

# Tussen beleid en praktijk

---

*Een beschouwing van studies naar de productiviteit, kostendoelmatigheid en innovativiteit van algemene ziekenhuizen door ziekenhuisbestuurders*

Adrie Dumaij, Bart van Hulst en Jos Blank

TU Delft, IPSE Studies, Jaffalaan 5, 2628 BX DELFT

## **Samenvatting**

De resultaten van vier jaar onderzoek naar sturing, innovaties en productiviteit in de Nederlandse ziekenhuissector zijn voorgelegd bij ziekenhuisbestuurders. Aan de hand van stellingen over kostendoelmatigheid, schaaldoelmatigheid, innovativiteit en interne sturing is een discussie gestart en reflectie gevraagd op de resultaten. De onderzoeksresultaten worden goeddeels herkend, met uitzondering van een sturingsmodel voor innovativiteit en kostendoelmatigheid. De bestuurders hebben issues voor beleidsmakers aangereikt: het stimuleren van een nieuwe ordening van zorgfuncties waarbij ook huisartsen moeten worden betrokken en het wegnemen van juridische barrières voor samenwerking. De bestuurders steken ook hand in eigen boezem want zij zien dat op het gebied van organisatie en logistiek binnen het ziekenhuis kosten bespaard kunnen worden. Tot slot pleiten de bestuurders voor onafhankelijkheid van onderzoek en effectieve communicatie naar de beleidsmakers en de zorgsector.

## **Inleiding**

Het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE Studies) heeft in de periode 2010-2013 vier studies uitgevoerd naar de productiviteit en kostendoelmatigheid van algemene ziekenhuizen in Nederland. De studies zijn:

1. Ziekenhuismiddelen in verband (Blank et al., 2011);
2. Zorg voor versnelling (Dumaij et al., 2012);
3. Besturen sturen (Blank et al., 2013);
4. Sturen op zorginnovaties (Blank et al., 2014).

De resultaten van de studies zijn gedeeld met beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders en onderzoekers door middel van discussie met vakgenoten en beleidsmakers, opinies in kranten en op de televisie, publicatie in vakbladen en wetenschappelijke tijdschriften, een seminar en een rondetafelbijeenkomst met ziekenhuisbestuurders. De rondetafelbijeenkomst had tot doel om visies van de ziekenhuisbestuurders te vernemen op de onderzoeksresultaten en de interpretaties daarvan. Het voorliggende essay is daar een weergave van. Aan de orde komen de kostendoelmatigheid en schaaldoelmatigheid en de mogelijke verklaring van doelmatigheidsverschillen aan de hand van innovaties en intern bestuur. Ook de visie op een besturingsmodel is gevraagd aan de bestuurders en komt aan de orde. In de bijlage is beknopt de opzet van de rondetafelbijeenkomst beschreven.

## **Kostendoelmatigheid**

De kostendoelmatigheid geeft aan hoe een ziekenhuis presteert ten opzichte van de beste praktijk ziekenhuizen. 100 procent staat voor een score die overeenkomt met het beste praktijk ziekenhuis. De gemiddelde kostendoelmatigheid van de Nederlandse ziekenhuizen ligt boven de 90 procent (93%). Dit gemiddelde is in vergelijking met doelmatigheidsstudies in andere sectoren hoog te noemen. De gemiddelde kostendoelmatigheid kan van jaar tot jaar variëren. Analyse laat zien in hoeverre de ziekenhuizen gemiddeld zijn opgeschoven richting de beste praktijk ziekenhuizen (Blank et al., 2011). Na een initiële verbetering in 2004, zijn er in de jaren daarna kleine wijzigingen. Soms betreffen deze wijzigingen zelfs een afname. In 2009 is de kostendoelmatigheid 0,5 procentpunt hoger dan in 2003. Het lijkt er dus sterk op dat alle ziekenhuizen de verschuivingen van de beste praktijk ziekenhuizen op de voet volgen. Ook lijkt het erop dat, op een klein deel van de ziekenhuizen na, er voor de meeste ziekenhuizen niet veel winst te boeken is wat betreft de kostendoelmatigheid. Het is dan ook de vraag of de grens van de maximaal haalbare kostendoelmatigheid is bereikt?

Op het gebied van de organisatie en logistiek denken bestuurders dat er nog verbeteringen mogelijk zijn. De bestuurders baseren dit ook op hun kennis van de organisatie van ziekenhuizen in het buitenland. Die hebben volgens de bestuurders een betere focus op het zorgproces (zorgportfolio). Nederlandse ziekenhuizen kunnen met een radicaal nieuwe visie op zorgverlening nog veel winnen<sup>1</sup>. Het ligt voor de hand hoog complexe zorg te concentreren, maar zorg met een hoog volume in losse verbanden te organiseren. Er zou niet langer gedacht moeten worden in gebouwen maar in zorgfuncties, waarbij kennis en informatie een belangrijke rol spelen. Daarbij is een transitie nodig om een nieuwe structuur van primaire zorgfuncties te bereiken. Voorwaarden zijn wel dat er aan de transitie een cultuuromslag ten grondslag ligt, de regionale verankering geborgd blijft en de ICT (informatie- en communicatietechnologie) meer ruimte krijgt. De regionale groepering en verankering van het zorgaanbod kan leiden tot een nieuwe verdeling van functies tussen huisarts en ziekenhuis en als zodanig maatschappelijke besparingen opleveren. De ICT is al belangrijk en wordt steeds belangrijker. ICT maakt veel zorgfuncties mogelijk buiten het “gebouwdedenken”. De afweging van kwaliteit en veiligheid ten aanzien van de zorgprocessen moet worden meegenomen in besluitvormingsprocessen: de discussie over doelmatigheid mag niet alleen over de kosten gaan. Het faillissement van het Ruwaard van Puttenziekenhuis in Spijkenisse is hier een goed voorbeeld van. Door bezuiniging zijn kwaliteit en veiligheid tekort geschoten. Kwaliteit en veiligheid zijn formele vereisten en zijn belangrijke procesindicatoren. De bestuurders geven aan dat het ook de vraag is hoe je productie (en de daarvan afgeleide productiviteit) definieert. Definieren in termen van gezondheidswinst levert (i.p.v. behandelde patiënten) geeft andere uitkomsten, maar heeft ook andere mechanisme om te verbeteren.

De bestuurders vinden transparantie ook een belangrijk instrument om de kostendoelmatigheid verder te vergroten. Vanaf 2014 zijn ziekenhuizen verplicht om een begrijpelijke nota te sturen naar de cliënten/ patiënten. Dat dwingt het ziekenhuis tot een goede registratie van de gemaakte kosten. Wel vreezen de bestuurders dat nota's zo complex kunnen zijn dat er wellicht mensen moeten worden aangenomen om nota's uit te leggen aan de cliënten/ patiënten. Als dat de praktijk wordt, schiet het instrument haar doel (kostendoelmatigheid vergroten) voorbij. Er zijn ook ziekenhuizen die voorop

---

<sup>1</sup> Deze opmerking heeft meer betrekking op de productiviteit dan op de kostendoelmatigheid

lopen wat betreft logistiek. Een bestuurder geeft aan het hoofd logistiek van een bloemenveiling te hebben aangetrokken, dit heeft goed gewerkt en werkt nog steeds goed. Dit vraagt wel een heldere visie en lef om keuzes te maken. Bouw- en renovatiekosten blijken veel lager uit te vallen met goede logistiek. Ook de logistiek rond de operatiekamers kan verbeterd worden door de OK-planning te laten maken door een planningsdeskundige i.p.v. de chirurgen. Een- of meerspersoonskamers hebben eveneens impact op de logistiek en kostendoelmatigheid: de eenpersoonskamers verhogen de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid, maar verlagen de kostendoelmatigheid. De verkorting van de ligduur daarentegen verhoogt juist de kostendoelmatigheid. Bestuurders denken dat de grens hier bereikt is, maar zien ook nog wel mogelijkheden. Patiënten moeten dan meer (complexe) zaken zelf gaan doen, mogelijk met ondersteuning.

Binnen de context van het huidige zorgstelsel is er behoefte aan andere/ nieuwe waardeproposities, zoals ook in de luchtvaart waar *low-cost carriers* intrede hebben gedaan. Patiënten kunnen naar Milaan reizen voor een behandeling tegen lagere kosten dan in Nederland. De analogie wordt gemaakt met kanker in vergevorderd stadium, waarbij behandelingen zeer hoge kosten met zich meebrengen. In de laatste fase kunnen patiënten ook thuis goed verzorgd/ behandeld worden door de huisarts in samenspraak met het ziekenhuis.

### **Schaaldoelmatigheid**

De schaaldoelmatigheid geeft aan wat het effect is van de schaalomvang (in termen van kosten) op de productiviteitsontwikkeling. Alle ziekenhuizen in Nederland hebben te maken met schaalnadelen. Dat wil zeggen dat bij een groei van de productie de kosten meer dan evenredig toenemen. De uitbreiding van de productie van een gemiddeld ziekenhuis met 1 procent gaat gepaard met 1,23 procent extra kosten. Bij de vigerende schaal van productie in Nederlandse ziekenhuizen zijn potentiële schaalvoordelen bijvoorbeeld in de sfeer van een betere benutting van kapitaalgoederen al uitgewerkt. Groei van de schaalomvang heeft een remmende werking op de productiviteitsontwikkeling. Analyse laat zien dat de vergroting van de schaal tussen 2003 en 2009 een productiviteitsverlies van bijna 5 procent heeft opgeleverd (Blank et al., 2011). De schaalresultaten zijn volledig in overeenstemming met ander internationaal onderzoek. Economische theorie duidt dit resultaat door te wijzen op de toenemende kosten van de grote span of control en bureaucrativering.

Een aantal bestuurders erkennen dat Nederlandse ziekenhuizen op te grote schaal opereren en vragen zich af wat de optimale schaal is. Overigens vinden zij dat economische factoren zijn niet de enige factoren mogen zijn om voor een bepaalde schaal te kiezen (zie volgende alinea). De optimale schaal van 200-300 bedden wordt gevoelsmatig herkend. Aan de andere kant zijn er in het buitenland zeer grote (meer dan 1.000 bedden) ziekenhuizen, afhankelijk van de demografische structuur. De bestuurders menen dat die grote ziekenhuizen heel efficiënt kunnen zijn<sup>2</sup>. Wat maakt een ziekenhuis (on)doelmatig? Ondoelmatigheid bij ziekenhuizen wordt deels veroorzaakt door dure infrastructuur voor bijzondere zorg. In de onderlinge vergelijking van ziekenhuizen moet daar rekening mee worden gehouden. Zo kan een ziekenhuis met twee locaties op de ene locatie complexe zorg aanbieden, en op de andere locatie minder complexe zorg. De huidige praktijk is vaak dat op beide locaties dezelfde

---

<sup>2</sup> Dit blijkt overigens niet uit wetenschappelijk onderzoek.

(dure) infrastructuur aanwezig is. Of op beide locaties wordt alle zorg geleverd. Met focus (herverdeling van zorgportfolio's) valt hier nog iets te winnen.. De vraag is dan ook: Welk soort zorg leent zich voor schaalvergroting en welke zorgtaken moeten worden afgestoten?

Fusies stoten op (maatschappelijke) weerstand. Bij fusie moet concurrentie een belangrijke overweging zijn. Er is een nieuw denken nodig in termen van zorgfuncties en bijbehorende infrastructuur i.p.v. steeds grotere gebouwen. Tegelijk voert de overheid wel discussie over concentratie van zorg. Mensen willen een ziekenhuis in de buurt. Dat is ook de kracht van de kleine ziekenhuizen, ze zijn 'eigendom' van de mensen. Kleine ziekenhuizen zouden geïsoleerd moeten worden in het beleid. Schaalvergroting heeft nu vooral te maken met het 'indikken' van rechtspersonen. Schaal zou gemeten moeten worden op locatieniveau, binnen een grote schaal kleinschaligheid organiseren zoals in de gehandicaptenzorg.

Wat drijft bestuurders tot fusie? Voordelen worden verwacht van schaal van inkoop en dynamiek tussen grote en kleine locaties. Een fusie kan complexe zaken oplossen. Ook kan een klein ziekenhuis op omvallen staan, het is dan vanuit concurrentieoverwegingen handig om te fuseren. Een overname in de achtertuin door een concurrent is onwenselijk. Daarnaast verhindert de wet vaak om samenwerkafspraken te maken, zodat fusie het enige middel is om het zorgaanbod te (re-)organiseren of een klein ziekenhuis te ondersteunen. Een slimme herverdeling van zorgfuncties zonder fusies is buitengewoon complex. Aangepaste wetgeving is wenselijk om samenwerking mogelijk te maken. De bestuurders zijn het er over eens dat het netto resultaat van fusie of samenwerking altijd kostenverlaging moet zijn. Het schaalvraagstuk moet bezien worden op drie niveaus: entiteiten, gebouwen/locaties en het concern als geheel. De 'IT-facetime-effecten' moeten hierin worden meegenomen. Door inzet van eHealth is er minder behoefte aan gebouwen. Wanneer het omslagpunt komt waarin eHealth onderdeel is van de reguliere zorgverlening is onduidelijk. Tegelijk moet het effect van eHealth niet worden overschat. Gebouwen blijven nodig voor het eerste polibezzoek, chirurgie en intensive care.

De vraag is of er ook doelmatigheidswinst geboekt kan worden als de schaal wordt verkleind? Het omgekeerde is wel duidelijk: grotere schaal vraagt om hoge investeringen en heeft te kampen met dure infrastructuur, bureaucratie en traagheid in de organisatie. Kleine schaal is doelmatiger door meer betrokkenheid van personeel. De vraag blijft: Welke stappen moet je doorlopen om de schaal af te bouwen?

### **Innovaties en kostendoelmatigheid**

Met kanttekening over het ontbreken van statistische significantie, merken we op dat niet alle innovaties 'productief' zijn. Innovaties kunnen andere effecten bewerkstelligen zoals verbetering van de kwaliteit of veiligheid. Twee potentiële kandidaten voor verbetering van de kostendoelmatigheid zijn de invoering van de functie van physician assistant en het opzetten van multidisciplinaire poliklinieken (Dumaj et al., 2012). De vraag is in hoeverre de afweging van kostendoelmatigheid een rol speelt in de besluitvorming over adoptie van een innovatie?

De bestuurders geven aan dat de afweging in principe gemaakt wordt aan de hand van een business case. De ervaringen met het effect daarvan op de besluitvorming zijn wisselend. Veel adopties worden gebaseerd op emoties i.p.v. rationele afweging. De operatierobot DaVinci is een goed voorbeeld van een negatieve business case en positief besluit om te adopteren. De business case blijkt voor alle

ziekenhuizen negatief te zijn en toch is de operatierobot op grote schaal en in relatief korte tijd aangeschaft. Iedereen wilde er een hebben, je kon niet achterblijven. Nu worden ze nauwelijks nog gebruikt. Bij de afweging om een innovatie te adopteren is het belangrijk dat het gaat om *proven* technologie die ook op doelmatige wijze wordt ingezet. De bestuurders hebben behoefte aan methoden om de doelmatigheid van technologie te meten en te monitoren. Tegelijk moeten we accepteren dat technologie in de opstartfase niet doelmatig is.

Naast technologische innovaties mogen we veel verwachten van sociale innovaties. Innovaties in de processen –al dan niet met technologie- kunnen de kostendoelmatigheid bevorderen. Veel voorkomende barrières in procesinnovatie zijn ‘eigendom’. De OK is van de chirurgen, maar die kunnen niet goed plannen. En “het zijn mijn bedden”. Aan de ene kant is het gevoel van ‘eigendom’ goed want het bevordert de kwaliteit, maar aan de andere kant is het een grote barrière voor het doorvoeren van verbeteringen.

### **Adoptie van innovaties**

Innovaties worden in uiteenlopend tempo geadopteerd. Met beperkte betrouwbaarheid vinden we verklaring voor het tempo van adopties aan de hand van ziekenhuiskenmerken. Het aandeel specialisten in loondienst en het aandeel specialisten in opleiding dragen bij aan adoptie. Het aantal locaties en het totaal aantal specialisten hebben een negatieve invloed. De omvang van de productie en het marktaandeel, ten slotte, hebben geen invloed op de adoptie van innovaties (Dumaij et al., 2012). De vraag is of specialisten in loondienst sterker bijdragen aan innovatie in het ziekenhuis dan zelfstandige specialisten?

De contractvorm van medisch specialisten speelt volgens de bestuurders geen rol bij de adoptie van innovaties. In het algemeen vinden zij dat de contractvorm geen grotere impact heeft op welke bedrijfsfunctie dan ook, dan je als bestuurder toelaat. Er is geen verschil waarneembaar in gedrag tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst. Deze situatie ligt anders wanneer vrijgevestigde specialisten moeten mee investeren of gekort worden op de exploitatie. Zolang het ziekenhuis investeert in de innovatie krijg je iedereen mee.

### **Het optimale sturingsmodel**

De verschillen in innovativiteit en doelmatigheidsscore van de ziekenhuizen zijn verklaard aan de hand van interne sturingsvariabelen, organisatiekenmerken en omgevingskenmerken (Blank et al., 2014). Het resultaat is samengevat in tabel 1. De vraag is of de bestuurders het beeld herkennen.

**Tabel 1 De grootte van de variabelen in het optimale sturingsmodel**

<i>Sturingsvariabele</i>	<i>Innovativiteit</i>	<i>Kostendoelmatigheid</i>
Omvang raad van toezicht	klein	groot
Beloning lid raad van toezicht	-	-
Omvang raad van bestuur	-	klein
Salaris lid raad van bestuur	hoog**	-
Bonus lid raad van bestuur	hoog**	hoog
Aanstellingsduur raad van bestuur	lang*	-
Aandeel vrouwen in de raad van bestuur	-	-
Aantal instellingen per concern	-	-
Aantal locaties per concern	weinig*	-
Aantal segmenten	-	niet onderzocht
Totaal eerste polibezoeken (x 1.000)	-	-
Aandeel specialisten in loondienst	groot	klein
Verstedelijking	laag*	niet onderzocht

\*Geldt alleen voor medische innovaties. \*\*Geldt alleen voor facilitaire innovaties.

Het ‘beeld’ wordt geheel niet herkend. Het gaat volgens de bestuurders om persoonskenmerken en dan ook nog eens hoe goed personen met elkaar kunnen samenwerken.. De omvang van de rvt bepaalt de duur van vergaderingen (iedereen wil zijn/haar zegje doen, de bekende stokpaardjes worden ten tonele gebracht). Een kleine rvb is weliswaar besluitvaardig, maar heeft weer meer tijd nodig om besluiten uit te leggen aan het management. De aanstellingsduur is een kansvariabele: hoelang wordt je gegund om te besturen? Het effect van het aandeel specialisten in loondienst wordt ook niet herkend. Bonussen worden zelden afgesproken en uitgekeerd. Met een bonusafpraak wordt wel scherp wat er van een bestuurder wordt verwacht, maar dat heeft met het proces te maken en niet zo zeer met de bonus zelf. Bovendien is er nauwelijks publiek draagvlak meer voor bonussen.

### **Slotopmerkingen**

De bestuurders vinden de studies relevant. De impact van de studies kan sterk vergroot worden door te publiceren in vakbladen die door bestuurders worden gelezen. Commerciële adviesbureaus zijn niet objectief en houden dogma’s in stand waarmee zij geld verdienen. Hun rapporten moeten met terughoudendheid worden gelezen. De bestuurders opperen het idee om een cohortstudie uit te voeren op ziekenhuizen en de ontwikkeling in de kwaliteit van zorg te meten in relatie tot de ontwikkeling van de kosten. In het cohort zouden vooral samengestelde ziekenhuizen moeten deelnemen. De behoefte wordt ingegeven door worstelingen van de bestuurders met de convenantafspraken met betrekking tot kostengroei. Zij zijn op zoek naar een maatschappelijk verantwoorde verdeelsleutel voor ziekenhuisbudgetten terwijl er een proces gaande is van overheveling van 2<sup>de</sup> lijnszorg naar de 1<sup>ste</sup> lijn.

## Rapporten

Blank, J.L.T., Dumaij, A.C.M., & Hulst, B.L.v. (2014). Sturen op zorginnovaties: Empirisch onderzoek naar effecten van interne sturing op innovativiteit van ziekenhuizen *IPSE Studies research reeks*. Delft: TU Delft/ IPSE Studies.

Blank, J.L.T., Dumaij, A.C.M., & van Hulst, B.L. (2011). Ziekenhuismiddelen in verband. Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009 *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: TU Delft.

Blank, J.L.T., van Hulst, B.L., & Dumaij, A.C.M. (2013). Besturen sturen: Empirisch onderzoek naar het effect van interne sturing op de doelmatigheid van de Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2003-2010 *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: IPSE Studies.

Dumaij, A.C.M., Blank, J.L.T., & van Hulst, B.L. (2012). Zorg voor versnelling: Empirisch onderzoek naar het effect van innovaties op de doelmatigheid van Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2003-2009 *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: IPSE Studies.

## **Bijlage Rondetafelbijeenkomst ziekenhuizen**

**Plaats:** Domus Medica, Utrecht

**Datum:** 4 december 2013

**Tijd:** 10:00-12:00 uur

### **Deelname vanuit IPSE Studies:**

- Jos Blank
- Adrie Dumaij
- Bart van Hulst

### **Deelnemers vanuit de ziekenhuizen:**

De bestuurders zijn geselecteerd aan de hand van de hoge en lage score voor kostendoelmatigheid van hun ziekenhuis. In totaal hebben zeven bestuurders meegedaan met de discussie. Als tegenprestatie hebben zij een rapportje ontvangen waarin prestaties van hun ziekenhuis zijn weergegeven tegen de achtergrond van de prestaties van alle ziekenhuizen.

### **Programma:**

- Ontvangst met koffie/thee/fris
- Welkom
  - Uiteenzetting van het doel van de bijeenkomst
  - Informeel stellen de deelnemers zich voor
  - Informeel stellen de IPSErs zich voor
  - Korte toelichting op de benchmarkrapportjes
  - Uiteenzetting van het programma
- Presentatie van stellingen en inleiding op discussie
- Samenvatting van de hoofdconclusies
- Dankwoord
- Uitnodiging voor lunch

### **Inleiding op de stellingen/discussiepunten:**

Voorbeeld: hardloopwedstrijd.

- Uitslagen deelnemers vergelijken, zonder tijdsmeting
- Uitslagen door de tijd heen vergelijken
- Verklaringen zoeken voor verschillen in de uitslagen
- Fotofinish m.b.t. kostendoelmatigheid

De discussie is per onderwerp ingeleid aan de hand van een stelling. De stellingen gaven richting aan de discussie en waren niet limitatief. Niet alle onderwerpen die waren voorbereid zijn aan de orde gekomen.