

# TOPKLINISCHE ZORG EN DE MARKT

*Uitontwikkelde functies UMC's verplaatsen naar algemene ziekenhuizen*

Vanuit een universitair medisch centrum zijn wel degelijk initiatieven te ontwikkelen die leiden tot een zinvolle functiedifferentiatie in de zorg op regionaal niveau. Ook tegen de achtergrond van marktwerking.

O.J.S. BURUMA

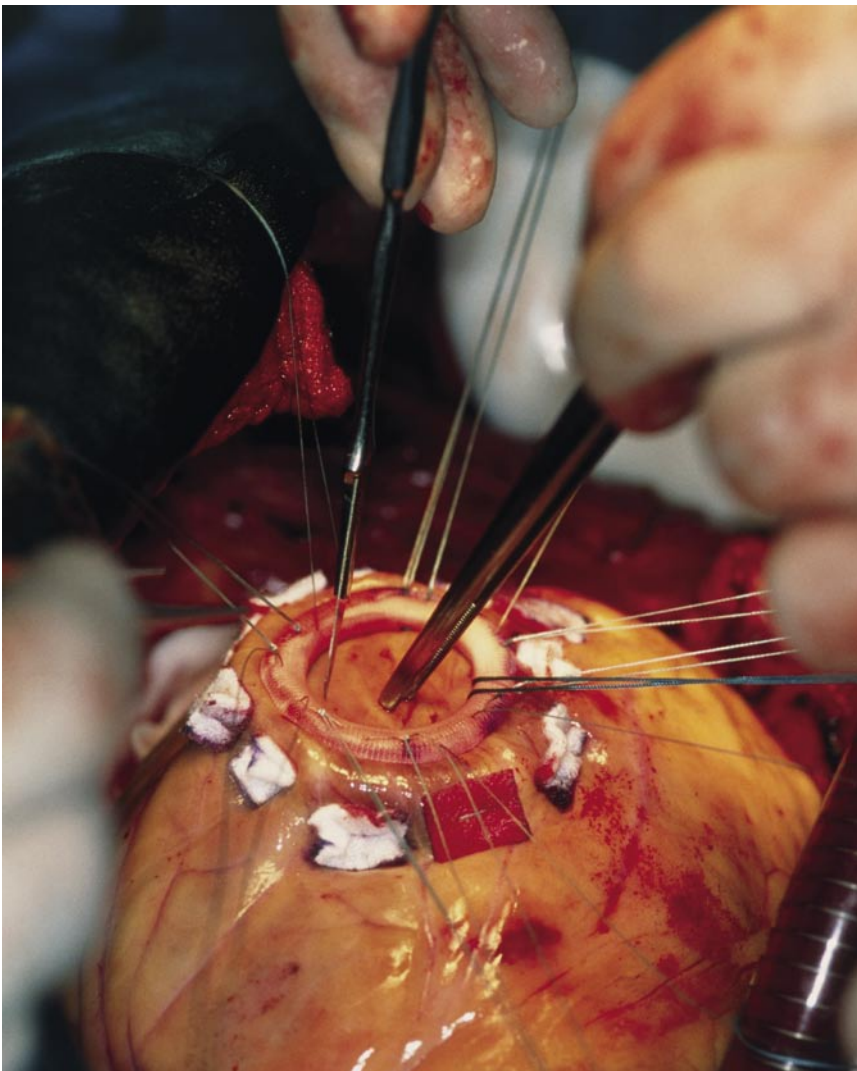
In de universitaire medische centra (UMC's) is bij uitontwikkelde topklinische functies sprake van routinematige zorg, ondanks de hoogtechnologische aspecten ervan. Deze routine topklinische zorg zou vanuit aangewezen centra ex artikel 2 van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) naar een daartoe geschikt ander ziekenhuis kunnen worden verplaatst. Dat ziekenhuis moet daarvoor dan wel een vergunning hebben, of er moet sprake zijn van een goedgekeurd experiment.

Een UMC dat zich concentreert op de topreferente elementen van de topklinische zorg, heeft een eigen motivatie om het uitontwikkelde deel van zijn topklinische taken aan een 'concurrerend' algemeen ziekenhuis over te dragen c.q. het daar ter plekke uit te voeren. De academische capaciteit van de UMC's kunnen maar beperkt worden belast met routinematige activiteiten, en een goede spreiding van zorg over het land is nog steeds een kwaliteitsoverweging.<sup>1-3</sup> Een goede bestuurder dient zich echter altijd af te vragen of de tijd er rijp voor is.<sup>4</sup>

## ONDERSCHIED

Bij de evaluatie van de WBMV<sup>5</sup> is veel aandacht besteed aan het zogenaamde uitstroombesleid: het verwijderen van voorzieningen uit artikel 2. Minder is ingegaan op het onderscheid tussen in ontwikkeling zijnde en uitontwikkelde functies en op de wijze waarop met de uitontwikkelde functies in UMC's moet worden omgegaan. Er is enigszins van uitgegaan dat een artikel 2-technologie óf integraal door de minister moet worden gereguleerd óf geheel in aanmerking komt voor uittreden uit de WBMV.

Bij openhartchirurgie en interventiecardiologie ligt dat echter aanzienlijk



BEREND ZIEBA

*Ingrepen als een complexe hartklepvervangning moeten in een UMC blijven.*

## SAMENVATTING

- *Het LUMC heeft sinds vijftien jaar als strategie zich te concentreren op zijn academische taken. Het houdt daarom het volume aan routinematige zorg beperkt.*
- *Deze strategie is in het LUMC ook van toepassing op de topklinische zorg inclusief artikel 2 WBMV-functies, in casu de openhartchirurgie en de interventiecardiologie.*
- *De gevolgen van de liberalisering in de zorg voor de LUMC-strategie zullen vanuit publiek belang kritisch worden gevolgd.*

genueanceerder. Bij de openhartchirurgie is er een aanzienlijk verschil tussen complexe klepreconstructies al of niet in combinatie met coronairchirurgie, en 'eenvoudige' coronairchirurgie. Hetzelfde geldt in de cardiologie voor het plaatsen van multiple stents tegenover een enkelvoudige dotterprocedure.

In het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) volgt men reeds lang de strategie om de schaarse academische capaciteit in te zetten voor de meer complexe topreferentiële taken. Deze strategie past het LUMC ook toe op de topklinische zorg, in casu de functies openhartchirurgie en interventiecardiologie. Dat wil zeggen dat het volume aan uitontwikkelde ingrepen beperkt dient te blijven en dat de omvang wordt bepaald door de behoefte aan dit type

## *UMC's zijn niet in staat op prijs te concurreren*

routine voor de andere kerntaken, in dit geval met name voor de opleiding en het onderzoek.

### OPENHARTCHIRURGIE

Hoe krijgt deze noodzakelijke beperking van de aantallen nu vorm?

Bij de openhartchirurgie heeft het LUMC krachtig gelobbyd voor een centrum in Den Haag. De advisering en de begeleiding van de opstart van het centrum in het HagaZiekenhuis zijn geheel vanuit de afdelingen Thoraxchirurgie en Cardiologie van het LUMC totstandgekomen. Nadat het HagaZiekenhuis eigen thoraxchirurgen had aangetrokken en de cardiologen waren getraind, heeft de LUMC-formatie zich zoals afgesproken weer teruggetrokken. Uiteraard met een adviseursfunctie en de belofte tot ondersteuning bij continuïteitsproblemen.

Het HagaZiekenhuis heeft intussen in 2004 vierhonderd openhartoperaties en vierhonderd PTCA-procedures

verricht. Wij beschouwen dit als een succes.

Cruciaal hierbij is dat er afstemming van taken zal blijven bestaan, zodat de strategische oogmerken van het LUMC ook werkelijk met deze inspanningen zijn gediend en de functiedifferentiatie blijft bestaan, bijvoorbeeld in die zin dat de complexe klepchirurgie alleen in Leiden blijft. Dit moet uiteraard nog worden afgewacht.

### INTERVENTIECARDIOLOGIE

Bij de interventiecardiologie in de regio Zuid-Holland Noord is voor een ander model gekozen. De algemene ziekenhuizen aldaar hadden voor bovenstaand model momenteel geen vergunning en konden die ook niet krijgen.

Onder de vergunning van het LUMC is een deel van de routinematige interventies onder verantwoordelijkheid en met bekostiging van het LUMC in het Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp uitgevoerd. Dit initiatief is als experiment gestart met instemming van VWS na een positief advies van de inspectie. Het experiment loopt voortreffelijk en wordt nu uitgebreid naar andere onderwijs- en opleidingsregio(OOR)-ziekenhuizen.

De combinatie met hartchirurgie op locatie blijkt niet nodig te zijn. Ten aanzien van het verrichten van PTCA's door LUMC-personeel buiten het LUMC bestaat tevens de behoefte om dit personeel voldoende brede ervaring te laten behouden.

### PUBLIEK BELANG

In deze tijd van beginnende marktwerking en de voortdurende behoefte van algemene ziekenhuizen om zich als topklinische ziekenhuizen te afficheren kun je je afvragen of het LUMC op deze manier niet naïef bezig is.

Mijn antwoord luidt dat onze initiatieven zijn gebaseerd op twee overwegingen van publiek belang: enerzijds de bescherming van onze academische functies, inclusief de topreferentiefunctie en de ontwikkelingsfunctie van de topklinische zorg, en anderzijds de spreiding van zorg.

Als straks blijkt dat dit beleid zich niet verstaat met een markt waarbij ook topklinische functies in onderhandelbare DBC's worden gegoten, is het belangrijk dit tijdig te signaleren zodat er een goede discussie over kan komen. Daarin moet men dan binnen de artikel 2 WBMV-functies onderscheid maken tussen een topreferent en een routinematige deel.

Het topreferente deel moet buiten de marktssystematiek worden gesteld. Het is overigens duidelijk dat de UMC's niet in staat zijn op prijs te concurreren, zeker niet bij integrale doorberekening van de kosten van de complexe infrastructuur in de DBC-kostprijzen. Krampachtig vasthouden aan de uitontwikkelde functies als zogenaamde krenten in de pap, zal daarbij dan ook geen soelaas bieden. Ik ga op voorhand ervan uit dat er oog zal blijven voor het publieke belang. Anders zal er geen ruimte zijn voor de ontwikkeling en vernieuwing van de topklinische zorg.

Het is interessant de komende 'marktontwikkelingen' zorgvuldig te volgen. ■

prof. dr. O.J.S. Buruma,  
voorzitter Raad van Bestuur LUMC, Leiden

Correspondentieadres: E.M.Stoopman@lumc.nl

### Literatuur

1. Buruma OJS. De positie van de academische ziekenhuizen. *Medisch Contact* 1992; 47: 457-60. 2. Buruma OJS. De positie van de academische medische clusters in de 21ste eeuw. *Medisch Contact* 1997; 52: 864-7. 3. Borst-Eilers E. Topzorg: wettelijke en financiële aspecten. *Ned Tijdsch Geneesk* 1994; 138 (16): 797-9. 4. Buruma OJS. Is de tijd er rijp voor? (Inaugurale rede). Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1993. 5. Commissie evaluatie regelgeving. *Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen. Reeks evaluatie regelgeving. Den Haag: ZonMw, 2001.*