

Chris Mulder

afdelingshoofd maag-, darm- en leverziekten, VUmc, Amsterdam

CASCADE VAN MAATREGELEN DREIGT ACADEMIE NOODLOTTIG TE WORDEN

# Zorgverzekeraars brengen umc's in de verdrukking



Doordat zorgverzekeraars academische ziekenhuizen dwingen om laagcomplexe-hoogvolumezorg af te stoten worden de umc's feitelijk financieel gemangeld. Op termijn kan dit de ondergang van de academische ziekenhuizen betekenen, waarschuwt medisch specialist Chris Mulder.

**Z**orgverzekeraars dwingen de universitair medische centra (umc's) om laagcomplexe-hoogvolumezorg – zogeheten

niet-academische (uitplaatsbare) zorg – over te laten aan de perifere ziekenhuizen. Verzekeraars bepalen daardoor wat wel en niet academische zorg is en dat elk jaar op-

nieuw en zonder een structurele visie. Om een hoogcomplexe – extra dure – patiënt dus te kunnen blijven behandelen, moet niet-academische zorg worden afgestoten. Zo verdwijnen de mamma- en colonkankerchirurgie in snel tempo uit de umc's. Dit gebeurt doordat verzekeraars contracten aanbieden die betrokkenen in de umc's als benauwend, soms zelfs als wurgend ervaren. Of Hans Hoogervorst, hervormer van ons zorgstelsel in 2006, als minister van Volksgezondheid dit beoelde is onduidelijk.

De umc's budgetteren op kosten, de conglomeraten van fusieziekenhuizen rondom de umc's daarentegen op inkomsten. Zij groeien door fusies, maar ook door het overnemen van laagcomplex-hoogvolumezorg uit de umc's. In Amsterdam slokte het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) het Lucas Andreas (locatie West) op; het fusieconglomeraat heet sindsdien OLVG West en Oost. Met het BovenIJ Ziekenhuis wordt samengewerkt. Zou het Slotervaart of het Ziekenhuis Amstelland ook worden opgeslokt door het OLVG, dan ligt de naam 'Zuid' voor de hand. Na de beoogde fusie AMC/VUmc blijven er dan eventueel nog maar twee zorgaanbieders over in Amsterdam.

De conglomeraten krijgen de contracten voor het Bevolkingsonderzoek Colonkanaker; sommige verzekeraars willen hiervoor geen contracten met umc's afsluiten. Uitplaatsing van laagcomplex zorg betekent dat steeds meer geld voor zorg, opleiding van assistenten en onderwijs aan co-assistenten naar de conglomeraten overgaat. Het probleem dat hiermee in de umc's gecreëerd wordt, blijft tot op heden onbenoemd.

Krimp van de umc's dreigt, taken worden hen ontnomen. De umc's moeten hun portfolio's schonen. Ze laten zich koeioneren, bijna als slachtoffer, terwijl ze weerbaar proactief zouden moeten zijn. De betaling van de hoogcomplex zorg aan de umc's met een snelle toename van oudere patiënten met veel comorbiditeit is moeizaam. De NFU, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, definieert ondertussen expertcentra voor bepaalde ziektes, maar of hiervoor extra geld wordt bedongen bij overheid of

verzekeraars is onduidelijk. Het VUmc is bijvoorbeeld kennis/expertisecentrum voor coeliakie; de divisie overweegt echter of dit geen uitplaatsbare zorg is.

### Minder aiossen

De grote invloed van de ziektekostenverzekeraars leidt ertoe dat niet alleen basiszorg maar ook een deel van de topreferente zorg uit de umc's verdwijnt. Dit maakt umc's minder aantrekkelijk voor arts-assistenten in opleiding (aiossen). Er komen minder aiossen en umc's moeten gaan betalen voor assistenten niet-in-opleiding die bij het noodzakelijke werk moeten ondersteunen. Dat is erg duur. In de conglomeraten lijkt de casemix aan patiënten, het 'tableaux', in de volle breedte te worden aangeboden ten koste van high-tech in de umc's. In de huidige opleidingssystematiek is de aios degene die een 'rugzakje' heeft met hierin zijn/haar opleidingsbudget (120.000 euro per opleidingsjaar). Aiossen kunnen dit naar eigen goeddunken besteden, daar waar zij vinden dat de beste opleiding geboden wordt. Ze werken bij voorkeur in ziekenhuizen die hen het meeste 'tableau' bieden. Deze concurrentiestrijd om aiossen zijn de umc's al aan het verliezen. Het levert de conglomeraten véél geld op. De conglomeraten zullen zich steeds meer profileren als hét opleidings- en onderwijsinstituut waar co-assistenten en aiossen het grootste deel van hun opleiding doorbrengen.

De consequentie is dat aiossen nog maar een beperkt deel van hun opleiding in de umc's kunnen doorbrengen. De academisch medisch specialisten zullen mogelijk voor zover zij beoordeeld worden op

ingrepen per patiënt per jaar per dokter, in de verlenging van hun RGS-registratie problemen krijgen om te voldoen aan de volumenormenten. Het aanbod aan klinisch onderzoek zal zich al of niet gewenst verplaatsen van de umc's naar de conglomeraten.

### Uit balans

De casemix aan patiënten raakt hierdoor uit balans. Stafleden vertrekken al of niet vrijwillig. De umc's hollen zich gaandeweg inhoudelijk en financieel uit. Ze zijn log en overgebureaucratiseerd. De stafconventen ('stafbesturen') in de umc's staan machteloos. Het wettelijk kader voor medezeggenschap van de stafconventen in de umc's is beperkt, ze hebben alleen adviesrecht.

Daarnaast zijn de meeste umc's in divisies opgedeeld, met divisievoorzitters die veel zeggenschap hebben binnen hun eigen divisie. Een gezamenlijke visie door de divisiebesturen op wat een umc zou moeten zijn, rekenen de besturen niet tot hun takenpakket.

In de perifere fusiemodellen hebben de stafbesturen daarentegen veel macht en ze worden gestuurd door inkomen. De algemene ziekenhuizen kozen massaal voor de marktwerking van het medisch-specialistisch bedrijf, voor het vrije ondernemerschap. Zij reageren razendsnel op de markt, schrijven bij wijze van spreken een businessplan op de achterkant van een bierviltje. Ze kunnen 'alle zorg leveren' en betalen met de grote aantallen laagcomplex zorg moeiteloos de lage aantallen hoogcomplex zorg.

### Geld verdampt

De specialisten in de umc's moeten naast de reguliere zorg onderwijs verzorgen, coördineren, opleiding (regionaal) organiseren en wetenschap bedrijven. Ze moeten artikelen produceren, maar ook geld binnenhalen voor onderzoek. ZonMw heeft echter dankzij onze overheid steeds minder geld beschikbaar.

Elk proefschrift levert de umc's 93.000 euro op, maar de raden van bestuur in de umc's geven hiervan (vrijwel) niets door aan hun klinische afdelingen. Het geld

## Umc's laten zich koeioneren, terwijl ze weerbaar proactief moeten zijn

## ZORG NABIJ

Onlangs is mijn vader overleden. De weken voor zijn verscheiden leverden een intens gevoel van saamhorigheid op. Dit overlijden maakte de gezondheidszorg opeens persoonlijk. Op één van de avonden met mijn vader liet ik mij ontvallen: 'Ik ben geen slechte ziekenhuisbestuurder, maar wel een waardelose ziekenverzorger.' Mijn zuster, opgeleid als verpleegkundige, had hier duidelijk beter ontwikkelde vaardigheden. Aan mijn managementtalent was vroeger thuis, zoals gebruikelijk in die tijd, geen behoefte. Hoewel hij er wel met mij over kon praten, hield mijn vader de regie graag in eigen hand. Decorumverlies stoorde hem minder dan ik had verwacht, afhankelijkheid meer. Aandacht geven, iets waar bestuurders weleens in tekortschieten, heb ik de afgelopen periode goed geoeffend. Die aandacht gold niet alleen mijn vader, maar ook, noem het beroepsdeformatie, het zorgproces. Aandacht voor de thuiszorg bijvoorbeeld, die 's avonds niet kon komen want dat zat niet in het contract. Dus buiten kantoor tijd moest de 'oude' V&V-aanbieder gebeld worden, als dat nodig was. Hoe lang, dacht ik bij mijzelf, blijven zulke aanbieders zich nog als afvoerputje van de zorgcontractering misbruiken?

Aandacht ook voor het palliatief team, dat uit één persoon met een koffertje bleek te bestaan. En aandacht voor de huisarts, die mijn vader tot het laatst – naar eigen zeggen 'met nietsdoen' – begeleidde. 'U bent een fenomenale huisarts', waren bijna de laatste woorden van mijn vader, nog net verstaanbaar, voor het inslapen met de cocktail van dormicum en morfine. Dat krijgt een bestuurder die pretendeert 'niets te doen' niet vaak te horen.

Hugo Keuzenkamp

## Een helder verdienmodel voor de umc's ontbreekt

verdampt vóór het de afdeling bereikt. Researchgeld moet extern gegenereerd worden. Ook dit kost tijd en geld. Wat is de toekomst van de umc's? Maastricht, Rotterdam, Utrecht, Amsterdam, Leiden en in mindere mate Nijmegen en Groningen worden omringd door conglomeraten met enorme medische staven, die alles kunnen, en bovendien altijd goedkoper. Binnenkort kunnen de conglomeraten zeggen dat ze voor de opleidingen de umc's ook niet meer nodig hebben en het goedkoper zelf kunnen doen.

### Complexe vraagstukken

De umc's zijn bij uitstek plaatsen voor complexe vraagstukken die niet vragen om een routinematig antwoord. Diepgaander onderzoek naar de oorzaak en de meest geschikte behandeling is het uitgangspunt. In umc's leiden wij onze toekomstige artsen op. Voor al deze taken is hoogcomplex onderscheidend, echter ter ondersteuning hiervan is integrale kennis van laagcomplex zorg nodig. De factor tijd voor deze vraagstukken, onderzoek doen, onderwijs verzorgen is geen zaak waar verzekeraars zich mee bezighoren te houden. De zorg moet niet alleen per jaar financieel haalbaar worden gehouden, maar ook op langere termijn. VWS, de politiek, de raden van bestuur en de medische staven in de umc's maar ook de verzekeraars lijken zich niet te realiseren wat er dreigt te gebeuren. Als dit zwart-witscenario werkelijkheid wordt, heft de academie zichzelf inhoudelijk op. De kosten door de onhandige casemix aan patiënten worden te hoog. Een helder verdienmodel voor de umc's ontbreekt; de

overheid, maar ook de zorgverzekeraars moeten hiermee rekening houden. Afspraken per jaar ontnemen een ieder het zicht op de langere termijn. Op nationaal niveau moeten we keuzes maken om budget te reserveren voor kennisinstututen waar zorg hoog- en laagcomplex plaatsvindt in nauwe samenwerking met mensen die zich wetenschappelijk kunnen verantwoorden. De NFU zou zich moeten realiseren dat het vijf voor twaalf is, zich afvragen of de huidige definities van hoog- en laagcomplex geen flauwekul zijn geworden. Het doel van hoogcomplex was om voldoende expertise lokaal te creëren, niet om pathologie weg te geven of om de medische staven in de umc's uit te kleden.

### Werk aan de winkel

Er is werk aan de academische winkel, we kunnen de zogenaamde laagcomplex zorg niet blijven weggeven. We hebben het nodig voor een gezonde casemix voor onderwijs, opleidingen, research en zorg. De umc's mogen een voorbeeld nemen aan de huisartsen die de wurgcontracten voor 2016 niet zomaar tekenden. De overheid en de zorgverzekeraars moeten nadenken en aangeven of de marktwerking niet doorslaat en daarmee de umc's te gronde richt. De zorg mag niet in handen van de inkopers van de verzekeraars worden gelegd. ■

### contact

cjmulder@vumc.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).