doorverwijzers (huisartsen) een duidelijk en herkenbaar betere service moet worden geleverd dan vanuit de bestaande zorgverstrekkers (ziekenhuizen en andere klinieken).

En tenslotte dat de kosten significant en aantoonbaar lager moeten zijn dan vergelijkbare zorg vanuit de ziekenhuizen en de kwaliteit van de zorg minimaal en gegarandeerd op het zelfde niveau moet liggen, voor de zorgverzekeraar de twee belangrijkste criteria om een ZBC substantieel zorgbudget te gunnen. Overige stellingnames waarvan CCN is uitgegaan bij de inrichting van hun klinieken en bij de afspraken die zij hebben uitgewerkt met de zorgverleners in hun omgeving:

- De beste plaats waar medische behandeling kan plaats vinden wordt bepaald door de mate van complexiteit van de ziekte en de technologie die nodig is om de diagnose te kunnen vaststellen en de behandeling uit te kunnen voeren.
- Medisch specialisten hebben verschillende affiniteiten met complexiteit, technologie en patiëntenzorg.
- Patiënten en verwijzers hebben behoefte aan kundigheid, snelheid, toegankelijkheid en duidelijke informatie.

## Leidende principes voor de inrichting van 2e lijn poliklinieken

Vanuit de ervaringen met de zelfstandige behandelklinieken van CCN heeft Gidsz de volgende leidende principes afgeleid als het gaat om de inrichting van gespecialiseerde 2<sup>e</sup> lijn satellietvestigingen of ZBC's:

- De satelliet/ZBC richt zich uitsluitend op uitvoering van laag technologische behandelingen en nazorg en organiseert de behoefte aan hoog technologische behandelingen en behandelingen met een hoog risicoprofiel (IC, SEH beschikbaar) in structurele samenwerkingsverbanden met de centrale vestiging van het ziekenhuis.
- De satelliet/ZBC richt zich op aantrekken van groot volume patiëntenzorg.
- De bezetting van de polikliniek moet een hoge affiniteit vertonen met patiëntenzorg en een groot besef hebben van de behoeften van patiënt en verwijzer.
- Het gegeven van technologische beperkingen moeten worden omgezet in efficiënte en doelmatige afspraken met het moeder- of partnerziekenhuis (minimale overlap in dienstverlening).
- Het behandelproces is efficiënt (lean) ingericht, met korte doorlooptijden, gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en voldoende flexibiliteit om wachtlijsten te voorkomen.

Op basis van deze principes kan onderscheid worden gemaakt naar de volgende behandelcategorieën:

1. Hoge complexiteit /hoog specialistische en hi-tech behandelmethoden / onderzoeksrelevant /laag volume
2. Minder complexiteit /laag-technische zorg /meer volume
3. Lage complexiteit / hoog volume / monitoring en nazorg

De ervaring leert dat rond 70 tot 75% van de medische zorg aan hart en vaatziekten te plaatsen is in categorie 3, 15 tot 25% in categorie 2 en dat 5 tot 10% in categorie 1 valt. De zorginstellingen die het meest geëigend zijn in deze categorieën te acteren zijn de academische centra in categorie 1, de perifere ziekenhuizen in categorie 2 en soms in categorie 1 en zelfstandige behandelcentra in categorie 3.

De medische behandelingen in categorie 3 en de daaraan gerelateerde zorg is volledig erkend als relevant voor de behandeling en herstel van de patiënt en dientengevolge per definitie verrekenbaar met de zorgverzekeraars. Behalve in het geval van preventieve onderzoeken en behandelingen zonder doorverwijzing.

De leidende principes laten zich vertalen naar de volgende succesfactoren:

### Relatie met de huisarts

Korte wachttijden, een goede relatie met de huisarts en een directe terugkoppeling van de diagnose is van essentieel belang voor de doorverwijzing en daarmee voor het creëren van extra volume. Aandacht voor de huisartsen in het eigen verzorgingsgebied en wellicht daar buiten is daarmee een belangrijke

succesfactor. Evenals korte wachttijden: binnen 24 uur geholpen, en een adequate en vooral snelle informatie uitwisseling met de huisarts over de diagnose.

### Specialisten

De aard van behandeling in categorie 3 is hoofdzakelijk medicinaal en te duiden als tweede lijn zorg. Behandelingen in deze categorie zijn minder complex, zijn afdoende voor, bij benadering, 80% van het patiëntenbestand (hoog volume) en is wetenschappelijk gezien minder vaak onderwerp van onderzoek. Voor de specialist is de tweede lijn vanuit commercieel oogpunt en vanuit het patiëntencontact interessant. Vanuit het leer- en ontwikkelingsperspectief is de tweede lijn zorg minder aantrekkelijk.

Het profiel van een specialist die overwegend in de zelfstandige polikliniek werkt behoort dan ook een hoge affiniteit met patiëntenzorg te vertonen en minder met onderzoek en onderwijs. Het concept van de 'eigen' specialist is een dominante behoefte bij de patiënt en is binnen de omgeving van een zelfstandige polikliniek eenvoudiger te realiseren dan in een ziekenhuis. Wel biedt het onmiskenbare voordelen als de specialist deeltijd in het ziekenhuis en deeltijd in de ZBC werken in verband met het behoud van kennis en ervaring van de specialist. Het concept van zelfstandige poliklinieken in de 2<sup>e</sup> lijn biedt derhalve ook uitstekende mogelijkheden voor specialisten die meer affiniteit vertonen met onderzoek en wetenschap. Het voordeel voor de onderzoeker ligt met name in de vergrote adherentie die verscholen ligt in het 2<sup>e</sup> lijnsvolume van de gespecialiseerde polikliniek.

### Verplegend personeel

Het verpleegkundig personeel moet een grote affiniteit hebben met de behoeften van de patiënt en de verwijzer. Goede toegankelijkheid, korte wachttijden en duidelijke, snelle informatie-uitwisseling zijn in deze context van groot belang. Vaste logistieke patronen, die in onderlinge afstemming binnen een vast team tot stand komen helpen daarbij en behoren daarmee tot de succesfactoren.

### Uniformiteit

Bij de inrichting van meerdere 2<sup>e</sup> lijn satelliet vestigingen die elk hun samenwerking met de centrale ziekenhuisomgeving moeten inrichten, is uniformiteit in overdrachtsprocessen van essentieel belang voor de kwaliteit van overdracht. Hierbij gaat het om alle vormen van overdracht: van patiënten tot medische informatie en van kennis tot administratiegegevens. Uniformiteit zal echter ook de vorm moeten krijgen die het best werkbaar is voor de specialisten en het verpleegkundig personeel. Het verdient dan ook aanbeveling om beiden bij de ontwikkeling van de processen en de facilitering te betrekken. Elke handeling van de specialist en de faciliteiten waar hij gebruik van maakt dient herkenbaar bij te dragen aan de kwaliteit van zijn werk en het resultaat voor de patiënt.

## **Toepassing vanuit een bestaande ziekenhuisomgeving**

### **Aanpassing van de zorgstructuur**

Het bestaansrecht van zelfstandige behandelcentra wordt enerzijds gevoed vanuit de behoefte van de patiënt aan snelle en adequate behandeling in een professionele omgeving en zonder wachttijden.

Anderzijds wordt het succes van ZBC's bepaald door de mate waarin zij voldoen aan behoefte van de huisarts om beter betrokken te worden in het behandelingstraject van zijn patiënten en hen beter en sneller te kunnen verwijzen naar de juiste specialist op het juiste zorgniveau. Aan beide behoeften lijkt in de eerder beschreven uitwerking van CCN ruimschoots te worden voldaan.

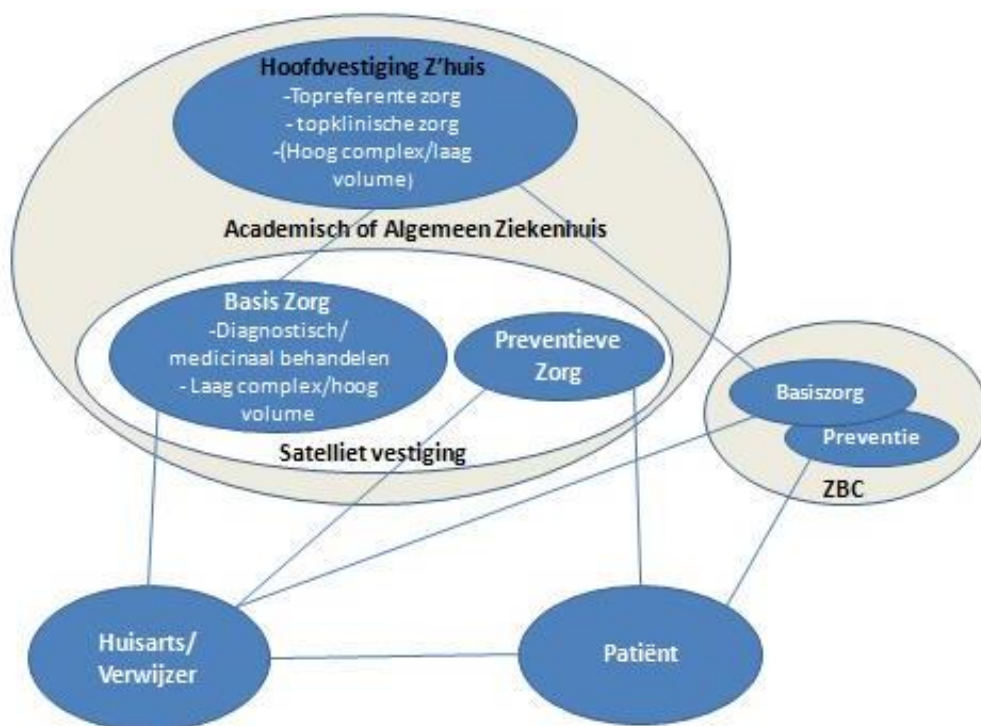
Vanuit het perspectief van een volwaardig ziekenhuis is het veel lastiger om op de wijze van CCN te opereren. In de visie van Gidsz is er echter geen doorslaggevend argument te bedenken waarom een

bestaand ziekenhuis niet zelf haar eigen 2<sup>e</sup> lijn zorgcentra zou inrichten. Door de vermenging van basiszorg met de nauwelijks planbare tertiaire en quartaire lijn zorg wordt ook de relatief eenvoudiger 2<sup>e</sup> lijn zorg minder goed planbaar. Door het scheiden van de 2<sup>e</sup> lijn patiëntenstroom van de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn patiëntstromen en het inrichten van een aparte infrastructuur voor de basiszorg kan de totale patiëntlogistiek dusdanig worden vereenvoudigd dat grote efficiency winsten kunnen worden bereikt in elk van de stromen. Deze winsten ontstaan door betere uitnutting van de infrastructuren: meer complexe behandelingen in de dure 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn omgeving en hogere volumes 2<sup>e</sup> lijn behandelingen in de relatief goedkope omgeving van de 2<sup>e</sup> lijn satellietvestiging.

Een 2<sup>e</sup> lijn satelliet kan worden ingericht met eenvoudiger meetapparatuur, een basaal onderzoekslab en goedkopere behandelkamers. Kostbare risicobeperkende voorzieningen als SEH en IC faciliteiten kunnen in de tweede lijnzorg achterwege blijven. De patiëntenstroom wor structureel eenvoudiger planbaar en in de hoogwaardige infrastructuur van het ziekenhuis ontstaat meer ruimte voor de behandeling van 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn patiënten.

Het 2<sup>e</sup> lijn behandelcentrum van een ziekenhuis opereert analoog aan de hiervoor beschreven ZBC's als een zelfstandige satellietvestiging. De administratieve en juridische verantwoordelijkheid voor de satelliet blijft echter liggen bij het moederziekenhuis.

Onderstaand plaatje geeft een beeld van de constructie waarin zelfstandige behandelcentra (ZBC) en satellietvestigingen samenwerken met ziekenhuizen.



In de satellietvestiging of het ZBC worden patiënten ontvangen na doorverwijzing door de huisarts. De dienstverlening in beiden bestaat uit een specialistisch onderzoek dat uitmond in een eerste diagnose. Indien de eerste diagnose uitsluitsel biedt over de aard en oorzaak van de klacht dan wordt een behandelplan opgesteld door de specialist of de patient wordt doorverwezen voor 3<sup>e</sup> lijnbehandeling in het moederziekenhuis. Als de klacht medicinaal kan worden behandeld dan blijft de klant voor verdere

behandeling en monitoring verbonden aan de satellietvestiging. Indien vervolgdiagnose of 3<sup>e</sup> lijn behandeling nodig is, dan wordt de klant overgedragen aan de zorg en administratie van het moederziekenhuis. Als de behandelresultaten daar aanleiding toe geven, kan de klant weer worden overgedragen aan de satellietvestiging voor monitoring, controle en eventuele revalidatie.

## Succesfactoren

De randvoorwaarden waaraan een satelliet of ZBC moet voldoen om bij te kunnen dragen aan betaalbaarder zorg en een rendabele ziekenhuisorganisatie in het algemeen zijn:

- Behandeling binnen 24 uur na doorverwijzing/melding (de eerste diagnose moet sneller tot stand komen dan in de polikliniek van een ziekenhuis, anders levert doorverwijzing naar een satelliet of ZBC geen voordeel op voor de patiënt of huisarts).
- Terugkoppeling van het onderzoeksresultaat naar patiënt en huisarts op de zelfde dag van behandeling (versterkt de positie van de huisarts naar de patiënt en de patiënt heeft eerder zekerheid over zijn status).
- Korte communicatielijnen met ziekenhuis en huisartsenlijn.
- Strikte afspraken over doorverwijzing van 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn patiënten naar de centrale organisatie.

Een bestaand ziekenhuis transformeren naar een structuur met één 3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup> lijn zorgcentrum en één of meerdere 2<sup>e</sup> lijn satellietvestigingen dient minimaal gepaard te gaan met groei in de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn patiëntenstroom. Immers, het onderbrengen van de 2<sup>e</sup> lijn zorgfunctie in aparte satellieten levert weliswaar lagere behandelkosten op voor 2<sup>e</sup> lijn patiënten, maar veroorzaakt tevens in eerste instantie een lagere bezettingsgraad voor het centrale ziekenhuis. Het verlies van 2<sup>e</sup> lijn patiënten in de centrale vestiging zal gecompenseerd moeten worden door groei in de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn patiëntenstroom of door afbouw van de dure infrastructuur om de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn kosten terug te brengen.

Er zijn verschillende scenario's op basis waarvan de benodigde groei kan worden gerealiseerd:

1. Kwaliteitsverbetering.  
Kortere wachttijden, snellere uitslagen, hogere servicegraad in de satellietvestiging, met andere woorden zichtbare verbetering van de kwaliteit maakt zorgorganisatie voor de huisarts aantrekkelijker om door te verwijzen. Groei van het 2<sup>e</sup> lijnvolume in de satellietvestiging(en) heeft per definitie groei in de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> lijn tot gevolg. Groei zal zich het eenvoudigst realiseren op het domein van medische specialismen waar sprake is van lange wachtlijsten in concurrerende ziekenhuizen of klinieken.
2. Focus en specialisatie op sterktes.  
Natuurlijk zal groei leiden tot spanning met de omliggende ziekenhuisorganisaties. Samenwerking met andere ziekenhuizen (focus op en uitbreiding van sterkere specialismen, zwakkere specialismen afstoten naar collega ziekenhuizen) kan deze spanning hanteerbaar maken en kan de omliggende collega ziekenhuizen eveneens sterker maken. Onrendabele functies van het ziekenhuis kunnen dan met de bijbehorende infrastructurele kosten worden afgebouwd.

Een deel van de noodzakelijke groei zou dus op eigen kracht gerealiseerd kunnen worden door satelliet vestigingen in te zetten op medische specialismen waar zich wachtlijsten voor doen. Een ander deel kan alleen gerealiseerd worden in samenwerking met of ten kosten van de positie van andere ziekenhuisinstellingen. Hiervoor zijn een goed overwogen implementatie strategie en bestuurlijke vaardigheden onontbeerlijk.

## Implementatie randvoorwaarden

Om de 2<sup>e</sup> lijn patiëntenstroom te scheiden van het primaire bedrijfsproces van het ziekenhuis moet eerst aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

- Voldoende satellietvestigingen waarin doorverwezen patiënten kunnen worden ontvangen voor een eerste diagnose door de specialist.
- Een duidelijke visie op dienstverleningsafspraken op basis waarvan met de doorverwijzende huisartsen kan worden samengewerkt.
- Een duidelijke visie op basis waarvan samenwerking tussen satelliet- en moederverstiging zich kan ontwikkelen.
- Een duidelijke visie op basis waarvan het volume topklinische patiënten kan toenemen tot boven de minimale bezettingsgraad.
- Een duidelijke visie op basis waarvan voldoende bezetting van specialisten in de satellietvestiging kan worden geborgd. Voordelen voor de specialist en de verpleegkundige zullen duidelijk en voor iedereen herkenbaar moeten zijn.

Het opbouwen van voldoende satellietvestigingen en het creëren van voldoende groei in het tertiaire en quataire behandeldomein is een lange termijn strategie, die de gezondheidszorg structureel goedkoper kan maken. Het realiseren van deze strategie is geen eenvoudige zaak en vraagt om nauwkeurige planning en afstemming in alle geledingen van de ziekenhuisorganisatie. Om deze ontwikkelingen in een passend tempo te laten plaats vinden zal een team van medisch specialisten, bedrijfs- en veranderkundigen, economen en bestuurders intensief moeten samenwerken vanuit een gemeenschappelijke visie op de hierboven benoemde aspecten.

