

'TOEN WE HET EERSTE ZBC OPRICHTTEN, WAS IEDEREEN BOOS'

ZBC's: dé oplossing voor werkloze jonge klaren MDL?

ZBC's zijn niet meer weg te denken uit het zorglandschap in Nederland. De meningen verschillen of dat een goede ontwikkeling is of niet. Maar zouden de ZBC's een substantiële bijdrage kunnen leveren aan de werkgelegenheid voor jonge klaren? Drie MDL-artsen en één technisch financieel deskundige gaan voor MAGMA met elkaar in gesprek over de stelling: 'Het ZBC is de oplossing voor de huidige banenmarktproblematiek onder jonge klaren MDL'

De deelnemers aan deze (digitale) ronde tafel zijn: Frank ter Borg (MDL-arts in het Deventer Ziekenhuis), Jeroen Jansen (MDL-arts in het OLVG en mede-oprichter van de ZBC-keten PoliDirect), Steven Dreviers (technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven) en Angela Tjon (jonge klare en sinds kort als MDL-arts werkzaam bij PoliDirect).

Eind jaren tachtig vestigde zich het eerste ZBC in Nederland, Bergman Clinics. Plastisch chirurg Robert Bergman wilde hiermee de cosmetische chirurgie bereikbaar maken voor het grote publiek. Sindsdien is zijn imperium hard gegroeid naar 59 vestigingen en biedt deze keten ook andere medisch specialismen aan, waaronder MDL-gerelateerde zorg. Meer ondernemende medisch specialisten zaten in de afgelopen decennia niet stil: de leden die bij de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zijn aangesloten (132), hebben samen 425 vestigingen. Volgens de woordvoerder van ZKN, Herman Nieuwenhuis, bestrijken de ZKN-leden meer dan 95 procent van de markt van klinieken die in ons land verzekerde medisch-specialistische zorg aanbieden, de zogenoemde focusklinieken (zie kader). In het afgelopen jaar zijn er in de klinieken die lid zijn van ZKN bijna één miljoen patiënten behandeld (14,5 procent van het totaal aantal patiënten

dat medisch-specialistische zorg krijgt). Daarmee is grofweg één miljard euro gemoeid. Zeven ZKN-leden bieden MDL-gerelateerde zorg. PoliDirect is er daar één van. Negen van de veertien vestigingen van PoliDirect hebben een scopiecentrum – daaraan zijn nu bijna 40 MDL-artsen (12 fte) verbonden (van wie 5 jonge klaren) – en dat aantal zal de komende jaren groeien.

Cherry picking

De meeste medisch specialisten in de ziekenhuizen bekeken de groei van het aantal ZBC's aanvankelijk met argusogen. Zelfs bij de oprichting van het eerste ZBC van PoliDirect in 2012 stonden artsen nog op hun

achterste benen. Jeroen Jansen, MDL-arts in het OLVG in Amsterdam en medeoprichter van PoliDirect, herinnert het zich nog goed: "Iedereen was boos." Frank ter Borg, MDL-arts in het Deventer Ziekenhuis beaamt dat. "In het begin werd het als *cherry picking* gezien, ten koste van de ziekenhuizen." Vanwaar dan dit initiatief? Jansen: "Door het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO) ontstonden er enorme capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen. Toen dacht ik: als je een behandeling vrij geprotocolleerd moet uitvoeren, kun je dat het beste in een eenvoudige, 'platte' setting doen. In een ziekenhuis bepaalt toch vaak het proces hoe een patiënt erdoorheen gaat, in plaats van dat je echt die zorg om die patiënt heen kunt plannen. Bovendien gaat het in een ziekenhuis om dure vierkante meters (tweemaal zo hoog), dure overhead (driemaal zo hoog). Een ziekenhuis is eigenlijk te duur voor scopieën en poliklinische planbare laagcomplexen zorg. De prijs van een scopie is bij ons een derde minder dan in een ziekenhuis."

Jonge klare in ZBC

Jonge klare MDL-arts Angela Tjon koos enkele weken geleden bewust voor werken bij PoliDirect, ondanks de keuze uit drie (tijdelijke) banen in ziekenhuizen. "Toen ik klaar was met mijn opleiding, was ik twintig weken zwanger. Vanwege mijn zwangerschap had ik één sterke wens: flexibiliteit in mijn werk. En het ZBC bood dat: ik kan zelf mijn werktijden en programma's bepalen. En wat ik ook belangrijk vond: ik hoef op deze manier geen collega's te belasten als ik vanwege mijn zwangerschap geen diensten kan draaien. Het is voor mij op dit moment dus de ideale plek." Tjon kent zelfs jonge klaren die niet anders willen. "Ik ken een

Wat is een ZBC?

Een Zelfstandige Behandelcentrum (ZBC) is een samenwerking van twee of meer medisch specialisten, die (veelal verzekerde) planbare laagcomplexen zorg aanbieden en zich daarbij richten op enkele behandelingen die efficiënt kunnen worden uitgevoerd. Het worden daarom ook wel focusziekenhuizen genoemd. Er zijn inmiddels ook ziekenhuizen die zelf ZBC's oprichten, zoals bijvoorbeeld het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem.



Steven Dreviers:

“Een vakgroep moet zo’n 1.300 euro per dag omzetten om één full-time medisch specialist (1 fte) te kunnen aannemen.”

collega die tijdens haar opleiding al wist dat ze niet de ambitie had om in een maatschap te treden vanwege het feit dat ze veel waarde hecht aan een goede werk/privé-balans met een jong gezin. Ik ken ook collega's die vanwege gezondheidsargumenten in een ZBC blijven werken.”

Zelf denkt Tjon het werk in een ziekenhuis uiteindelijk te zullen gaan missen. “Aanvankelijk zag ik deze keuze als tijdelijk, als opstapje naar werk in een ziekenhuis, zodat ik in ieder geval voldoende vliegrepen kon maken en aantallen kon halen voor het BVO. Maar op den duur zal ik de acute zorg en hoogcomplexere casuïstiek gaan missen, denk ik. Vanuit de opleiding heb ik veel subspecialistische kennis opgedaan en ik wil niet dat deze op de achtergrond raakt. Acute zorg vind ik bovendien een heel leuk aspect van dit vak. Bij PoliDirect doe ik zowel polikliniek als scapieën: ik vind dat tot nu toe hartstikke leuk. In een ZBC heb je meer tijd voor een patiënt, juist omdat het veelal geen ingewikkelde casussen zijn, en dat zie je terug in de hoge patiënttevredenheid. Mijn ambitie is om op termijn het klinische werk, waarbij je ook acute zorg hebt, en hoog-complexe patiëntenzorg te combineren met

werk in een ZBC, waar je in een ontspannen sfeer werkt in een klein hecht team en waar je ook meer ondernemerschap kunt laten zien.”

Samenwerking ZBC's en ziekenhuizen

Ook de ziekenhuizen zoeken steeds meer naar samenwerking met de ZBC's. Niet alleen voor het wegwerken van het stuwmeer aan laagcomplexere inhaalzorg, maar ook in hun zoektocht naar banencreatie voor jonge klaren in de MSB's. Jansen: “Door het Hoofdlijnenakkoord zitten we nu in een soort Catch-22¹: de ziekenhuizen mogen niet meer groeien in productie, waardoor de MSB's de aanname van nieuwe dokters tegenhouden. Maar het aanbod van MDL-patiënten is gigantisch, zeker met het bevolkingsonderzoek darmkanker dat nu als een trein loopt. Er zijn lange wachtlijsten. Dan is het natuurlijk ideaal om met z'n allen als vakgroep te zeggen: wij gaan één tot een aantal dagen per week in een ZBC werken en van de opbrengsten kunnen we een jonge klare aanstellen in de vakgroep. Er zijn al verschillende ziekenhuizen waarmee we op die manier samenwerken, zoals met het Medisch Spectrum Twente, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het St. Antonius

Ziekenhuis Nieuwegein. De laatste vijf jaar lopen die gesprekken met ziekenhuizen heel prettig.”

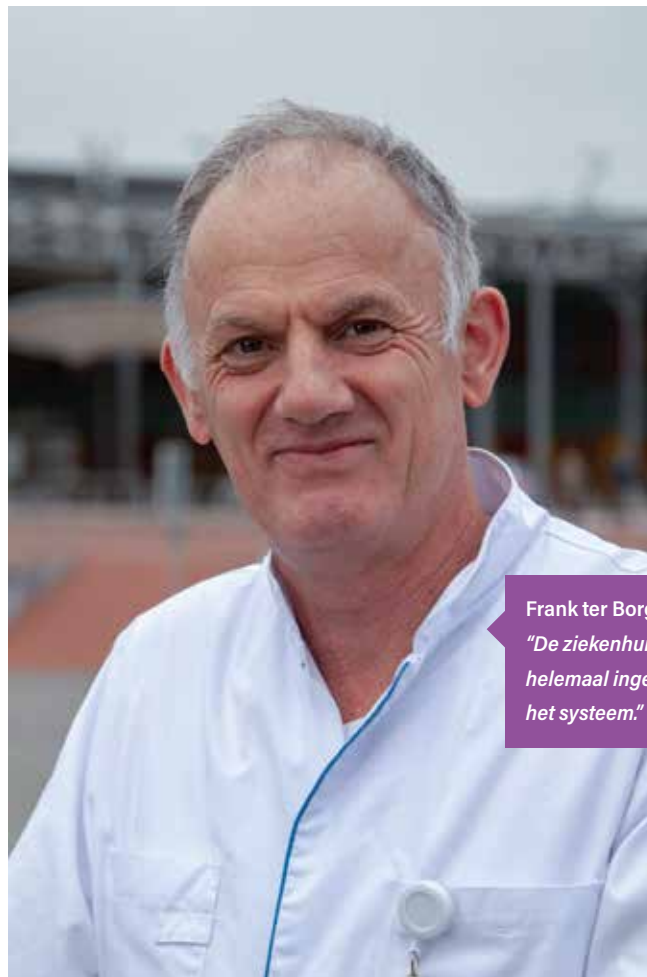
Worstelen met logistiek

Het Deventer Ziekenhuis is nog in onderhandeling met PoliDirect in Goor en Zwolle. Ter Borg: “We zitten midden in het proces. Met de logistiek zijn we nog flink aan het worstelen. Als we op vijf dagen in de week in het ZBC een dokter neerzetten, heeft dat nogal wat versnippering tot gevolg. Het kost dus tijd om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen.” Volgens Steven Dreviers, technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's), moet een vakgroep zo'n 1.300 euro per dag omzetten om één fulltime medisch specialist (1 fte) te kunnen aannemen. “Mét diensten”, benadrukt Dreviers. “Dit komt op jaarbasis ongeveer overeen met 260.000 tot 270.000 euro.” Ter Borg vult aan: “Het is niet helemaal kostendekkend voor het ziekenhuis. Als je in het ziekenhuis een volledige fte aanstelt, kost dat meer dan wanneer iemand vijf dagen in de week in een ZBC werkt. Dus om dat mogelijk te maken moet iedereen in het MSB er iets op toelagen.” Ook op andere manieren kunnen ZBC's

¹ Catch-22: een paradoxale situatie waarin het onmogelijk is om een gewenste uitkomst te bereiken, doordat de 'regels' dit vanwege tegenstrijdigheden niet toelaten.



Jeroen Jansen:
"De prijs van een scapie is bij ons een derde minder dan in een ziekenhuis."



Frank ter Borg:
"De ziekenhuizen zitten helemaal ingekapseld in het systeem."

indirect jonge klaren aan een baan helpen, betoogt Drevers. "Een ZBC kan een goed alternatief zijn voor een oudere arts die in het ziekenhuis op z'n tandvlees loopt en zijn werk op die manier behapbaar houdt." Jansen vult aan: "Dat hebben wij binnen PoliDirect ook weleens gezien: oudere dokters die in het ZBC helemaal opbloeien. Het behoud van de dokter: daar geloof ik wel in."

Ondermijning zorglandschap

Maar is de komst van de ZBC's niet een dusdanige ondermijning van het huidige zorglandschap dat deze ontwikkeling op den duur juist meer banen zal kosten dan opleveren, omdat ziekenhuizen omvallen als alle planbare laagcomplexen zorg verdwijnt? Drevers: "Er zitten twee kanten aan het verhaal. Als Jeroen zegt: 'Ik kan het goedkoper, sneller én klantvriendelijker', dan denk ik dat hij daar stiekem helemaal gelijk in heeft,

hoewel we dat niet zo heel hard willen zeggen met elkaar. En dat kan hij aan de zorgverzekeraar ook met een hele grote glimlach uitleggen. Maar als je kijkt naar de ziekenhuizen... Die zijn samengesteld uit een aantal functies: beschikbaarheidsfuncties, dure vierkante meters, 24 uur per dag open, poortbezettingen, SEH's die vaak niet uit kunnen, IC's die klagen dat er bedden leegstaan (tijdens de pandemie nu even niet), et cetera. Daar zijn ooit tarieven voor verzonden. Relatief eenvoudige behandelingen moeten daarin bijdragen aan de dekking van dure behandelingen die eigenlijk niet uit kunnen. Dus daar zit het ondermijnende in, daar staat inderdaad spanning op."

Moet het verdienmodel van de ziekenhuizen dan niet worden veranderd? Drevers: "Dat willen ze wel, maar dat kunnen ze niet. Want de afspraken tussen de zieken-

huizen en de zorgverzekeraars zijn als het ware gemaakt op de achterkant van een sigarendoos. Het gaat niet over prijzen per DBC, maar loopt voor het grootste deel via vastgestelde aanneemsommen of plafondafspraken met zorgverzekeraars. Het is voor ziekenhuizen bovendien heel moeilijk om substantieel met geld te schuiven, bijvoorbeeld van het ene specialisme waarnaar op dat moment minder vraag is, naar meer financiële ruimte voor een extra MDL-arts: dan kijkt de Raad van Bestuur heel moeilijk, is de vakgroep die wil uitbreiden boos omdat de ruimte er niet is, en is de vakgroep waar mogelijk krimp zou moeten plaatsvinden, boos als gevolg van deze (be)dreiging."

ZBC's bieden kansen

Alle gesprekspartners van het rondetafelgesprek zijn het erover eens dat de ZBC's niet meer weg te denken zijn in Nederland, en



Angela Tjon:
"Op den duur zal ik de acute zorg en hoogcomplexe casuïstiek gaan missen."

dat hun aanwezigheid zelfs kansen biedt. Ter Borg: "De ziekenhuizen zitten helemaal ingekapseld in het systeem, en kunnen niet verder zo. Als je tegemoet wilt komen aan de groeiende zorg, zul je dat op die manier in samenwerking met de ZBC's kunnen oplossen, denk ik. Dat is helemaal geen slechte gedachte." Hij denkt ook dat het bezwaar van te veel *cherry picking* door ZBC's voor de MDL-afdelingen niet zo relevant is. "Het is inderdaad zo: de ziekenhuizen hebben die laagcomplexe zorg nodig om kostenneutraal te blijven. Maar het aanbod is nu zo groot dat het helemaal geen issue is wat mij betreft. Ik denk dat de samenwerking uiteindelijk de oplossing wordt, dat je een meer geïntegreerd regionaal plaatje krijgt met een reële verdeling, en dat het als een soort *package deal* met de zorgverzekeraar wordt besproken." Beide werelden kunnen wellicht ook van

elkaar leren, betoogt Ter Borg: "Het triëren van indicaties en een geoliede samenwerking rond complexere zorg, omdat die indicaties toch ook in de ZBC's worden gevonden: dat zouden de ZBC's van de ziekenhuizen kunnen leren. Het ziekenhuis zou misschien kunnen leren van de efficiëntie en slagvaardigheid van een ZBC. Ik denk dat het sowieso belangrijk is om expertise te delen en samenwerkingsprocessen onder de loep te nemen en waar mogelijk te verbeteren." Tjon voegt toe: "Ik denk dat een goede samenwerking tussen ziekenhuizen en ZBC's ook het vertrouwen van de patiënt in een ZBC kan verhogen. Nu merk ik nogal eens in privé sfeer dat er wel wat argwaan is over de kwaliteit van de zorg in een ZBC."

Oplossing werkloosheid

Is het ZBC dan wellicht ook de oplossing voor de huidige banenmarktproblematiek

onder jonge klaren MDL? Dreviers: "Ja, het draagt bij, maar het is niet de enige oplossing waarmee we het gaan redden. Het is één van de oplossingen waarmee je een grote hap uit het probleem kunt halen." Ter Borg en Jansen knikken instemmend. Tjon: "Ik was best geschrokken toen ik in de vorige editie van *MAGMA*² las dat er blijkbaar al jonge klaren zijn die zich gratis aanbieden bij de ziekenhuizen om vliegreuen te kunnen maken. Ik vind dat echt niet kunnen: dat je na jarenlang investeren uiteindelijk gratis moet werken om je *skills* te behouden. Ook al omdat de jonge klaren vaak in een levensfase zitten waarin ze een jong gezin moeten onderhouden en een hypotheek moeten betalen. En dan vind ik een ZBC daar zeker een goede oplossing voor."

² *MAGMA* 3-2021, p. 104-109: "Iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start"