



← Interne Geneeskunde & Dermatologie

# *‘Kiezen om gekozen te worden’*

*Strategisch Beleidsplan Patiëntenzorg  
2010-2015*

# *‘Kiezen om gekozen te worden’*

*Strategisch Beleidsplan Patiëntenzorg  
2010-2015*



Universitair Medisch Centrum  
*Utrecht*

## *Colofon*

### **Uitgever**

Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie, UMC Utrecht

### **Auteurs**

Drs. G.J.C.M. Engwirda

Drs. E. Charldorp

Drs. J. Schilthuis

### **Fotografie cover**

Cluster Multimedia

### **Lay-out**

Cluster Multimedia

### **Drukkerij**

ZuidamUithof drukkerijen

### **Uitgave**

December 2009

# Voorwoord

Voor u ligt het Strategisch Beleidsplan (SBP) Patiëntenzorg van de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie (DIGD) voor de periode 2010-2015. Dit plan is gebaseerd op de drie kernwaarden van het UMC Utrecht: zorgen voor mensen, grenzen verleggen en kennis delen. Tussen onze taken op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek bestaat een duidelijke samenhang. We leren van elkaar, stimuleren elkaar, bouwen voort op elkaars inzichten en proberen samen beter te worden.

Het SBP Patiëntenzorg is een volgend onderdeel van het strategisch plan van de DIGD. Eerder is het Strategisch Beleidsplan Onderzoek (2007) en een notitie over Patiëntveiligheid verschenen.

Zoals de titel “Kiezen om gekozen te worden” aangeeft, staat het maken van keuzes centraal in ons SBP Patiëntenzorg. In een veranderende omgeving willen we graag dat patiënten naar het UMC Utrecht blijven komen. We moeten onderscheidend zijn en blijven en daarbij is het maken van keuzes noodzakelijk. Ons SBP Patiëntenzorg is tot stand gekomen in een tijd van groeiend besef dat een UMC niet de mogelijkheden en middelen heeft om op alle terreinen van de zorg te excelleren. We kiezen ervoor om te investeren in speerpunten zonder de basiszorg in zijn geheel af te stoten. Door extra aandacht en investeringen in speerpunten, zal echter de verhouding tussen speerpunten en overige zorg in de komende jaren wel veranderen ten gunste van de speerpunten.

Een verandering in de accenten van zorg in de komende jaren kan niet zonder de inzet van onze medewerk(st)ers. Het SBP Patiëntenzorg is

ook voor hen geschreven. Wij hopen met deze veranderingen de academische status van onze DIGD te kunnen versterken. Vanuit die visie vertrouwen we dan ook op een positieve bijdrage van het personeel van de DIGD bij het verder vormgeven van ons plan. Daarnaast realiseren we ons dat samenwerking met andere disciplines binnen het UMC Utrecht, andere UMC's en onze regionale ziekenhuizen van groot belang is voor het welslagen van ons SBP Patiëntenzorg.

*Namens de DIGD,*

*Prof. dr. Douwe Biesma,  
voorzitter divisieleiding*

# *Inhoudsopgave*

- 1 Inleiding 7**
  - 1.1 Aanleiding en context 9
  - 1.2 Opbouw en doelgroep 10
  
- 2 Missie, Visie, Strategie 11**
  - 2.1 Missie 13
  - 2.2 Visie 13
  - 2.3 Strategische doelen 14
  
- 3 Waarom Kiezen 19**
  - 3.1 De nieuwe werkelijkheid 21
  - 3.2 De patiënt kiest 23
  - 3.3 De verzekeraar kiest 23
  - 3.4 De overheid kiest 25
  - 3.5 De concurrent kiest en profileert zich 26
  - 3.6 De academische zorg internationaliseert 27
  - 3.7 Conclusie 27
  
- 4 Hoe te kiezen 29**
  - 4.1 De richting van het kiezen 31
  - 4.2 Speerpunt of specialisatie 32
  - 4.3 Criteria om speerpunten te kiezen 33
  
- 5 Speerpunten 39**
  - 5.1 Werkwijze en betrokkenen 41
  - 5.2 De speerpunten 43
  - 5.3 Speerpunten in relatie tot onderzoek 44

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>6</b> | <b>Consequenties van kiezen</b>                    | 47 |
| 6.1      | Uitwerking strategie                               | 49 |
| 6.2      | Project marketing, marktpositionering en strategie | 53 |
|          | <b>Nawoord</b>                                     | 55 |

# *Inleiding*



# Inleiding

## 1.1 Aanleiding en context

Sinds de komst van de gereguleerde marktwerking leven we in een nieuwe werkelijkheid. Dit staat in de strategienota van het UMC Utrecht beschreven: in een omgeving met “minder zekerheid en meer concurrentie”.

Natuurlijk mag de gereguleerde marktwerking niet ten koste gaan van de bijzondere functies van de UMC's, zoals VWS onderschrijft in de brief 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving' dd. 20-12-2006. Voor de topreferente zorg<sup>1</sup> en innovatie en ontwikkeling bestaat de academische component. Maar voor basis- en topklinische zorg geldt dezelfde bekostigingssystematiek als voor algemene ziekenhuizen en moeten ook de UMC's concurreren. De academische component is geen garantie dat de patiënt naar het UMC Utrecht komt. De concurrentie tussen de UMC's wordt gestimuleerd en ook de UMC's worden gedwongen positie te bepalen.

Deze veranderende omgeving en de ambities om te excelleren zijn voor ons aanleiding om de koers op het gebied van de patiëntenzorg tegen het licht te houden en voor de komende jaren vast te stellen.

Vanzelfsprekend is de patiëntenzorg niet volledig los te zien van de onderwijs- en onderzoeksfuncties van onze divisie. Deze twee kerntaken zijn dan ook onderdeel van het proces en zijn voor zover relevant, voor de strategie in de patiëntenzorg meegenomen.

<sup>1</sup> *Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort').*

## 1.2 *Opbouw en doelgroep*

Deze notitie is in de eerste plaats geschreven voor de management-teams en eigen medewerkers van de DIGD en zal ook verspreid worden onder andere divisies en de Raad van Bestuur.

In hoofdstuk 2 beschrijven we eerst de missie en de visie van het UMC Utrecht. Deze vormen de basis van onze eigen strategische doelen die in dit hoofdstuk ook aan bod komen. Hoofdstuk 3 beschrijft de achtergrond van veranderingen in de zorg, zowel op het gebied van patiënten en verzekeraars als op het gebied van overheid en concurrenten. Uit hoofdstuk 2 en 3 zal blijken dat het onderscheiden en maken van keuzes noodzakelijk is. Hoe gekozen moet worden, beschrijven we in hoofdstuk 4. Wij kiezen voor speerpunten, deze speerpunten zullen in hoofdstuk 5 aan bod komen. Hoofdstuk 6 beschrijft de gevolgen van de keuze voor deze speerpunten en hoe ze uitgewerkt worden in strategie. De notitie sluit af met een nawoord waar we vooral ingaan op de relaties van het strategisch beleidsplan patiëntenzorg met andere kerntaken en relevante thema's.

## 2 *Missie, Visie, Strategie*



## 2 *Missie, Visie, Strategie*

In dit hoofdstuk wordt de missie en visie van het UMC Utrecht weer-gegeven. Deze missie en visie vormen de basis voor de divisiestrategie. Onze strategie kan immers niet los staan van het beleid van andere divisies en het UMC-brede beleid.

### 2.1 *Missie*

De missie van het UMC Utrecht, een uitdrukking van wat het UMC Utrecht wil zijn, is:

*Het UMC Utrecht wil een internationaal toonaangevend universitair medisch centrum zijn waarin kennis over gezondheid, ziekte en zorg wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast.*

Het motto van het UMC Utrecht sluit daarbij aan:

*Zorg voor kennis, kennis voor zorg.*

### 2.2 *Visie*

De missie wordt vertaald in een visie op wat het UMC Utrecht in de komende jaren wil bereiken.

De visie is geformuleerd langs de lijn van de kernwaarden, die het UMC Utrecht in 2001 heeft vastgelegd.

### *Grenzen verleggen*

- Het op **geselecteerde gebieden** leveren van een grensverleggende bijdrage aan onze kennis van gezondheid, ziekte en de behandeling daarvan.
- Het toetsen van deze kennis in, en het overdragen ervan naar de praktijk van de gezondheidszorg.

### *Kennis delen*

- Het overdragen van kennis aan de mensen die in medisch onderzoek en de gezondheidszorg werkzaam (zullen) zijn.
- Het beantwoorden van vragen die de maatschappij over gezondheid en ziekte stelt.

### *Zorgen voor mensen*

- Het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg aan patiënten die zijn aangewezen op bijzondere kennis, kunde, ervaring of infrastructuur.
- Het ontwikkelen en uitdragen van innovaties die de gezondheidszorg verbeteren.

## *2.3 Strategische doelen*

De strategie geeft aan wat we gaan doen om de missie waar te maken en de visie te realiseren. Om de strategie te beschrijven heeft het UMC Utrecht vier invalshoeken gekozen. Wij vertalen deze invalshoeken door naar de eigen strategie op het gebied van de patiëntenzorg. De invalshoeken zijn:

### *Investeren*

Welke thema's of onderdelen zullen we selectief versterken?

### *Samenwerken*

Met welke partners zullen we onze banden versterken en hoe doen we dat?

### *Innoveren*

Waar en hoe zullen we proberen de dingen op een slimmere en betere manier te doen?

### *Verantwoorden*

Hoe gaan we onze prestaties naar de samenleving beter zichtbaar maken?

## **Investeren**

Om selectief te kunnen investeren moeten we eerst bepalen wat de thema's en onderdelen zijn waar selectief in geïnvesteerd zal worden. Dit betekent dat we keuzes moeten maken binnen de divisie en binnen afdelingen. Het proces van keuzes maken is niet gemakkelijk. De eerste stappen zijn gezet door in overleg met de afdelingen te bepalen waar de focus de komende jaren zal liggen. In deze strategienota beschrijven we welk model ten grondslag ligt aan de gemaakte keuzes en wat de uitkomsten van dit proces zijn, geformuleerd in speerpunten.

## **Samenwerken**

Als we als divisie willen excelleren en grenzen verleggen, kan dit niet zonder samenwerking met anderen. Zeker op wetenschappelijk gebied, maar ook binnen de patiëntenzorg is samenwerking een voorwaarde. Samenwerking met andere divisies is dan ook als één van de criteria

voor speerpunten gekozen. Een voorbeeld van samenwerking tussen verschillende divisies is het UMC Utrecht Cancer Center. Dit centrum heeft tot doel patiëntgerichte integrale topzorg voor patiënten met kanker te bieden. Alle betrokken divisies werken nauw samen en tot nu toe zijn de zorgprocessen voor patiënten met borstkanker en kanker van het maag-darmkanaal in kaart gebracht, waardoor structurele logistieke verbeteringen zijn gerealiseerd.

Daarnaast kunnen we samenwerking met partners buiten de muren van het UMC Utrecht en zelfs internationaal zoeken. Het verwijzersproject van het UMC Utrecht gaat de tweede fase in en is een goed voorbeeld van samenwerking met partners buiten het UMC Utrecht. De ontwikkelde activiteiten hebben zich in de eerste fase vooral op huisartsen gericht. Deze activiteiten worden gecontinueerd en daarnaast uitgebreid naar verwijzers vanuit de tweede en de derde lijn. Wij krijgen door dit project de mogelijkheid om bestaande wensen rond verwijzingen samen met het verwijzersteam uit te werken.

Onder het motto ‘spreiding waar mogelijk, concentratie waar nodig’, zullen we ons meer en meer richten op zorg gerelateerd aan onderzoek en topreferente zorg. Door concurrentie op gebied van de electieve zorg zijn we zeer bereid samenwerking aan te gaan met ziekenhuizen in de regio. Zo kunnen we voor opleiding en onderzoek toegang houden tot brede basis specialistische zorg.

## **Innoveren**

Innoveren is het bedenken en toetsen van nieuwe dingen. Wij zijn van mening dat om te kunnen innoveren in de patiëntenzorg twee zaken van belang zijn:

- Selectief investeren, zodat op focusgebieden innovatie kan plaatsvinden. Want ‘overal alles doen, leidt tot niets goed doen’.

- De relatie tussen patiëntenzorg en onderzoek stimuleren, waardoor successen op het gebied van onderzoek snel in de zorg te implementeren zijn en kennis tussen de domeinen uitgewisseld kan worden.

### **Verantwoorden**

We willen de prestaties vanuit verschillende invalshoeken zichtbaar maken:

- De divisie en haar afdelingen maken intern en extern duidelijk waar zij voor staan en wat de aandachtsgebieden zijn. Zo weten patiënten en verwijzers wat zij kunnen en mogen verwachten van de DIGD en haar afdelingen.
- De afdelingen toetsen de prestaties intern door een outcome registratie, en extern door te vergelijken met best practices, landelijke outcome cijfers, en het toetsen van prestaties bij de verschillende stakeholders.



# *3 Waarom Kiezen*



# 3 *Waarom Kiezen*

In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven wat het UMC Utrecht als richting heeft om onderscheidend te zijn. De vraag is echter op welke gebieden: alles in de volle breedte of moet er een inhoudelijke focus zijn? In dit hoofdstuk beschrijven we vanuit de veranderende omgeving waarom kiezen essentieel is.

## 3.1 *De nieuwe werkelijkheid*

### **Marktwerking**

Zoals in de inleiding aan bod kwam, is de omgeving veranderd, en nog steeds aan het veranderen. In relatief korte tijd heeft de marktwerking zijn intrede gedaan en zijn ziekenhuizen met elkaar aan het concurreren. Dit geldt voornamelijk voor de curatieve sector en het B segment, maar ook in de andere sectoren komt er beweging. Met de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet en het vervallen van de contracteerplicht, kunnen verzekeraars onderhandelen met de ziekenhuizen over volume, kwaliteit en prijs en zijn beiden vrij om al dan niet met elkaar een contract aan te gaan. De verhoudingen veranderen tussen marktpartijen; het is niet meer vanzelfsprekend dat de verzekeraar alle zorg bij iedereen inkoop. In combinatie met een steeds kritischer wordende consument ten aanzien van kwaliteit en service, moet de zorg steeds doelmatiger worden.

De overheid bemoeit zich minder met het marktspel. Aanbod en bekostiging zijn in beginsel de verantwoordelijkheid van de marktpartijen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht en heeft als

rol de concurrentie te bevorderen, en in te grijpen waar nodig. Voor de beschikbaarheid van acute zorg, topklinische zorg, prestaties die voornamelijk door UMC's geleverd worden, de opleiding tot medisch specialist en de bekostiging van dure geneesmiddelen, is afzonderlijke bekostiging afgesproken.

### **Bekostiging patiëntenzorg UMC's**

Alle ziekenhuizen vallen wat betreft de basiszorg en topklinische zorg sinds 2001 onder dezelfde bekostigingssystematiek en worden gefinancierd met behulp van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Het aandeel DBC's waarover vrij onderhandeld mag worden tussen aanbieder en verzekeraar, het B-segment, is 34%. Doel van de overheid is om de komende jaren het B-segment verder uit te breiden naar uiteindelijk 70%, maar met hoeveel en hoe snel is niet duidelijk. Voor het overige deel, het A-segment, worden volume afspraken gemaakt waarbij de prijzen door de NZa zijn vastgesteld. De topreferente patiëntenzorg en de kosten voor ontwikkeling en innovatie worden vergoed met een jaarlijks bedrag, de academische component. De UMC's zijn verplicht inzicht te bieden in en verantwoording af te leggen over de inzet van de academische component. Wat er uiteindelijk met deze academische component gaat gebeuren is nog onduidelijk. Des te belangrijker is het om inzicht te hebben in de financiële haalbaarheid en kostprijzen van onze speerpunten.

## 3.2 *De patiënt kiest*

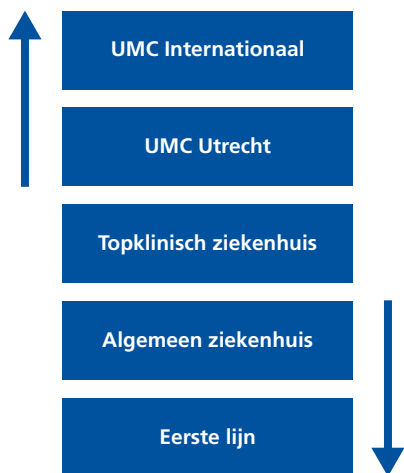
Uit onderzoek<sup>2</sup> is gebleken dat de patiënt zich meer als zorgconsument gaat gedragen. Bij het maken van keuzes voor een ziekenhuis gebruikt de patiënt steeds vaker informatie over kwaliteit, ervaringen van patiënten, wachttijden en reputatie van de zorgaanbieder. Deze informatie wordt veelal via vrienden of kennissen en internet verzameld. Dit beeld wordt bevestigd door de opkomst van de vele internetsites waar patiënten informatie vandaan kunnen halen. De patiënt (en de verzekeraar) stelt steeds hogere eisen aan de informatievoorziening en resultaatverantwoording door zorginstellingen. Voor de zorginstellingen wordt het des te belangrijker zich te onderscheiden van anderen, om de keuze van de patiënt positief te beïnvloeden en om te kunnen excelleren op onderdelen.

## 3.3 *De verzekeraar kiest*

De verzekeraar wordt steeds selectiever bij de zorginkoop. De toenemende competitie en concurrentie die daardoor ontstaat, uit zich voornamelijk in het segment van de electieve basiszorg. Daar waar in het belang van de patiënt de nadruk zou moeten liggen op een goede prijs-kwaliteitverhouding, ligt in het segment van de electieve basiszorg de nadruk vooral op de prijs. Wat de acute en complexe zorg betreft is de concurrentie voorlopig minder aanwezig, maar zeker niet afwezig. Door de aanhoudende stijging van de kosten, is de aandacht bij de zorgverzekeraar voor het overhevelen van zorgverlening vanuit de

<sup>2</sup> *Trendwatch zorgconsument 2008, Casemanagement Groep, 16-10-2008*

UMC's naar de tweede lijn, en vanuit de tweede naar de eerste lijn toegenomen. Alle zorg die niet strikt noodzakelijk in een academisch ziekenhuis hoeft plaats te vinden, proberen zij door selectieve contractering te verschuiven naar een topklinisch of algemeen ziekenhuis. Ook sturen zij aan op verdeling van zorg en aandachtsgebieden tussen UMC's en mogelijk zelfs een verschuiving naar ziekenhuizen buiten Nederland (zie figuur 1).



*Figuur 1: Verdeling van zorg en aandachtsgebieden*

Een andere ontwikkeling is dat verzekeraars voorkeursziekenhuizen aanwijzen en zelfs de verzekerde belonen voor het kiezen van een voorkeursbehandelaar. Op deze wijze sturen ook verzekeraars aan op een duidelijke profilering van ziekenhuizen.

### 3.4 *De overheid kiest*

De overheid laat de uitvoering van de zorg steeds meer over aan de zorgverleners en de regie van de zorg bij de verzekeraars. Ze bemoeit zich in principe minder met de concrete uitvoering van de zorg. Bij een aantal complexe behandelingen, bijvoorbeeld hartchirurgie, neurochirurgie, IVF of transplantaties, zijn er goede gronden dat de overheid de regie wel blijft houden. Hiervoor is de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) bedoeld.

Steeds meer medische verrichtingen worden geschrapt uit de WBMV. Zo heeft minister Klink in februari 2009 voorgesteld om nog dit jaar de vergunningsplicht voor het dotteren op te heffen, waardoor meer instellingen dotteren kunnen aanbieden.

De overheid kan besluiten om vergunningen in te trekken, omdat zij van mening is dat de benodigde kwaliteit alleen kan worden behaald wanneer een bepaalde hoeveelheid patiënten wordt gezien. Een recent voorbeeld hierbij is het besluit van Klink over te gaan tot centralisatie van de kinderhartcentra, waarbij sluiting van het kinderhartcentrum van het UMC Utrecht dreigde. Een fusie met het kinderhartcentrum van Nijmegen en de lobby van de patiëntenvereniging heeft ervoor gezorgd dat de vier grootste centra (waaronder het UMC Utrecht) een tijdelijke vergunning krijgen tot eind 2011. Eind 2011 wordt op basis van de kwaliteitscriteria en prestatiegegevens van de vier centra bepaald, welke drie centra structureel in aanmerking komen voor een vergunning.

En deze trend zet zich voort. Op aandringen van de overheid is in NFU verband afgesproken dat de acht UMC's zich gemeenschappelijk gaan buigen over concentratie van bepaalde zorgfuncties, om te bereiken dat de kwaliteit van deze functies gewaarborgd blijft. Dit betekent dat wan-

neer het patiëntenaanbod te bescheiden is, sommige functies binnen andere centra zullen moeten worden ondergebracht. De Raad van Bestuur van het UMC Utrecht vraagt in de kaderbrief 2010 daarom aan alle poortdivisies om zich strategisch op deze concentratieoperatie voor te bereiden.

Kortom, de overheid heeft instrumenten in handen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Voor ons is het van groot belang om op de hoogte te zijn van de kansen en bedreigingen en om er voor te zorgen dat wij op een aantal gebieden behoren tot de top van Nederland.

### *3.5 De concurrent kiest en profileert zich*

De concurrenten in de regio, voornamelijk de topklinische ziekenhuizen, maar ook andere academische ziekenhuizen, gaan zich meer en meer focussen en profileren op onderdelen. Zo worden er specifieke poliklinieken geopend waarmee zij zich op de kaart zetten of portfolio-analyses ingezet om strategische keuzes te maken. Alles is erop gericht om onderscheidend te zijn ten opzichte van de concurrent en de meerwaarde voor patiënten op onderdelen inzichtelijk te maken, met als doel meer marktaandeel te verkrijgen. Om de concurrentie voor te zijn, heeft het UMC Utrecht met twee ziekenhuizen allianties gesloten. Op deze manier heeft het UMC Utrecht meer grip op het stroomlijnen van patiënten.

In juni 2008 ondertekenden de Raden van Bestuur van het Diaconessenhuis Utrecht-Zeist-Doorn en het UMC Utrecht een intentieverklaring waarin zij aangeven een intensieve samenwerking met elkaar aan te willen gaan. De komende twee jaren worden gebruikt om alle aspecten van de samenwerking verder te onderzoeken. Zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar de mogelijkheden om patiëntenstromen te

segmenteren, zodat de juiste zorg op de meest geëigende locatie zal plaatsvinden.

Sinds 2008 hebben de afdelingen Reumatologie van het UMC Utrecht en de Maartenskliniek Woerden een formeel samenwerkingsverband. Door deze samenwerking krijgen patiënten een completere behandeling en kan beter onderzoek worden verricht.

### *3.6 De academische zorg internationaliseert*

Europeanen vragen in toenemende mate zorg buiten de landsgrenzen, omdat zij zich meer bewust worden van hun (Europese) recht op zorg. Vergroting van de zorgmarkt van Nederland naar Europa betekent dat de patiënt meer keuze krijgt. Dit geldt ook voor de meer specialistische zorg. De Europese zorgmarkt krijgt hierdoor een meer open karakter. Ook worden bewegingen waargenomen: zorginstellingen gaan samenwerken over de grens en in Europees verband zorg verlenen. Zo opent het UMC Maastricht in samenwerking met het academisch ziekenhuis in Aken een cardiovasculair centrum. In Amerika zoeken ziekenhuizen zelfs samenwerking met andere ziekenhuizen over de hele wereld, zoals het Johns Hopkins University Hospital en Harvard Medical.

### *3.7 Conclusie*

Duidelijk is dat de wereld verandert. De spelers nemen andere posities in, wat invloed heeft op de positie van het UMC Utrecht. In deze verandering willen en moeten wij als divisie een proactieve rol spelen en onze eigen positie bepalen. Wij zullen ons moeten onderscheiden van onze concurrenten op aspecten als prijs, kwaliteit en service.

Om onderscheidend te kunnen zijn, zijn keuzes noodzakelijk. Een amorfe massa heeft geen reliëf of profiel. Zichtbaarheid, herkenbaarheid en onderscheid zijn pas mogelijk als zaken ook voor anderen dan wijzelf opvallen.

## 4 *Hoe te kiezen*



## 4 *Hoe te kiezen*

Er zijn in de voorgaande hoofdstukken meerdere redenen aangedragen waarom we moeten kiezen, maar hoe wordt de richting bepaald? In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kaders we hebben opgesteld om te prioriteren.

### 4.1 *De richting van het kiezen*

De afgelopen jaren wordt een verschuiving waargenomen in de manier van kiezen. Keuzes worden niet meer gemaakt op het niveau van een specialisme, maar op het niveau van een aandoening. Zoals Porter in zijn boek 'Redefining Healthcare' beschrijft, gaat het om de patiënt met zijn aandoening en wat de toegevoegde waarde is van de behandeling of de keten die hij doorloopt. Elke stap in die keten moet een toegevoegde waarde hebben. Over de hele wereld zijn voorbeelden aan te dragen van succesvolle formules die zich specifiek richten op aandoeningen.

Ook wij zijn van mening dat de focus gericht moet zijn op specifieke aandoeningen, omdat alleen op dát niveau onze toegevoegde waarde voor patiënten, verwijzers en verzekeraars expliciet gemaakt kan worden. De eenheid van beleid wordt daarmee een patiëntengroep.

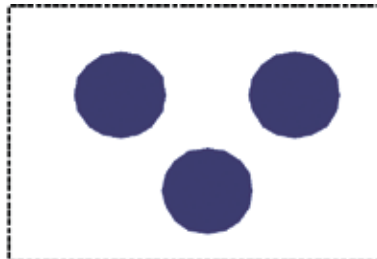
## 4.2 Speerpunt of specialisatie

Een ander belangrijk aspect van het keuzeproces is kiezen voor speerpunten of voor specialisatie. Een speerpunt is onderdeel van beleid waar extra aandacht voor is. Dit betekent dat geïnvesteerd wordt op onderdelen, de speerpunten, zonder de rest af te stoten. Dus de resterende zorg wordt verleend, maar niet actief aangetrokken en verder ontwikkeld. De basiszorg blijft in stand, waarbij we de speerpunten expliciet maken en versterken. Specialisatie is het kiezen van een specifieke richting en dat zou betekenen dat er geen basiszorg meer zou zijn. Figuur 2 illustreert dit verschil.

### Speerpunten



### Specialisatie



*Figuur 2: Verschil speerpunten en specialisatie*

Wij kiezen voor speerpunten en daarmee voor selectieve groei en versterking zonder de bestaande basis af te willen bouwen. We kiezen dus niet voor specialisatie. Hiervoor zijn een aantal redenen:

- Voor ons als poortdivisie met ook een integrale verantwoordelijkheid voor acute opvang en consultatieve taken voor andere divisies, blijft het in stand houden van een breed pallet aan zorg belangrijk.

- De omgeving vraagt van ons dat wij goede basiszorg verlenen voor patiënten uit de regio. De kwaliteit hiervan moet op peil blijven en hiervoor is een minimaal volume noodzakelijk.

Wij willen echter in beginsel niet groeien in de zorg die niet binnen de speerpunten valt. Door extra aandacht en investeringen in speerpunten, zal de verhouding tussen speerpunten en overige zorg in de komende jaren veranderen ten gunste van de speerpunten.

### *4.3 Criteria om speerpunten te kiezen*

Om de speerpunten te kiezen, is door de divisieleiding samen met de medisch afdelingshoofden en clusterhoofden zorg een kader opgesteld. Een speerpunt moet aan een aantal voorwaarden voldoen. De belangrijkste voorwaarde is dat een speerpunt een aandoening moet zijn. Speerpunten zijn patiëntengroepen die te omschrijven zijn in termen van zorgvraag, benodigd zorgaanbod, onderscheidend vermogen, marktaandeel, verwijzersnetwerk, concurrenten, enzovoort. Voor patiënten en verwijzers moet het concreet te maken zijn, welke 'producten' wij kunnen leveren in het kader van de speerpunten.

Het kiezen betekent tevens dat het aantal speerpunten beperkt is. De vraag is wat een reëel aantal is voor een divisie met vijf MSRC specialismen en negen medische afdelingen. Een speerpunt heeft een bepaald draagvlak nodig om de continuïteit te kunnen waarborgen. Ook blijft mankracht en expertise nodig om de reguliere zorg goed te kunnen verlenen. Daarom is uitgegaan van een minimale stafbezetting. Een afdeling heeft een maximaal aantal speerpunten dat berekend kan worden door het aantal fte aan medisch specialisten te delen door drie.

Op basis van deze formule is het maximaal aantal speerpunten per afdeling bepaald, zie tabel 1.

*Tabel 1: Het maximaal aantal speerpunten per afdeling*

| <b>Afdeling</b>                       | <b>Speerpunten</b> |
|---------------------------------------|--------------------|
| Interne Geneeskunde & Infectieziekten | 6                  |
| Geriatric                             | 1                  |
| Medische Oncologie                    | 2                  |
| Hematologie                           | 3                  |
| Nefrologie                            | 2                  |
| Maag-, Darm- en Leverziekten          | 2                  |
| Reumatologie & Klinische Immunologie  | 3                  |
| Dermatologie & Allergologie           | 3                  |
| Centrum voor Thuisbeademing           | 1                  |
| <b>Totaal</b>                         | <b>23</b>          |

Wij kunnen dus kiezen voor maximaal 23 speerpunten. Minder speerpunten is echter beter, omdat daardoor de mogelijkheden toenemen om in de concurrentie te excelleren.

De vraag is op basis van welke criteria we moeten kiezen. Er is een model ontwikkeld op basis waarvan de speerpunten kunnen worden getoetst. Dit zogenaamde toetsingskader bestaat uit vijf criteria:

- Onderscheidend vermogen
- Marktpositie
- Financiële positie
- Marktaantrekkelijkheid
- Samenwerking

Hieronder volgt een toelichting per criterium.

### **Onderscheidend vermogen**

Een speerpunt heeft een aanwezig of potentieel onderscheidend vermogen, voornamelijk in termen van academische expertise en onderzoek. Het onderscheidend vermogen wordt bepaald door de onderstaande onderdelen:

#### *Academische expertise*

- Unieke patiënten, die niet in algemene ziekenhuizen behandeld kunnen worden (topreferente zorg).

#### *Onderzoek*

- Onderzoek valt binnen de gekozen DIGD lijnen (Immunologie & Infectieziekten, Oncologie en Cardiovasculaire wetenschappen).
- Er worden minimaal tien artikelen per jaar gepubliceerd waarvan minimaal ¼ in de top 10 tijdschriften.
- Minimaal drie promovendi houden zich bezig met onderzoek op dit gebied.
- Het wervend vermogen is minimaal € 200.000 in de derde en vierde geldstroom.

#### *Gezichtsbepalende personen*

- Er is een landelijk gezichtsbepalend persoon, gesteund binnen de eigen groep.

#### *Strategische middelen*

- Fysiek waarneembare middelen die dit speerpunt onderscheidend maken ten opzichte van anderen, bijvoorbeeld speciaal opgeleid personeel, specifieke apparatuur die anderen niet hebben, huisvesting, enzovoort.

## Marktpositie

Een speerpunt heeft een huidige of toekomstige sterke marktpositie, als sprake is van:

- Een groot marktaandeel (% patiënten van totaal aantal patiënten dat onder behandeling is).
- Een goed imago (patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars, ketenpartners).
- Tevredenheid (patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars, ketenpartners).

## Financiële positie

Een speerpunt heeft een huidige of toekomstige sterke financiële positie, als sprake is van:

- Voldoende productie (aantallen) om kwaliteit te garanderen. De norm kan bepaald zijn door de beroepsgroep en/of Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Voldoende capaciteit om het speerpunt te realiseren (personeel, bedden, polikliniek, enzovoort).
- Inkomsten: de geleverde zorg wordt betaald.
- Positieve marge: hetgeen dat overblijft na aftrek van kosten.

## Marktaantrekkelijkheid

Een speerpunt is aantrekkelijk in termen van huidige of toekomstige marktomvang, concurrentie en krachtenveld:

### *Marktomvang en groei*

- Hoe groot is de huidige markt (hoeveel mensen hebben de aandoening in Nederland en aantal nieuwe gevallen)?
- Wat zijn de demografische ontwikkelingen op dit gebied, wordt hier-

- door een groei of krimp van de markt verwacht, met welk percentage?
- Wat zijn medisch technologische ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de marktomvang? Denk hierbij bijvoorbeeld aan nieuwe behandelmethoden. Wordt hierdoor een groei of krimp van de markt verwacht, met welk percentage?

### *Concurrentie (regionaal en landelijk, academisch en perifeer)*

- Wie zijn de huidige concurrenten?
- Wie kunnen of dreigen zich te ontwikkelen als nieuwe concurrenten?

### *Krachtenveld*

- Hoe groot is de macht van de patiënt, verwijzer, zorgverzekeraar en ketenpartner in verhouding tot de sturingsmogelijkheden van het UMC Utrecht (Heeft de patiënt bijvoorbeeld veel keuzevrijheid of zijn er centra, wie is de verwijzer en kan die nog naar vele andere instellingen verwijzen)?

### **Samenwerking**

Wanneer een speerpunt door meerdere afdelingen en/of divisies wordt omarmd en de afdelingen intensief samenwerken om een speerpunt te verbeteren en te verankeren, heeft dit een duidelijke meerwaarde. Het draagvlak is meer solide, de mogelijkheden om complexe zorg te bieden nemen toe en voor nieuwe toetreders is het minder gemakkelijk om een concurrerend zorgaanbod te organiseren. Samenwerking kan zowel met partners binnen als buiten het UMC Utrecht plaatsvinden.

Deze bovenstaande criteria bepalen samen of een potentieel speerpunt daadwerkelijk een speerpunt is. Wanneer dit niet zo blijkt, kan gekeken worden op welk vlak de lacunes liggen, of hier invloed op uit te oefenen is, welke investering dit vraagt en of dit haalbaar is.

## Opleidingsmogelijkheden

Het opnemen van de opleidingsmogelijkheden als één van de selectiecriteria voor speerpunten is mogelijk, maar we kunnen het ook van een andere kant benaderen: een speerpunt kan juist aanleiding zijn voor een verdere uitwerking en verbetering van opleidingen. Daarom is opleidingsmogelijkheden geen absoluut selectie criterium geworden, maar het maken van keuzes zal wel invloed hebben op deze kerntaak.

# 5 *Speerpunten*



# 5 Speerpunten

Na een interactief proces waarbij de kaders zijn vastgesteld en vervolgens de potentiële speerpunten zijn aangedragen, hebben we voor 17 speerpunten patiëntenzorg gekozen. Hieronder beschrijven we in paragraaf 5.1 hoe het proces van het begin tot en met de uiteindelijke keuze is verlopen. De gekozen speerpunten komen aan bod in paragraaf 5.2.

## 5.1 Werkwijze en betrokkenen

In de zomer van 2008 is het traject gestart. Zowel de divisieleiding als de managementteams van de clusters zijn op verschillende manieren betrokken bij het proces. Verschillende bijeenkomsten zijn georganiseerd waarbij de divisieleiding, de managementteams en inhoudsdeskundigen van Twynstra Gudde presentaties hebben gegeven.

Uiteindelijk heeft de divisieleiding criteria opgesteld waaraan de speerpunten per afdeling moeten voldoen. De managementteams van de clusters hebben hun speerpunten gepresenteerd aan de divisieleiding. Deze potentiële speerpunten zijn vervolgens getoetst aan de hand van de opgestelde criteria. Idealiter worden de potentiële speerpunten op basis van de vijf criteria uit het toetsingkader bekeken. Uit de eerste inventarisatie is gebleken dat niet alle data beschikbaar is. De belangrijkste criteria die uiteindelijk zijn gebruikt voor het benoemen van de speerpunten zijn:

### **Onderscheidend vermogen**

- Unieke aspecten van de patiëntengroep en het zorgaanbod
- Aanwezig academische expertise
- Wetenschappelijke output

## Marktpositie

- Percentage topreferente patiënten
- Beschikbare tevredenheidsanalyses

## Financiële positie

- Productiecijfers en capaciteiten

## Marktaantrekkelijkheid

- Medisch technologische ontwikkelingen
- Concurrentie analyse
- Demografische gegevens

## Samenwerking

- Huidige samenwerkingsverbanden

Medewerkers van het bedrijfsbureau hebben daar waar mogelijk de speerpunten onderbouwd met managementinformatie. Er is uitgezocht hoeveel patiënten (DBC's) per speerpunt naar het UMC Utrecht komen en of deze patiënten binnen of buiten het adherentiegebied van het UMC Utrecht wonen. Dit laatste getal is een indicatie voor het percentage topreferente patiënten per speerpunt. Verder is per speerpunt het aantal publicaties van de afgelopen drie jaar achterhaald inclusief de bijbehorende impactfactor. Met alle bedrijfsinformatie die wel beschikbaar was, kon de divisieleiding in gesprek met de clusters en is in de zomer van 2009 de definitieve keuze bepaald.

In de komende jaren zal de managementinformatie verder verfijnd moeten worden, zodat alle opgestelde criteria objectief kunnen worden gemeten.

## 5.2 De speerpunten

Na een intensief traject waarbij veel input is gevraagd en geleverd van de managementteams, hebben we uiteindelijk de volgende speerpunten patiëntenzorg en bijbehorende gezichtsbepalende personen benoemd:

### **Cluster Interne Geneeskunde & Infectieziekten en Geriatrie**

- HIV en Hepatitis: *Prof.dr. I.M. Hoepelman*
- Familiaire dyslipidemie: *Prof.dr. F.L.J. Visseren*
- Erfelijke tumoren, te weten Multiple Endocriene Neoplasie (MEN), ziekte van Von Hippel Lindau (VHL) en Tubereuze Sclerose (TS)<sup>3</sup>:  
*Dr. G.D. Valk*

### **Afdeling Hematologie**

- Myeloom: *Dr. H.M. Lokhorst*
- Acute Myeloïde Leukemie (Allogene transplantaties):  
*Dr. J.H.E. Kuball*
- Congenitale stollingsafwijkingen: *Dr. R.E.G. Schutgens*

### **Afdeling Medische Oncologie**

- Experimentele oncologische behandelingen/vernieuwende behandelingen voor patiënten die elders uitbehandeld zijn:  
*Prof.dr. E.E. Voest*
- Mamma carcinoom<sup>4</sup>: *Prof.dr. E. van der Wall*

<sup>3</sup> Met het accent op patiëntenzorg, minder op fundamenteel onderzoek

<sup>4</sup> Met het accent op crossdivisionele samenwerking, organisatorische aspecten en onderzoek in samenwerking met de divisie Laboratoria en Apotheek

## **Cluster Reumatologie & Klinische Immunologie en Dermatologie & Allergologie**

- Reumatoïde Artritis (RA): *Prof.dr. J.W.J. Bijlsma*
- Artrose: *Prof.dr. J.W.J. Bijlsma*
- Systemische auto-immuunziekten, te weten Systemische Lupus Erythematosus (SLE), Sjögren syndroom, Sclerodermie en Vasculitis:  
*Dr. R.H.W.M. Derksen*
- Eczeem bij volwassenen: *Prof.dr. C.A.F.M. Bruijnzeel*
- Voedselallergie bij volwassenen: *Dr. A.C. Knulst*
- Kinderdermatologie <sup>5</sup> : *Dr. S.G.M.A. Pasmans*

## **Cluster Nefrologie en Maag-, Darm- en Leverziekten**

- Motiliteitsstoornissen van het maag-darmkanaal:  
*Prof.dr. A.J.M.P. Smout*
- Chronische nierinsufficiëntie: *Prof.dr. M.C. Verhaar*

## **Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten in samenwerking met afdeling Medische Oncologie**

- MDL oncologie (in het bijzonder tumoren in Upper GI):  
*Prof.dr. P.D. Siersema*

<sup>5</sup> Waarbij het onderzoek met name aansluit bij eczeem en voedselallergie

### *5.3 Speerpunten in relatie tot onderzoek*

De kwaliteit van het onderzoek en de onderzoeksorganisatie binnen onze divisie is hoog. We hebben de beleidsvoornemens twee jaar geleden weergegeven in het Strategisch Beleidsplan Onderzoek 2007-2010, 'Talent in Focus'. Dit beleidsplan heeft drie functies:

- Het dient als overkoepelend strategisch kader voor het onderzoeksbeleid.
- Het is een stuurinstrument voor strategische ontwikkelingen op het gebied van onderzoek.
- Het is een toetssteen voor beslissingen over investeringen in onderzoek.

Belangrijke doelstellingen met betrekking tot het wetenschappelijk onderzoek zijn:

- Het behouden in casu verbeteren van wetenschappelijke output.
- Onderzoek dient te geschieden binnen de gedefinieerde onderzoekslijnen Oncologie, Cardiovasculaire wetenschappen en Immunologie & Infectieziekten.

Alle bovengenoemde speerpunten kunnen in verband worden gebracht met deze onderzoekslijnen, enkele speerpunten vallen zelfs in meerdere onderzoekslijnen, zie onderstaande tabel 2.

*Tabel 2: Speerpunten binnen de onderzoekslijnen*

|  | <b>Cardiovasculaire wetenschappen</b> | <b>Immunologie &amp; Infectieziekten</b> | <b>Oncologie</b> |
|--|---------------------------------------|--|------------------|
| HIV en hepatitis                               |                                       | √  |                  |
| Familiaire dyslipidemie                        | √                                     |  |                  |
| Erfelijke tumoren                              | √                                     |  | √                |
| Experimentele oncologische behandelingen       |                                       |  | √                |
| Mamma carcinoom                                |                                       |  | √                |
| Myeloom  |                                       | √  | √                |
| Acute Myeloïde Leukemie                        |                                       | √  | √                |
| Congenitale stollingsafwijkingen               | √                                     | √  |                  |
| Reumatoïde Artritis                            |                                       | √  |                  |
| Artrose  |                                       | √  |                  |
| Systemische auto-immuunziekten                 |                                       | √  |                  |
| Eczeem   |                                       | √  |                  |
| Voedselallergie                                |                                       | √  |                  |
| MDL oncologie                                  |                                       |  | √                |
| Motiliteitsstoornissen van het maag-darmkanaal |                                       | √  |                  |
| Chronische nierinsufficiëntie                  | √                                     |  |                  |

# 6 *Consequenties van kiezen*



# 6 Consequenties van kiezen

Kiezen maakt het leven makkelijker en leuker, maar heeft ook consequenties, namelijk:

- Dat er geen andere dan de gekozen richting wordt ingegaan.
- Dat de schaarse middelen niet worden versnipperd, maar toegewezen worden aan datgene wat de bestemming dichterbij brengt.

De speerpunten worden gebruikt voor het maken van verschillende keuzes. Bij beslissingen op het gebied van investeren en samenwerken, zal de nadruk komen te liggen op de speerpunten. Daarnaast zal de output van speerpunten worden bijgehouden op het gebied van innovaties en verschillende bestaande manieren van verantwoorden.

## 6.1 *Uitwerking strategie*

De speerpunten patiëntenzorg gebruiken we voor onze positionering in de zorgmarkt. De speerpunten die zijn gekozen, moeten verder uitgroeien tot excellente zorg. Jaarlijks worden de speerpunten geëvalueerd met behulp van de verschillende criteria. Het beleid zal er op gericht zijn om per speerpunt steeds meer aan de gestelde criteria te gaan voldoen. Uiteindelijk is het doel om ook in de vergelijking met andere zorgaanbieders voor de 17 speerpunten als beste uit de bus te komen. Per speerpunt zullen we het ambitieniveau nader uitwerken. Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid en voor een goede concurrentiepositie is het ook van belang om de basiszorg goed op orde te hebben. Dit beleidsterrein zal dus niet vergeten mogen worden. Als we keuzes moeten maken, zal deze basiszorg echter minder worden ontzien.

Zoals eerder beschreven gebruiken we vier invalshoeken om de strategie verder te concretiseren: investeren, samenwerken, innoveren en verantwoorden. Hieronder wordt per invalshoek beschreven wat de consequenties voor de speerpunten zijn.

### **Investeren**

De speerpunten krijgen prioriteit bij het maken van keuzes over:

- Het toekennen van productie groeiruimte en budgetten in de eerste geldstroom.
- Het toekennen van fysieke ruimte.
- Investerings in apparatuur.
- De inzet van aandachtsgebieders en/of fellows.
- Het toekennen van baretten.
- Investeren in de ontwikkeling van mensen.

Op korte termijn zal per speerpunt een gezichtsbepalend persoon worden aangewezen die verantwoordelijk is voor de woordvoering en media aandacht. De professionals moeten in staat zijn om via de media hun onderzoeksactiviteiten en resultaten te vertalen naar een groot publiek. Zij moeten duidelijk kunnen maken wat het belang van onderzoek is voor het (toekomstige) welzijn van de Nederlandse burger. Daarom zal de divisie deze professionals faciliteren voor zover nodig en gewenst door middel van een mediatraining.

### **Samenwerken op academisch niveau**

De speerpunten worden de focus in het verbeteren en verankeren van samenwerkingsverbanden en het stimuleren en managen van samenwerking gericht op innovaties, onderzoek en medische expertise. Het aangrijpingspunt voor de samenwerking vormt de bijdrage van een ieder aan het zorgproces. Belangrijk is de toegevoegde waarde hiervan voor de patiënt. Deze samenwerking is divisie overstijgend, maar zeker

ook nationaal en internationaal. Belangrijke samenwerkingspartners voor onze divisie zijn Dianet, de GGD en het Integraal Kankercentrum Midden Nederland. Zoals eerder beschreven zijn in 2008 samenwerkingsovereenkomsten gesloten tussen de Sint Maartenskliniek in Woerden met de afdeling Reumatologie en het Diaconessenhuis Utrecht-Zeist-Doorn met het UMC Utrecht.

Daar waar nodig zal de divisieleiding op korte termijn de bestaande samenwerkingsverbanden ondersteunen dan wel intensiveren. We verwachten in de komende jaren één of meerdere nieuwe coalities aan te gaan, waarbij het oprichten van nieuwe organisatievormen tot de mogelijkheden behoort. Daarnaast zullen we ons actiever gaan richten op samenwerking met grote onderzoeksinstituten in de regio Utrecht.

### **Innoveren**

We zijn trots op onze zorgvernieuwingsinitiatieven. Voorbeelden van medische en organisatorische innovaties zijn:

- Nieuwe vormen van elektronische dossiervoering.
- Ontwikkelingen gericht op de patiënt als partner.
- Inzet van andere zorgprofessionals.
- Logistieke innovaties.

Door zorgvernieuwingsinitiatieven is de eigen inbreng van patiënten in het zorgproces vergroot. Patiënten stellen dit bijzonder op prijs. Per speerpunt zal minimaal één zorginnovatie worden uitgevoerd. Deze zorginnovaties zijn onderscheidend in de markt. Wij zullen daarvoor aandacht in de media vragen.

### **Verantwoorden**

De speerpunten worden op verschillende manieren verantwoord. Hierbij maken we zo veel mogelijk gebruik van de bestaande manieren van verantwoorden. Op de korte en middellange termijn denken we aan de volgende manieren van verantwoorden:

### *Korte termijn*

- We hebben de afgelopen periode veel tijd en aandacht besteed aan het verder aanvullen en verbeteren van de website van het UMC Utrecht. De speerpunten zullen hierbij nog verder worden uitgewerkt.
- Om de speerpunten goed te kunnen monitoren, is managementinformatie gedeeltelijk aanwezig. De komende periode zullen we de invulling hiervan verder vormgeven, waarbij het belangrijk is om ook trends te kunnen zien. Hier zal het in paragraaf 6.2 besproken project marketing een belangrijke rol in spelen.
- De kosten-batenanalyse per speerpunt is niet beschikbaar. Kostprijzen ontbreken nog. We zijn samen met andere divisies en de DIF bezig om kostprijzen op te stellen. Daar waar speerpunten financieel niet rendabel blijken te zijn, zullen we acties ondernemen om wel een goede financiering te realiseren.

### *Middellange termijn*

- Inbedding in de reguliere planning en control binnen onze divisie en binnen het UMC Utrecht, bijvoorbeeld door verantwoording in het half jaarlijks overleg tussen de DIGD en de Raad van Bestuur en/of de strategische overleggen tussen de divisieleiding en de managementteams. Ook de interne managementinformatie zal worden aangepast om de ontwikkelingen van de speerpunten en de overige zorg te kunnen volgen.
- Een substantiële onderzoeksoutput in toonaangevende tijdschriften.
- Informatie op de NFU website.
- Prestatie indicatoren.
- Presentaties voor verwijzers en patiëntenorganisaties.
- Berichtgeving in de media.

## 6.2 *Project marketing, marktpositionering en strategie*

De divisies hebben een toenemende behoefte om keuzes niet intuïtief, maar gefundeerd te maken en daarbij gebruik te maken van marketing-instrumenten. Door de toegenomen concurrentie in de zorg is het nodig om de markt continu in de gaten te houden en op grond van verkregen informatie bewust te sturen. Dit is een wezenlijk andere manier van werken dan gebruikelijk was in een organisatie met een vast budget. Marketing dient een continu proces te zijn. Keuzes kunnen worden bepaald door een goede analyse van de markt, afgezet tegen de sterktes en zwaktes van de eigen organisatie (SWOT-analyse). Daarna is het zaak om die keuzes middels een uitgekiende marketingstrategie (product, prijs, plaats, promotie, personeel) uit te werken.

De divisies Vrouw & Baby, Hersenen en de DIGD hebben samen met de DIF het project Marketing opgezet, waarbij iedere divisie een speerpunt uit gaat werken. Het doel van het project is het ontwikkelen en uitvoeren van een marketingplan voor een zorglijn (per divisie). Dit marketingplan moet exemplarisch zijn voor het UMC Utrecht. De subdoelstelling van het project is dan ook het ontwikkelen van een structurele aanpak ten behoeve van het periodiek bepalen van de marktpositie en strategie (marketingplan) voor alle (zorg)speerpunten van het UMC Utrecht.

Doordat de divisies het project samen ontwikkelen, ontstaat een sterk synergetisch effect. De samenwerking zal ook binnen de divisies plaatsvinden met de medische en verpleegkundige staf. Daar is immers veel, vooral kwalitatieve, kennis aanwezig over de markt. Kennis en kunde worden zo optimaal gebruikt. Er ontstaat, zowel binnen de divisies als centraal, draagvlak en het project levert een bijdrage aan de strategie van het UMC Utrecht.

We zetten het project zo op dat het format bruikbaar is voor het uitwerken van andere marketingstrategieën binnen de deelnemende divisies. Ook de overige divisies die op dit moment niet bij het project betrokken zijn, kunnen gebruik gaan maken van het format.

Wij gaan in eerste instantie twee speerpunten uitwerken binnen het project Marketing. Ten behoeve van dit beleidsplan zijn reeds een deel van de hierboven genoemde data verzameld. Ontbrekende data achterhalen we met hulp van de DIF en gezamenlijk ontwikkelen we een marketingstrategie. Als het format en het plan van aanpak marketingstrategie naar tevredenheid kan worden ingezet, zullen we onze overige speerpunten op eenzelfde wijze uitwerken.

# *Nawoord*



# Nawoord

In deze strategienota zijn we uitgebreid ingegaan op de markt van de patiëntenzorg. We schetsen waar we ons de komende jaren op het gebied van patiëntenzorg op gaan richten. Dit plan heeft een relatie met andere ontplooiende initiatieven en thema's, zoals het Strategisch Beleidsplan Onderzoek 'Talent in Focus' en de notitie over Patiëntveiligheid.

De dynamiek van de verschillende thema's is groot en hebben grote invloed op elkaar. De aanwezige expertise verandert, nieuwe behandel-mogelijkheden komen beschikbaar, opleidingen worden vernieuwd en wetenschappelijk onderzoek zorgt ervoor dat inzichten veranderen. Speerpunten in de patiëntenzorg zijn dan ook niet in steen gehouwen. Er zal altijd ruimte moeten zijn voor een kritische evaluatie en nieuwe kansen, al was het alleen maar omdat we op dit moment niet precies kunnen overzien hoe het veld er over een paar jaar uit ziet. Aan de andere kant mag bij het vaststellen van speerpunten ook wel enige consistentie voor de komende jaren verwacht worden.

Het UMC Utrecht bevindt zich tevens in een proces van herijking van de huidige strategie. Ook het UMC Utrecht gaat keuzes maken. Deze zullen op een aggregatieniveau hoger liggen, maar desondanks wel invloed hebben op onze gemaakte keuzes. Keuzes van het UMC Utrecht kunnen er toe leiden dat onze speerpunten veranderen. Gelukkig is een intensieve dialoog met divisies onderdeel van het proces van strategiebepaling van het UMC Utrecht. Doordat bij ons al een eigen positiebepaling heeft plaatsgevonden, zijn wij in staat om hier een pro-actieve bijdrage aan te leveren.

Van binnen naar buiten en vice versa. De kunst van strategie is het aanbrengen van een verbinding tussen de eigen positie in relatie tot anderen. In het proces van strategievorming hebben wij naar buiten gekeken, met name gericht op algemene ontwikkelingen. Vervolgens is vanuit de eigen kracht een keuze gemaakt. De uitdaging voor de toekomst is nu om ook de wensen en ambities van de Raad van Bestuur en de andere divisies en/of een latente zorgbehoefte in de markt te betrekken.

**UMC Utrecht**  
**Locatie AZU**

Heidelberglaan 100  
3584 CX Utrecht

Tel 088 75 555 55

[www.umcutrecht.nl](http://www.umcutrecht.nl)



Universitair Medisch Centrum  
*Utrecht*