

Waardegedreven inkoop

Inkoop als strategische topprioriteit voor ziekenhuizen





Waardegedreven inkoop

Inkoop als strategische topprioriteit voor ziekenhuizen



Inhoudsopgave

Achtergrond	4
Conclusies en aanbevelingen	5
1. Ontwikkeling strategische inkoop moet topprioriteit voor Nederlandse ziekenhuizen zijn	8
1.1. Zonder leveranciers geen zorg: de waarde van (medische) producten is groot	8
1.2. Inkoopkosten in 10 jaar verdubbeld: snelle groei medisch en ICT, rest stabiel	11
1.3. Inkoopkosten zullen toenemen tot de helft van de kostenbasis van een ziekenhuis	13
1.4. Rol ziekenhuis verschuift naar regisseur van zorg en (medische) technologie	15
1.5. Inkoop verdient centrale plaats op de bestuurstafel	16
2. Resultaten boeken op inkoop is weerbarstig maar haalbaar	18
2.1. Leveranciers zijn sterk in verkoop, relatie met gebruiker en productkennis	18
2.2. Kritische blik is nodig: we laten ons verblinden door de sticker 'medisch'	20
2.3. Sommige ziekenhuizen hebben al aansprekende inkoopresultaten geboekt	22
2.4. Gezamenlijke beweging nodig naar focus op patiëntwaarde	24
3. Een praktische route naar inkoopresultaat op korte termijn	26
3.1. Het fundament voor succes is een resultaatgerichte inkoopcultuur	27
3.2. Stap 1 - maak van inkoop een prioriteit en stel een ambitieus doel	27
3.3. Stap 2 - vergroot mandaat inkoop en versterk relatie met gebruikers	28
3.4. Stap 3 - zet de data aan het werk	30
3.5. Stap 4 - ontwikkel concrete aanpak per categorie met de betrokken inkoopgroep	32
3.6. Stap 5 - borg resultaten door koppeling inkoopmonitor aan financiële realisatie	35
4. Transformatie naar waardegedreven inkoop op lange termijn	36
4.1. Drie randvoorwaarden voor waardegedreven inkoop	36
4.2. De 'diamant' als afwegingskader voor waardegedreven inkoop	38
4.3. Waardegedreven inkoop toegepast in de praktijk	39

Achtergrond

Gupta Strategists

Gupta Strategists ondersteunt organisaties in de gezondheidszorg bij strategische vraagstukken en het structureel verbeteren van hun prestaties. Opdrachtgevers zijn onder meer zorginstellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders en financiers. Onderwerpen waarop wij adviseren en begeleiden zijn onder andere: fusies en overnames, kostenreductie, portfoliokeuzes, big data, value based healthcare en inkoop. Inkoop vormt een steeds groter onderdeel van ons portfolio.

Naast ons projectwerk maken we structureel tijd vrij voor onafhankelijke studies. De studie die voor u ligt is er daar een van. Met deze studies dragen wij bij aan onze eigen ontwikkeling en aan de beantwoording van maatschappelijke vragen in de zorg. Tevens delen wij op healthdata.gupta.nl diverse, op openbare bronnen gebaseerde, inzichten over de gezondheidszorg.

Auteurs en contactgegevens

Jurre de Bruin werkt sinds 2008 bij Gupta Strategists. Jurre heeft onder ander toeleveranciers als aandachtsgebied. U kunt hem bereiken via jurre.debruin@gupta.nl of 06 3492 4904

Kees Isendoorn werkt sinds 2009 bij Gupta Strategists. Kees heeft bijzondere aandacht voor (waardegedreven) inkoop. Hij is te bereiken via kees.isendoorn@gupta.nl of 06 5788 7598

Voor vragen of opmerkingen over deze studie kunt u bij hen terecht.

Dankbetuigingen

De auteurs van deze studie danken graag alle bestuurders, managers en inkopers van zowel zorgaanbieders, inkooporganisaties als toeleveranciers voor hun directe of indirecte bijdrage aan deze studie. Deze studie is een culminatie van veel perspectieven en inzichten, en zonder hen was deze studie niet mogelijk geweest. Verder danken zij de collega's van Gupta Strategists die hebben bijgedragen aan deze studie, in het bijzonder Joost de Vries, Lisa Vogelpoel, Samuel Smits en Merel van Wijk.

Conclusies en aanbevelingen

Ontwikkeling strategische inkoop moet topprioriteit zijn

Het belang van (medische) producten voor de patiëntenzorg is onschatbaar groot. De trieste praktijk in ziekenhuizen in een aantal arme landen laat dit zien, waar onvoldoende financiële middelen zijn om medicijnen en andere essentiële medische producten aan te schaffen. Een arts zonder hulpmiddelen is als een timmerman zonder hamer.

De inkoopkosten van Nederlandse ziekenhuizen zijn in tien jaar tijd bijna verdubbeld, tot 8 miljard euro in 2015. Deze groei is gedreven door dure medicijnen (overheveling en groei), overige medische producten en ICT. De vraag is welke meerwaarde patiënten hiervoor hebben gekregen in termen van gewonnen gezonde levensjaren (QALY's). Uitgaven aan niet-medische producten zoals voeding en energie zijn de afgelopen tien jaar nauwelijks toegenomen.

Inkoopkosten zullen door technologische innovatie, verplaatsing van zorg naar huis en toename van uitbesteding verder groeien. Op basis van praktijkvoorbeelden verwachten wij dat het ziekenhuis van de toekomst geen 30 maar 50 cent van elke euro uitgeeft aan inkoop. De rol van ziekenhuizen verschuift van grote werkgever naar regisseur van zorg en (medische) technologie. Dat is een nieuwe rol, waarin professionele inkoop essentieel is voor succes.

Ziekenhuizen zijn nog niet goed voorbereid op deze nieuwe rol. Ze staan op achterstand door onvoldoende bestuurlijke aandacht, beperkte investeringen in kwaliteit en kwantiteit van de inkoopfunctie en te weinig vruchtbare samenwerking met medisch specialisten op inkoopdossiers. Ook de beperkte schaalgrootte staat verbetering soms in de weg. De ontwikkeling van strategische inkoop is een topprioriteit voor ziekenhuizen en het onderwerp hoort thuis op de bestuurstafel.

Resultaten boeken op inkoop is in de praktijk weerbarstig maar haalbaar

In de praktijk is het zeer weerbarstig om aansprekende inkoopresultaten te boeken. In onze ervaring zijn hier twee redenen voor. Ten eerste hebben leveranciers een scherpe focus op sales, een sterke relatie met artsen en veel inhoudelijke kennis van hun productmarkt. Daardoor hebben ze een stevige marktpositie en zijn ze vaak in staat om prijs los te koppelen van de waarde van het product.

Ten tweede laten inkopers, gebruikers en ook consumenten zich te veel verblinden door de sticker 'medisch' en kijken te weinig naar waarom een product een bepaalde prijs heeft. Het gezonde verstand waarmee mensen bij privé-aankopen prijzen vergelijken en beslissingen nemen over meerwaarde versus meerkosten lijkt als het om zorg gaat regelmatig afwezig. Soms gebeurt ook het omgekeerde: inkopers kijken alleen naar de prijs, terwijl de kwaliteit weinig aandacht krijgt.

De weerbarstige praktijk neemt niet weg dat het haalbaar is om goede inkoopresultaten te boeken. Zo realiseerde een ziekenhuis binnen 12 maanden structureel 18% lagere inkoopkosten zonder op medische kwaliteit voor de patiënt in te boeten. Ook de vergelijking van de inkoopprestatie van Nederlandse ziekenhuizen laat zien dat er forse verschillen zijn en dus mogelijkheden om de prestatie te verbeteren.

Als de basis op orde is, dan kunnen ziekenhuizen en leveranciers zich gaan richten op het verbeteren van uitkomsten tegen lagere kosten. Dit vergt een verschuiving van de focus op bestaande producten en diensten naar nieuwe, geïntegreerde diensten. Er is nog veel te winnen, zowel in uitkomsten voor patiënten (20 gezonde levensjaren per inwoner) als gemaakte kosten (zowel op inkoop als aan personeel). Door van inkoop een topprioriteit te maken kunnen ziekenhuizen hun toeleveranciers stimuleren om de focus versneld te verleggen naar waarde voor de patiënt.

Een praktische route naar een sterk inkoopresultaat op korte termijn

Ziekenhuizen kunnen hun inkoopresultaat op korte termijn sterk verbeteren door in vijf stappen een stevig inkoophuis neer te zetten:

1. Maak van inkoop een bestuurlijke prioriteit met een bijpassende ambitieuze doelstelling. De doelstelling per productgroep is bij voorkeur gebaseerd op een benchmark van de inkoopprestatie.
2. Richt de organisatie zo in dat inkoop een sterk mandaat heeft en nauw samenwerkt met de betrokken gebruikers. Dit kan door de vorming van acht inkoopgroepen (geneesmiddelen, diagnostiek, disposables, implantaten, medische techniek, facilitair, ICT en overig) die direct aan de Raad van Bestuur rapporteren.
3. Investeer in de opbouw van analytische vaardigheden binnen het inkoopteam, gericht op praktisch toepasbare inzichten in prijzen, volumes, kostenopbouw en medische meerwaarde.
4. Ontwikkel een aanpak voor elk van de acht inkoopgroepen. Een aanpak op maat is nodig omdat de marktstructuur, het type producten en de eigen uitgangspositie verschilt.
5. Monitor impact en resultaten, door de verwachte resultaten per inkoopgroep te koppelen aan de werkelijke cijfers 'in de boeken' vanuit financiën.

Dit huis is alleen stevig met een resultaatgerichte inkoopcultuur als fundament. Deze cultuur is natuurlijk niet een kwestie van 'de knop omzetten', maar van stap voor stap ontwikkelen. Kernwoorden van deze cultuur zijn focus, een kritische houding, durf, nieuwsgierigheid naar de medische praktijk en volharding.

Transformatie naar waardegedreven inkoop op lange termijn

Als de basis op orde is, dan kunnen ziekenhuizen de transformatie inzetten naar waardegedreven inkoop, gericht op samenwerking met leveranciers en verhogen van waarde (kwaliteit versus kosten) voor de patiënt. Deze vervolgstap vergt een upgrade van het kennisniveau van inkopers en samenwerking tussen ziekenhuizen. Samenwerking is nodig om de schaal te bereiken die nodig is om de benodigde kennis op te bouwen. Van daaruit kunnen ziekenhuizen met leveranciers nieuwe vormen van zorg ontwikkelen en het totale zorgpad van de patiënt herontwerpen (zoals ziekenhuiszorg thuis), waarvoor ze gezamenlijk investeren in producten en diensten die er nu nog niet zijn in plaats van te optimaliseren van wat er al is. Inkoop gaat dan veel meer bijdragen aan de strategische positie en de 'verkoop' van het ziekenhuis.

1. Ontwikkeling strategische inkoop moet topprioriteit voor Nederlandse ziekenhuizen zijn

Dit hoofdstuk laat zien waarom de inkoop van medische producten en diensten een belangrijk thema is voor ziekenhuizen. Startpunt is de constatering dat er zonder leveranciers geen goede zorg mogelijk is (paragraaf 1.1). Vervolgens blijkt uit analyse dat de uitgaven van Nederlandse ziekenhuizen aan inkoop ongeveer EUR 8 miljard bedragen en in tien jaar tijd bijna zijn verdubbeld (paragraaf 1.2), terwijl we in de toekomst verdere groei verwachten door diverse (technologische) trends (paragraaf 1.3). Hierdoor verschuift de rol van ziekenhuizen van grote werkgever naar regisseur van zorg en (medische) technologie (paragraaf 1.4). Ziekenhuizen zijn hier niet goed op voorbereid. Om de achterstand in te halen, hoort inkoop als topprioriteit thuis op de bestuurstafel (paragraaf 1.5).

1.1. Zonder leveranciers geen goede zorg

Leveranciers van (medische) producten zijn een onmisbare schakel in goede ziekenhuiszorg. Al ligt die constatering voor de hand, het blijft ontnuchterend hoe ernstig de zorg tekort schiet in ziekenhuizen waar geen geneesmiddelen en andere noodzakelijke producten beschikbaar zijn voor patiënten (zie figuur 1). Een rapportage van de NOS toonde bijvoorbeeld de schrijnende situatie in Jemen, waar dokters de meest basale medische behandelingen niet kunnen uitvoeren. Ook in Venezuela is er door een ernstige crisis in veel ziekenhuizen te weinig geld voor geneesmiddelen en andere medische producten¹. De gevolgen voor de volksgezondheid zijn desastreus: zo is de kindersterfte 100x en de totale sterfte 5x zo hoog als voor de medische crisis. Een arts vatte de trieste situatie kernachtig samen: 'eigenlijk kunnen we dit ziekenhuis beter sluiten'. In plaats van naar andere landen te kijken, kunnen we ook de vergelijking maken met ons eigen land circa een eeuw geleden. Toen was het ziekenhuis een plek waar je verzorgd werd, maar goede medicatie en producten om te behandelen waren er slechts mondjesmaat.

¹ Bron: The New York Times (zie <https://www.nytimes.com/2016/05/16/world/americas/dying-infants-and-no-medicine-inside-venezuelas-failing-hospitals.html?mcubz=1&r=0>)

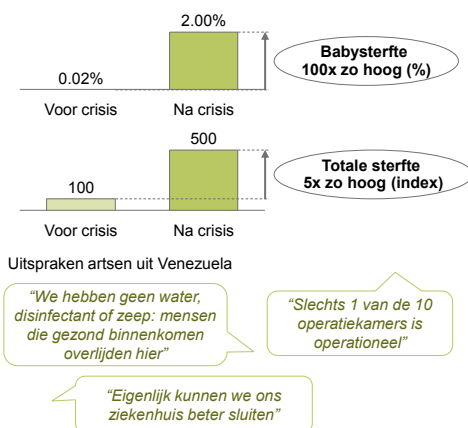
FIGUUR 1

Zonder medische producten kunnen ziekenhuizen geen goede zorg leveren

Venezuela kampt met een zorgcrisis waarbij ziekenhuizen bijna geen leveringen ontvangen...



... en de impact van dit gebrek aan (medische) producten op de kwaliteit van zorg is dramatisch



Gelukkig beschikken Nederlandse ziekenhuizen in veruit de meeste gevallen wel over de medische producten om patiënten te behandelen. De essentiële rol van leveranciers in de patiëntenzorg hoort dan ook niet ter discussie te staan. Zo hebben innovaties in de cardiologie zoals geneesmiddelen, stents en implantaten aantoonbaar twee jaar bijgedragen aan de toegenomen levensverwachting. Waar we in deze studie wel bij stil staan is de vraag over waarde: wat krijgen patiënten in termen van gezonde levensjaren (QALYs) en welke kosten staan daar tegenover? Vervolgens is de uitdaging hoe ziekenhuizen en leveranciers gezamenlijk de waarde voor patiënten per geïnvesteerde euro op korte en lange termijn kunnen verhogen.

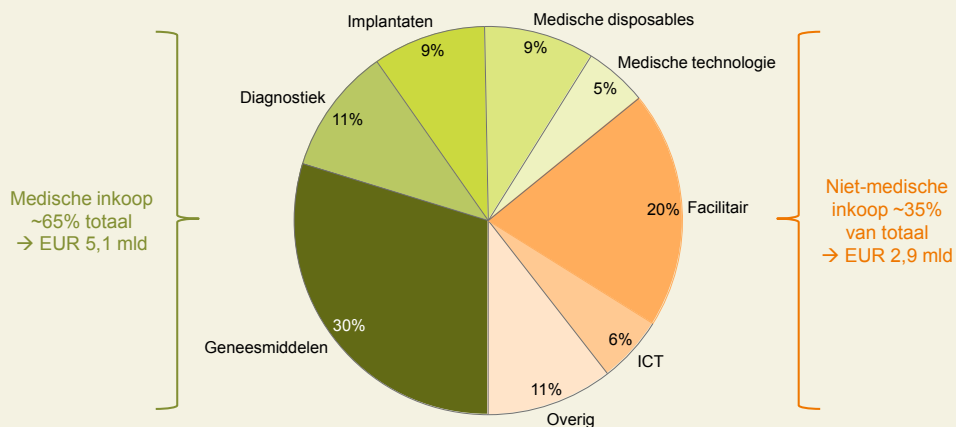
Kader 1: Waar geven ziekenhuizen hun inkoopbudget aan uit?

Inkoop gaat over alle kosten die tot een factuur leiden. De inkoopkosten in de exploitatie van Nederlandse ziekenhuizen bedragen 8 miljard euro², goed voor 32%³ van de totale kosten. Van deze 8 miljard gaat 65% naar medische producten, inclusief de naar het ziekenhuisbudget overgehevelde dure medicijnen (zie figuur 2). De grootste categorieën binnen medische producten zijn geneesmiddelen, disposables, implantaten en diagnostiek. Het type productmarkt loopt uiteen van een commodity-markt, met veel aanbieders en veel concurrentie op prijs, tot monopolistische markten voor bijvoorbeeld dure geneesmiddelen en implantaten, met één of een klein aantal producenten en weinig concurrentie op prijs.

De niet-medische uitgaven bestaan vooral uit ICT en facilitair, zoals schoonmaak, onderhoud, voeding en energie. Onder de restcategorie vallen bijvoorbeeld inhuur van uitzendkrachten en zakelijke dienstverlening zoals juridisch en financieel advies. In deze markten bestaat meestal vrij veel aanbod en concurrentie.

FIGUUR 2

65% van inkoopkosten gaat naar medische producten en diensten



² Daarnaast doen ziekenhuizen investeringen in apparatuur en gebouwen die leiden tot afschrijvingen. Deze vormen ongeveer 8% van de kostenbasis. De inkoopafspraken over de kapitaallasten vallen buiten de reikwijdte van deze studie.

³ Bron: jaarverslagen ziekenhuizen, analyse Gupta Strategists

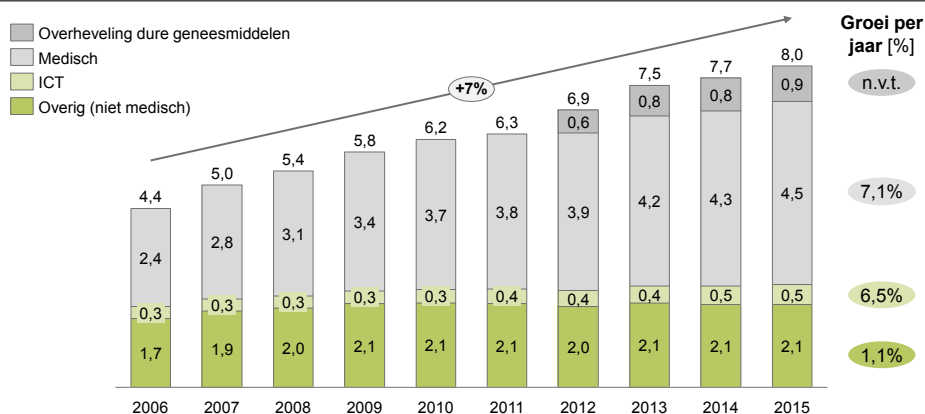
1.2. Inkoopkosten in 10 jaar verdubbeld

Sinds 2006 zijn de inkoopkosten van ziekenhuizen bijna verdubbeld. Exclusief de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget is de jaarlijkse groei 5%. Deze groei is grotendeels (voor 87%) gedreven door meer uitgaven aan medische producten en ICT. De kosten van medische producten exclusief dure geneesmiddelen zijn met 7% en van ICT met 6% per jaar gestegen (zie figuur 3). De overhevelingen van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget en de groei in gebruik van deze middelen draagt daar nog eens EUR 900 mln ofwel 9% van de inkoopkosten aan bij.

FIGUUR 3

Inkoopkosten in 10 jaar bijna verdubbeld door groei medische inkoop en ICT

Ontwikkeling inkoopkosten ziekenhuizen
[EUR mld, 2006 – 2015]



De uitgaven aan niet-medische producten zijn stabiel en groeiden de afgelopen jaren slechts met de inflatie mee. Ziekenhuizen hebben deze uitgaven succesvol beheerd door professionalisering van de inkoopfunctie. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in de goed vormgegeven aanbestedingen van grote contracten in voeding en energie.

De inkoopprestatie bij medische producten is minder overtuigend, ondanks de investeringen en toegenomen aandacht voor het onderwerp. De kostenstijgingen zijn ook een gevolg van innovaties in de behandeling zoals non-invasieve operaties en nieuwe (dure) medicijnen. Er is echter weinig inzicht in de meerwaarde ten opzichte van de meerkosten, waaruit blijkt dat ziekenhuizen nog geen succesformule hebben gevonden.

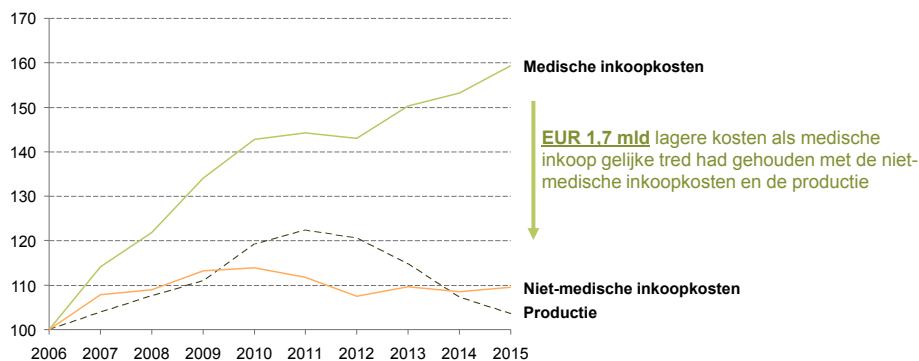
Ook de uitgaven aan ICT zijn aanzienlijk gestegen. Gezien het toenemende belang van ICT in de gezondheidszorg is dit geen verrassing. De uitdaging ligt in het herontwerp van zorgprocessen met gebruik van ICT. Zonder werkelijke herontwerp zullen ICT-kosten meerkosten blijven en niet leiden tot een besparing op andere kosten. Daar ligt nog een grote kans: waar de inzet van ICT in andere sectoren heeft geleid tot grote verhogingen van de productiviteit, is dat in de gezondheidszorg nog niet het geval. Ziekenhuizen moeten beter afdwingen dat ICT-applicaties onderling samenwerken en voldoen aan generieke eisen voor onderlinge communicatie.⁴

Om de stijging van inkoopkosten in perspectief te plaatsen, zijn deze na correctie voor inflatie vergeleken met de productie-ontwikkeling, een maat voor hoe veel zorg ziekenhuizen hebben geleverd. Hieruit blijkt dat de productie en de niet-medische inkoopkosten in de afgelopen tien jaar slechts licht gestegen zijn, terwijl medische inkoopkosten (exclusief dure geneesmiddelen) na correctie voor inflatie met 60% zijn toegenomen (zie figuur 4).

FIGUUR 4

Medische inkoopkosten groeien sneller dan overige inkoopkosten en productie

Ontwikkeling inkoopkosten, overige kosten¹ en productie² van ziekenhuizen
[index, 2006 = 100, 2006 - 2015]



1) Na correctie voor inflatie

2) Ontwikkeling aantal patiënteenheden, een maat voor productie van ziekenhuizen

Bron: Gupta Strategists jaarverslagen database

⁴ What Hospitals Can Learn from Airlines About Buying Equipment, Harvard Business Review, 2017

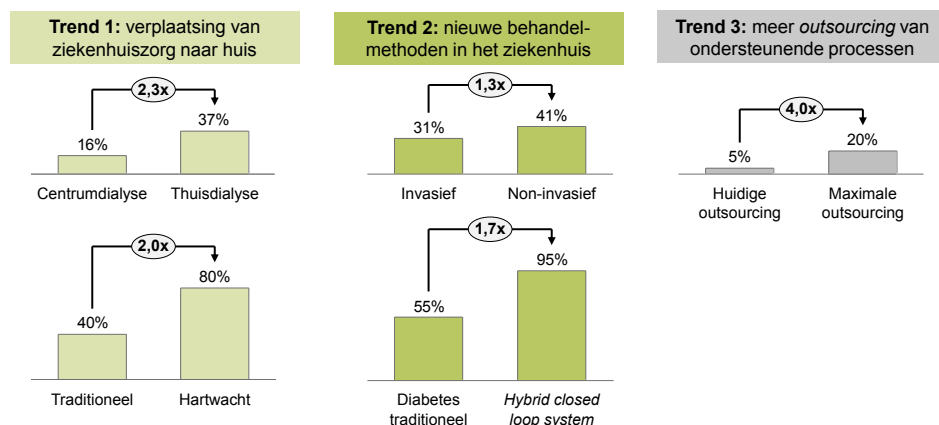
1.3. Inkoopkosten zullen toenemen tot de helft van de kostenbasis

Wij verwachten dat de groei van (medische) inkoopkosten zal versnellen, waardoor een ziekenhuis in de nabije toekomst geen 30 maar 50 cent van elke euro zal uitgeven aan inkoop. Deze stijging is gedreven door (1) verplaatsing van zorg naar huis, met substitutie van arbeid door technologie en zelfzorg; (2) verschuiving van laag- naar hoogtechnologische interventies in het ziekenhuis en (3) toename van uitbesteding. Uit praktijkvoorbeelden blijkt dat het aandeel van de inkoopkosten met een factor 1,3 tot 4 toeneemt, zoals weergegeven in figuur 5.

FIGUUR 5

Aandeel inkoopkosten neemt toe door diverse innovaties

Aandeel inkoopkosten in totale kosten in diverse innovaties [% totale kostenbasis, voor en na innovaties]



1. Verplaatsing van zorg naar huis - In onze studie No place like home⁵ laten we zien dat 46% van de ziekenhuiszorg met de huidige technologische mogelijkheden thuis kan plaatsvinden. Dit vergt een andere infrastructuur, die meer leunt op apparaten, disposables en zelfzorg door de patiënt en minder op zorgpersoneel. Denk aan een hoog-laag bed of rolstoel thuis, maar ook meer geavanceerde apparaten zoals telemonitoring devices of, zuurstof thuis. Uit praktijkvoorbeelden blijkt dat door het naar huis verplaatsen van zorg het aandeel van inkoop in de totale kosten bijna altijd toeneemt, terwijl de totale kosten meestal afnemen. Hemodialyse thuis wordt veelal door patiënten zelf gedaan, waardoor het aandeel inkoopkosten op 37% ligt, tegen 16% bij dialyse in het ziekenhuis. Een ander voorbeeld is de Hartwacht. In dit zorgproces is het aandeel inkoopkosten 80%, tegen 40% in het traditionele zorgproces voor hartpatiënten, dat veel zwaarder leunt op zorgpersoneel in plaats van ICT en zelfzorg.

⁵ http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta_strategists-Overig-studie%20No%20place%20like%20home.pdf

- 2. Verschuiving naar hoogtechnologische behandelingen in het ziekenhuis** – Naast de opkomst van dure medicijnen voor specifieke doelgroepen neemt ook het gebruik van apparaten die data vastleggen sterk toe, zoals hartslag, glucose, gewicht en slaappatronen. De data worden steeds meer geaggregeerd en omgezet naar toepasbare inzichten voor de arts. Daarbij nemen technieken zoals machine learning een snelle vlucht. Praktische toepassingen van deze technieken kunnen steeds meer taken van de arts ondersteunen, aanvullen of zelfs volledig vervangen. Verzilvering van dit potentieel vergt investeringen in software en analytische vaardigheden. Het grotere belang van nieuwe, zeer dure medicijnen is bijvoorbeeld zichtbaar in de kosten van het NKI-AVL, bij uitstek een ziekenhuis dat veel (nieuwe) medicijnen inzet. De inkoopkosten als percentage van de totale kosten exclusief afschrijvingen waren in 2005 nog 27%. Dit percentage was in 2010 al 34% en in 2015 verder toegenomen naar 41%. Een ander voorbeeld is de verschuiving van invasieve naar non-invasieve behandelingen. Uit onze analyse blijkt dat het aandeel van de inkoopkosten in de totale kosten bij een non-invasieve operatie gemiddeld een factor 1,3 hoger ligt dan bij de traditionele invasieve operatie. Het laatste voorbeeld is de behandeling van diabetes type 1 met een glucosemonitor die is uitgerust met een zogenaamd hybrid closed loop system. Dit past de toediening van insuline continue aan op basis van de bloedsuikerspiegel van de patiënt en houdt de bloedsuikerspiegel zo binnen een veilige bandbreedte. De totale behandelkosten per patiënt kunnen zo omlaag, terwijl het aandeel van de inkoopkosten in de totale kosten stijgt naar 90%. Ter vergelijking: de zorgkosten van een diabeet die bij een medisch specialist onder controle staat bestaan voor slechts 55% uit hulp- en geneesmiddelen. Het meest extreme voorbeeld is de beoordeling van diagnostiek door toepassing van machine learning in plaats van door een arts. In theorie kan het aandeel van inkoopkosten hier stijgen richting de 100%, met volledige substitutie van arbeid door technologie en zelfzorg.
- 3. Uitbesteding** – Ziekenhuizen besteden steeds meer uit. Schoonmaak is traditioneel vaak uitbesteed en ook voeding wordt veelal bij externe partijen gecontracteerd. Ziekenhuizen zetten nu de stap naar activiteiten dichtbij of in het zorgproces. Uit onze analyse blijkt dat ongeveer 20% van de personeelskosten op termijn in aanmerking komt voor uitbesteding, gebaseerd op diensten die nu al worden uitbesteed door ziekenhuizen in Nederland en de ons omringende landen. Het aandeel van extern personeel is nu ongeveer 5%. De uitbestedingsgraad kan dus nog met een factor vier stijgen. Praktijkvoorbeelden zijn extern beheer van de ICT-infrastructuur, uitbesteding van diverse onderdelen van de facilitaire dienst, (delen van) de laboratorium diagnostiek, de beeldvorming, de sterilisatie-afdeling, extern beheer van de katheterisatiekamer of andere delen van de directe zorgverlening.

Het exacte tempo waarin deze trends zich gaan voordoen is niet te voorspellen. De richting en cumulatieve impact is wel duidelijk: het belang van inkoop neemt toe en de diverse innovaties dragen bij aan de substitutie van arbeid door producten en diensten van derde partijen.

1.4. Rol ziekenhuis verschuift naar regisseur zorg en technologie

De rol van ziekenhuizen verschuift van een traditionele grote werkgever naar een regisseur van zorgverlening en zorgtechnologie. Het vervullen van deze nieuwe rol is uitdagend. Hoe ziekenhuizen en leveranciers samen het zorgpad van de patiënt kunnen verbeteren en uitkomsten kunnen meten is nog een grotendeels onontgonnen gebied.

Ziekenhuizen zullen meer investeren in ICT en analytische vaardigheden. De traditionele, vooral operationele rol van de inkoopfunctie verschuift naar een meer strategische functie. Ziekenhuizen gaan vaker allianties vormen met andere ziekenhuizen en leveranciers om te investeren in nieuwe zorgpaden met betere uitkomsten tegen lagere kosten. Voor een klein ziekenhuis met beperkte schaalgrootte zijn de vaardigheden voor beheer van ICT-infrastructuur of data-analyse moeilijk op te bouwen. Wij verwachten dat het toenemende belang van technologie zal leiden tot schaalvergroting, bijvoorbeeld door de vorming van (internationale) ziekenhuisketens.

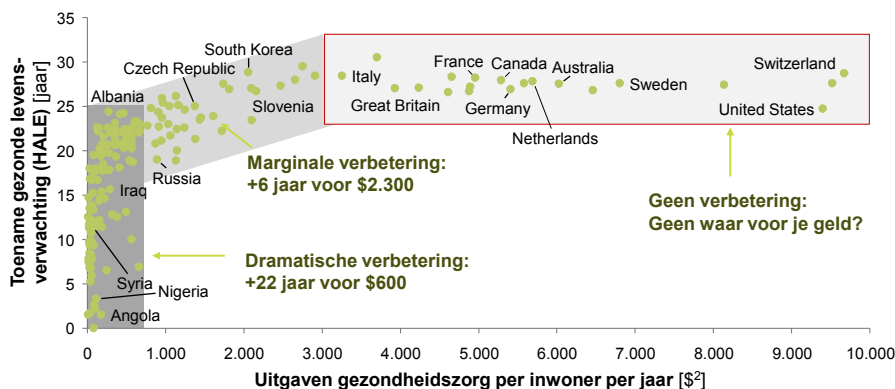
In deze nieuwe rol is de waarde van inkoop een kernvraag: wat kost een ingekocht product of dienst, wat zijn de totale kosten van het proces en welke bijdrage levert dit aan de gezonde levensverwachting van patiënten? Figuur 6 laat op het niveau van landen zien dat uitgaven aan basiszorg over het algemeen veel opleveren, terwijl de meerwaarde van extra uitgaven in termen van gezonde levensjaren veel minder duidelijk is. Sterker nog: veel Westerse landen (waaronder Nederland) lijken op een uitgaveniveau te zitten waarop extra zorguitgaven weinig aantoonbare samenhang meer hebben met de gezonde levensverwachting van de bevolking. Zo hebben landen die meer uitgeven aan gezondheidszorg dan Nederland op macroniveau geen betere uitkomsten. Dit is een generalisatie: op microniveau zijn er wel degelijk innovaties die bijdragen aan een hogere gezonde levensverwachting van patiënten. Het laat wel precies de uitdaging zien voor de inkoop: hoe zorgen we er voor dat extra uitgaven tot betere uitkomsten leiden voor de patiënt?

FIGUUR 6

De laatste zorgeuro's leveren steeds minder meerwaarde voor patiënten

Uitgaven gezondheidszorg vs. toename gezonde levensverwachting (HALE) wereldwijd¹

[Data uitgaven: 2014, data HALE: 2015, bij geboorte]



1) Op de y-as is per land de HALE (Healthy life expectancy) weergegeven, hierin is de normale levensverwachting gecorrigeerd naar het aantal jaren in volle gezondheid; per land is de HALE is afgezet tegen het land met de minste jaren in goede levensverwachting (Sierra Leone, 44,4)

2) Na correctie voor koopkrachtpariteit
Bron: WHO, teamanalyse

1.5. Inkoop verdient centrale plaats op de bestuurstafel

Ziekenhuizen in Nederland hebben geen sterke uitgangspositie voor hun nieuwe rol als regisseur van zorg en technologie. Daar zijn diverse redenen voor. Ten eerste opereren ziekenhuizen op een kleine schaal in vergelijking met medische leveranciers die meestal wereldwijd actief zijn. Daarbij hebben ziekenhuizen beperkt geïnvesteerd in de opbouw van een strategische inkoopfunctie, waardoor de focus vooral lag op prijzen en op niet-medische inkoop. Als laatste lopen ziekenhuizen in vergelijking met andere sectoren achter in de ontwikkeling van ICT- en data-analytische vaardigheden. De onderstaande figuur vat de huidige en gewenste situatie samen.

FIGUUR 7

Ziekenhuizen staan nog op achterstand

Huidige situatie

- Bepaalde kennis, vaardigheden en schaal
- Focus op prijzen en op administratie
- Focus op niet-medische inkoop
- Bepaalde investering in band met gebruikers
- Weinig analyse vaardigheden

Gewenste situatie

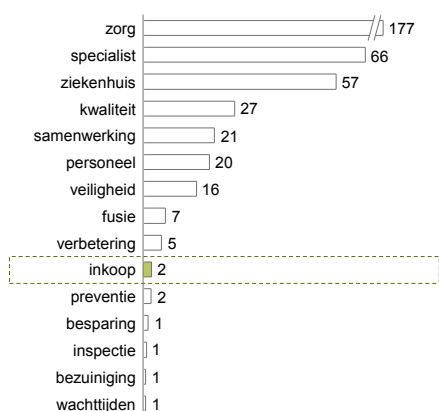
- ▶ Meer talent en inhoudelijke expertise
- ▶ Focus op waarde voor patiënt samen met leveranciers
- ▶ Focus op medische inkoop en ICT
- ▶ Goede relatie met en waardering van gebruikers
- ▶ Goede feitenbasis en intelligente analyses

Omdat ziekenhuizen een kwetsbare uitgangspositie hebben, is meer aandacht nodig voor inkoop. Het moet verschuiven van een wat stoffige taak, die vaak te laag in de organisatie is belegd, naar een topprioriteit met een centrale plaats op de bestuurstafel. Zo kunnen ziekenhuizen de asymmetrie in macht en informatie met leveranciers verkleinen. Figuur 8 illustreert het huidige gebrek aan bestuurlijke en maatschappelijke aandacht voor inkoop, gebaseerd op analyse van het aantal woorden in jaarverslagen en in nieuwsartikelen over gezondheidszorg.

FIGUUR 8

Er is beperkte aandacht voor inkoop in jaarverslagen en in de media

Aantal keren dat woord voorkomt in jaarverslag
[per ziekenhuis, 2015]



Aantal keren dat woord genoemd is in artikelen
over ziekenhuizen [Google News, 2016]



2. Resultaten boeken op inkoop is weerbarstig maar haalbaar

Dit hoofdstuk gaat eerst dieper in op de vraag waarom inkoop zo'n complex, veelkoppig monster is. Dat heeft in onze visie twee oorzaken. Ten eerste hebben leveranciers een zeer goede positie door hun scherpe focus op sales, sterke relatie met gebruikers en diepgaande productkennis (paragraaf 2.1). Ten tweede laten we ons vaak verblinden door de sticker 'medisch', waardoor we ons gezond verstand te weinig aanspreken en het sprookje 'in de zorg is alles anders' doen voortleven (paragraaf 2.2).

De weerbarstige praktijk neemt niet weg dat het haalbaar is om goede inkoopresultaten te boeken. Zo realiseerde een ziekenhuis binnen 12 maanden structureel 18% lagere inkoopkosten zonder op medische kwaliteit voor de patiënt in te boeten. Ook de vergelijking van de inkoopprestatie van Nederlandse ziekenhuizen laat zien dat er forse verschillen zijn en dus mogelijkheden om de prestatie te verbeteren (paragraaf 2.3). Door een topprioriteit te maken van de inkoop kunnen ziekenhuizen en leveranciers samen de stap zetten naar een meer waardegedreven model, gericht op maximale meerwaarde in termen van QALY's per uitgegeven euro (paragraaf 2.4).

2.1. Leveranciers zijn sterk in verkoop, relatie gebruiker en product

De kracht van leveranciers in verkoop is getalsmatig zichtbaar: uit analyse van jaarverslagen blijkt dat er voor elke inkoper bij een ziekenhuis 20 tot 25 verkopers of verkoop-gerelateerde medewerkers in dienst zijn bij de diverse leveranciers. Het gaat hier om zeer diverse functies als verkoopanalist, productspecialist, klinisch specialist of specialist digitale marketing. Daarbij zijn er vaak grote verschillen in beloning tussen inkopers bij ziekenhuizen en verkopers bij leveranciers. Het is niet uitzonderlijk dat een verkoopmedewerker het dubbele verdient van een inkoper. Dat het verschil in beloning gevolgen heeft voor de kwaliteit en effectiviteit spreekt voor zich.

De tweede factor is de sterke focus van leveranciers op de arts of verpleegkundige als gebruiker van het product. Leveranciers bieden aanvullende producten en diensten waarmee ze waarde leveren aan de gebruiker. Denk aan training, patiëntenvoorlichting, ondersteuning op de OK, nieuwe apparaten in bruikleen, advies over de inrichting van het zorgproces, deelname aan vakinhoudelijke congressen en financiering of facilitering van wetenschappelijk onderzoek. Deze diensten hebben uiteraard meerwaarde voor de gebruiker, maar zorgen tegelijkertijd voor minder prijstransparantie (want kosten zijn versleuteld in een totaalprijs) en hogere overstapdrempels (want gebruikers zijn gehecht aan het totale pakket van diensten). Als een arts deze zaken apart geregeld wil krijgen is dat bovendien verre van eenvoudig in het gemiddelde ziekenhuis.

Inkoopafdelingen hebben in de praktijk minder directe aandacht voor de eindgebruiker. Dit komt door de scheve verhouding in het aantal medewerkers. Tegen de tijd dat een inkoper een afspraak

heeft met de arts, is de leverancier vaak al langs geweest. Bovendien zijn inkopers niet altijd 'graag geziene gasten' voor een specialist: wat krijgt je als arts terug voor een scherpe deal? Figuur 9 illustreert de sterke positie van leveranciers bij gebruikers.

Een complicerende factor is dat afspraken over extra diensten vaak plaatsvinden buiten het gezichtsveld van inkoop, management en bestuur. Er bestaat daardoor onduidelijkheid over welke diensten een leverancier precies levert. Soms zijn er mondelinge afspraken tussen een leverancier en een arts die verder niet contractueel zijn vastgelegd. Ook artsen hebben het overzicht aan afspraken niet altijd panklaar beschikbaar. Gebruikers staan hier overigens vaak welwillend in; in de praktijk vraagt inkoop lang niet altijd naar transparantie over dit soort afspraken.

FIGUUR 9

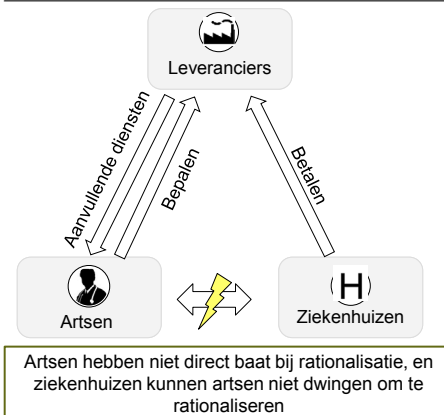
Positie leveranciers gebaseerd op diensten aan en relatie met gebruikers

Leveranciers leveren allerlei extra zaken die het leven van artsen makkelijker maken...

ILLUSTRATIE HEUPIMPLANTATEN



... waardoor zij deze leveranciers prefereren



De derde factor is de kennisvoorsprong van leveranciers door hun schaal. De gemiddelde omzet van de 25 grootste leveranciers van medische producten ligt boven de EUR 20 miljard, terwijl het grootste ziekenhuis in Nederland ongeveer EUR 450 miljoen inkoopkosten maakt. Waar een leverancier bijvoorbeeld een team heeft met productspecialisten die alles over pacemakers weten, heeft een inkoper van een enkel ziekenhuis slechts enkele dagen om zich in deze producten en markten te verdiepen. Voor een kleinere productgroep, zoals biopsienaalden, heeft een inkoper soms maar een dag om informatie te vergaren.

De verkoopmedewerkers van leveranciers weten niet alleen veel van het product zelf maar beschikken ook over een arsenaal aan verkooptactieken. Het creëren van mist rondom de prijs maakt hier onderdeel van uit, waardoor inkopers moeilijker betrouwbare prijsvergelijkingen kunnen

maken. Zo zijn er vaak heel erg veel verschillende artikelnummers voor ongeveer –of zelfs helemaal– dezelfde producten, die bovendien nog eens frequent wijzigen. Dit maakt een prijsvergelijking uitermate lastig. In figuur 10 zijn enkele andere voorbeelden weergegeven.

FIGUUR 10

Leveranciers beschikken over een arsenaal aan verkooptactieken

Bundelen van producten	Door producten afhankelijk van elkaar te maken, maken fabrikanten het gebruik van alternatieven lastig. Bijvoorbeeld: de heup van merk X werkt alleen met de bijpassende schroeven en instrumenten van dat merk
Creëren van intransparantie	Fabrikanten komen vaak met nieuwe artikelcodes, combinaties van producten of complexe kortingstructuren. Het verkrijgen van complete en goede informatie is soms lastig. Dit maakt het voor inkopers moeilijk om offertes te beoordelen
Hanteren van regionale prijsbandbreedtes	Fabrikanten stellen prijsbandbreedtes vast per regio. Bijvoorbeeld: een vertegenwoordiger mag apparaat X in Nederland niet verkopen onder de EUR 500, maar wel in India voor EUR 300
Blokkeren van parallelimport	Vaak hebben medische artikelen batchnummers. Zo kan de fabrikant achterhalen welke stromen van parallelimport er zijn en ingrijpen (bijvoorbeeld door de afdeling in India te verbieden aan Europese klanten te verkopen)
Technisch onmogelijk maken van hergebruik	Een hartstabilisator – gebruikt bij hartchirurgie – is in Nederland geregistreerd voor enkelvoudig gebruik. In India is dat niet het geval, en gebruiken artsen het apparaat zonder problemen jarenlang. Dit komt ook voor bij mechanische hechtapparatuur.
Maken van pakketten op maat	Leveranciers maken pakketten op maat voor een ziekenhuis of arts, bijvoorbeeld bij hechtmateriaal of chirurgische trays. Dit kan erg handig zijn, maar maakt het ook erg lastig om weer te wisselen en verslechtert de onderhandelpositie van ziekenhuizen

2.2. We laten ons verblinden door de sticker ‘medisch’

Om meer waarde te halen uit de samenwerking met leveranciers is een omslag in denken nodig. Terwijl veel mensen geloven in het mantra 'hoge kwaliteit tegen de laagste prijs' van de Lidl, lijkt deze kritische blik als sneeuw voor de zon te verdwijnen als het om gezondheidszorg gaat. De gemiddelde zorgconsument gaat eerst met de hand op de knip naar de Action en betaalt daarna de hoofdprijs voor een gehoorapparaat. Hetzelfde geldt voor ziekenhuizen: men gaat over het algemeen voor het A-product van het A-merk, terwijl een goedkopere variant vaak prima zou volstaan.

Neem de Implanterbare Cardioverter Defibrillator, afgekort als ICD. Dit apparaat kan de patiënt een levensreddende schok geven bij een hartstilstand. Een ziekenhuis betaalt ongeveer EUR 10.000 voor een ICD. Maar wat zouden de productiekosten zijn? Een benadering is om de techniek te vergelijken met andere producten buiten de medische sector. Een ICD bestaat uit een accu, een sensor, diverse chips die de inputs van de sensor analyseren en een pulsegever. En dat alles in een kostbare titanium behuizing. Een iPhone is technisch geavanceerder dan een ICD en kost ongeveer EUR 250 om te produceren. Al is de schaal van productie voor een ICD kleiner, het is moeilijk voor te stellen dat de productiekosten van een ICD boven de EUR 1.000 liggen. Dat is een factor 10 onder de prijs die de ziekenhuizen betalen. Figuur 11 geeft meer voorbeelden van producten in de zorg die vergelijkbaar zijn met consumentenproducten, maar toch 4 tot 10 keer zo duur zijn.

FIGUUR 11

Grote prijsverschillen tussen medische en vergelijkbare andere producten

Prijs medische producten			Prijsverschil	Prijs vergelijkbare andere producten		
	Tillift	EUR 4.000	10 x 5 x 7 x 4 x 4 x		Industrieel tilapparaat	EUR 400
	Medische TV	EUR 1000			Normale TV	EUR 200
	Medisch toetsenbord	EUR 180			Normaal toetsenbord	EUR 25
	Medische lamp	EUR 430			Prof. werk lamp	EUR 129
	Implantaat schroef	EUR 30			Titanium schroef 50mm	EUR 7,50

Hiermee is niet gezegd dat medische producten nooit meer mogen kosten. Daar kunnen goede redenen voor zijn, zoals waardevolle extra diensten die zijn inbegrepen in de prijs van het product of een hoger betrouwbaarheidsniveau. Wel is het nodig om het gezond verstand te gebruiken en de vraag te stellen waarom iets een bepaalde prijs heeft en of het ook anders kan. Dat het anders kan laten de volgende voorbeelden zien.

Kader 2: Het kan ook anders: een kritische blik van Tesla en Narayana health

Elon Musk is de oprichter van ruimtevaartbedrijf SpaceX en de elektrische autofabrikant Tesla. Zijn succes laat zien dat ook in complexe industrieën dingen radicaal anders kunnen. Voor SpaceX heeft Musk alle onderdelen van een raket zoals traditioneel geassembleerd door de NASA ontleed en per onderdeel praktisch nagedacht wat een redelijke kostprijs is gezien de gebruikte materialen en complexiteit van het productieproces. Door deze tear down aanpak kwam hij met zijn collega's tot verrassende keuzes. Zo heeft SpaceX de speciaal voor de ruimtevaart gespecificeerde beeldschermen vervangen door beeldschermen uit de consumentenmarkt die ook prima voldoen, tegen een factor tien lagere kosten. Ook was er een onderdeel van een raket dat 120.000 dollar kostte. Musk vond de gelijkenis met een garagedeur treffend en zette een ingenieur aan het werk. Het resultaat was dezelfde functionaliteit voor 3.000 dollar. Een ander voorbeeld was een ruimteradio die door een leverancier voor EUR 10 mln werd aangeboden. Het team van Musk kwam met een alternatief voor 10.000 dollar. Deze voorbeelden laten zien dat niets onmogelijk is, zeker in een omgeving met schaarse financiële middelen en de uitdaging om als bedrijf met overheden te concurreren.

Neem het NH Hospital, het grootste hartcentrum ter wereld in Bangalore, India. Hun streven is om iedereen, ongeacht financiële middelen, te behandelen. NH is kritisch op inkoopkosten. Zo ook op de prijs van hechtmateriaal, waarvan veel nodig is bij openhartoperaties. NH betaalde het equivalent van EUR 5 voor een hechtdraad en vond dat veel voor een naald en een draad die aan elkaar bevestigd zijn. NH is op zoek gegaan naar leveranciers van die onderdelen en heeft een dochteronderneming opgezet die deze onderdelen assembleert en steriel levert in handige standaardkits per operatie. De kwaliteit is beter dan de originele hechtdraden en de prijs ligt maar liefst 80% lager. NH heeft een vergelijkbare aanpak gekozen met hartlongmachines: zij laten zelf de perfusiekiten maken. Schaarste, ondernemerschap en gezond verstand speelden een grote rol om kansen te zien en resultaten te boeken.

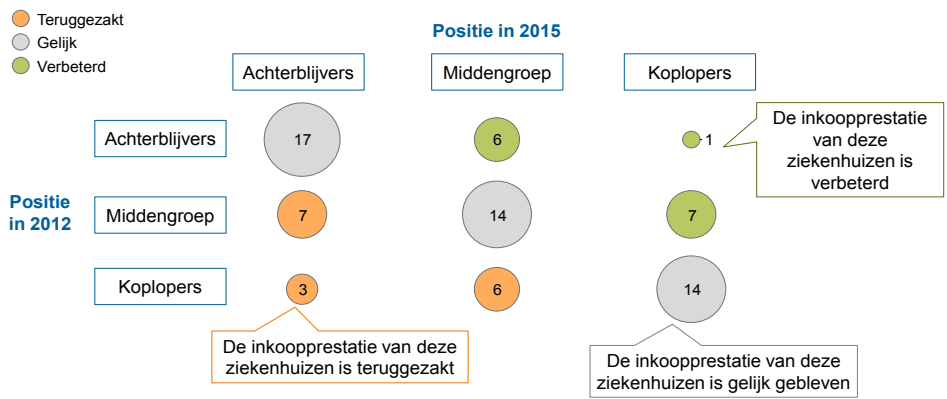
2.3. Sommige ziekenhuizen hebben sterke inkoopresultaten geboekt

De vergelijking van inkoopprestaties tussen ziekenhuizen toont aan dat op korte termijn verbetering van resultaat mogelijk is. Zo hebben 14 ziekenhuizen (20% van het totaal) hun inkoopprestatie in drie jaar tijd fors verbeterd. Tegelijkertijd heeft 55% van de ziekenhuizen in 2015 nog dezelfde relatieve inkoopprestatie als in 2012, terwijl 25% in prestatie is teruggezaakt (figuur 12).

FIGUUR 12

groep van 14 ziekenhuizen heeft relatieve inkoopprestatie verbeterd

Verandering in inkooppositie
[aantal ziekenhuizen, 2012 - 2015]



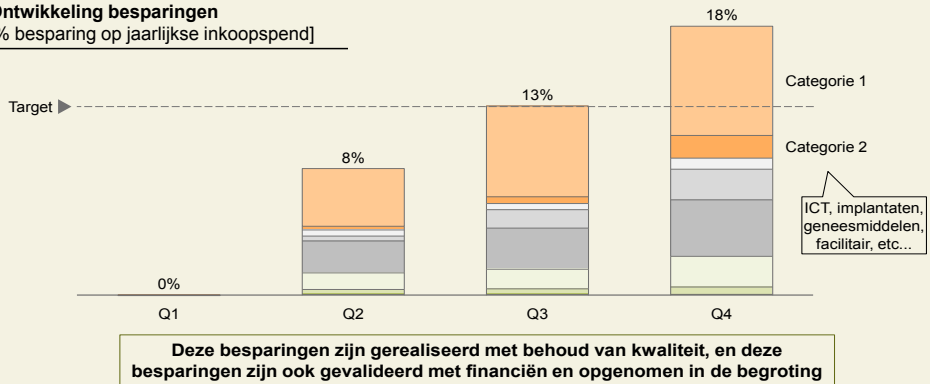
Kader 3: Succesvolle verlaging inkoopkosten Ziekenhuis Amstelland

Een factor 5 tot 10x rendement op investeringen in de inkoopfunctie zijn mogelijk. Zo is een ziekenhuis erin geslaagd om de inkoopkosten binnen 12 maanden structureel met 18% terug te brengen (figuur 13). Deze besparingen zijn gerealiseerd met behoud van kwaliteit. Voor dit resultaat was een grote versnelling nodig in de werkwijze en een kwaliteitsimpuls van de afdeling.

FIGUUR 13

Ziekenhuis Amstelland bespaart in één jaar meer dan 10% op inkoop

Ontwikkeling besparingen
[% besparing op jaarlijkse inkoopspend]



Anja Hoeksma, manager inkoop bij Ziekenhuis Amstelland en BovenIJ Ziekenhuis, geeft in een interview haar kijk op deze verbetering:

Wat vind jij het moeilijkste aan inkopen bij ziekenhuizen?

"De grootste uitdaging is om verschillende stakeholders op één lijn te krijgen. Daarbij is het in vergelijking met andere sectoren uniek dat degene die meestal werken met de producten de artsen zijn. Zij zijn hoog opgeleid, weten wat ze willen, maar zijn vaak onderdeel van een maatschap en zijn dus niet budgetverantwoordelijk. Anders gezegd: ze bepalen wel maar betalen niet. Er is daardoor vrijwel geen prikkel om zuiniger te doen of genoeg te nemen met een "middenklasser"."

Wat zou je aan inkopers mee willen geven?

"Vraag zoveel mogelijk door. De valkuil van inkopers is dat we vanuit ons standpunt de casus benaderen (reductie leveranciers, reductie kosten etc.) en vertellen waarom we dit zouden moeten doen. Artsen zijn daar niet direct gevoelig voor. Het helpt als je je verdiept en doorvraagt waarom ze specifiek bij dat artikel willen blijven. Ga bijvoorbeeld eens meekijken in het primaire proces. Dat verheldert veel, geeft grip en vaak is er een oplossing die voor zowel de gebruikers als de inkopers goed is."

Wat zou je als tip aan bestuurders en andere inkoopmanagers mee willen geven?

"Om effectief te kunnen zijn, is het belangrijk om een plek in de organisatie hebben waar inkoop er toe doet en gehoord kan worden. Daarmee is het mogelijk om ook grotere strategische contracten op te pakken, waar vaak veel geld zit. Het gebeurt bijvoorbeeld vaak dat de RvB grote dienstverleningscontracten met andere ziekenhuizen (zoals voor labdiagnostiek) afsluit en dat deze buiten het zicht van inkoop vallen. Juist op dat soort contracten kan inkoop veel invloed hebben."

Wat zou je aan leveranciers willen vragen?

"Winst is prima, maar maximaliseren van de winst ten koste van de zorggelden in de samenleving begint een ethisch hellend vlak te worden. Vereenvoudig en standaardiseer je verkoopstrategie. Ik zie liever transparant lage prijzen per product in plaats van prijzen die afhankelijk zijn van de volhardendheid van de inkoper. Wij horen elke keer weer dat wij toch echt de beste prijs hebben, om vervolgens nog een keer 20% korting te krijgen. Soms zijn er voor ICT-programma's contracten van 40 pagina's, waarvoor je bijna een PhD nodig hebt om ze te kunnen doorgronden. Als we dit onderhandelsspel versimpelen, is het ook mogelijk om de kosten van het verkoopapparaat te verlagen. Als ik zou willen kan ik elke dag, de gehele dag vullen met (kennismakings-)gesprekken met leveranciers, die graag een keer willen langskomen. Daar heb ik geen tijd voor en het kost te veel koffie. Ik heb liever een goed geïnformeerde binnendienst, die mij verder kan helpen met de beantwoording van vragen over producten of een snelle heldere offerte."

2.4. Gezamenlijke beweging nodig naar focus op patiëntwaarde

Op lange termijn kunnen ziekenhuizen en leveranciers meer waarde toevoegen voor patiënten. Dit vergt een verschuiving van de focus op bestaande producten en diensten naar nieuwe, geïntegreerde diensten. In de box hieronder zijn enkele voorbeelden beschreven van initiatieven die de waarde voor ziekenhuizen en patiënten vergroten door het verlagen van de totale kosten of verhogen van kwaliteit.

Kader 4: Twee voorbeelden van focus op patiëntwaarde

Praktijkvoorbeeld 1 – Mediq Medeco

Deze leverancier van medische disposables ondersteunt ziekenhuizen met hun bewezen PROcure programma. Met deze methodiek kunnen ziekenhuizen 10 tot 15% besparen op de directe inkoopkosten. Daarnaast wordt ook bespaard op secundaire kosten. Dit doen zij door het huidige assortiment disposables te rationaliseren en standaardiseren door het inzetten van eigen merken of andere varianten van partner leveranciers, waarbij kwaliteit en functionaliteit behouden blijft. Hiermee ontstaat één leverancier voor disposables, duidelijkheid in het assortiment en geprotocolleerd werken. Mediq Medeco ondersteunt dit traject door educatie en scholing.

Praktijkvoorbeeld 2 – BSN medical

Deze leverancier van verbandmiddelen heeft een benchmark en QuickScan methodiek ontwikkeld om een assortimentsanalyse met bijbehorend werkproces en bijbehorende kosten binnen het ziekenhuis in kaart te brengen. BSN levert op basis van deze analyse adviezen aan in de vorm van een verbeterplan om de voorraad, productkeuze en werkwijze te optimaliseren. Inhoudelijk deskundigen van BSN ondersteunen de zorgafdelingen met de implementatie van het verbeterplan. Hierdoor gaan de ketenkosten omlaag en de kwaliteit van zorg omhoog. Vaak zijn er namelijk meerdere producten voor hetzelfde indicatiegebied in omloop en zijn er ook meerdere 'niveaus' van eenzelfde verband aanwezig, waarbij verpleegkundigen uit gemak de duurste pakken.

Een gebruikte maat voor medische waarde is de bijdrage per euro aan kwaliteits-gecorrigeerde levensjaren, QALY's. Deze maat is gestandaardiseerd over verschillende ziektebeelden heen maar is lang niet altijd voor elke behandeling beschikbaar. Die standaardisatie van de term kwaliteit over behandelingen is belangrijk om kwaliteit te kunnen relateren aan kosten en kwaliteit 'op te kunnen tellen'.

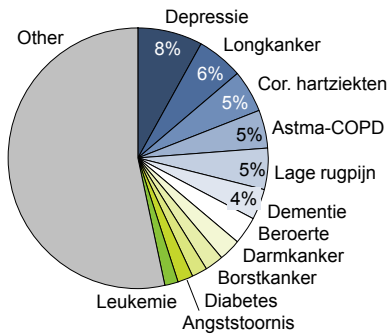
Het potentieel is groot, zowel aan de uitkomsten- als aan de kostenkant. Op basis van de huidige gezonde levensjaren van patiënten is er per inwoner nog 20 jaar aan gezonde levensjaren te winnen. Voor sommige ziektebeelden, zoals dementie en longkanker, is de ziektelast toegenomen (zie figuur 14). Daarnaast maken ziekenhuizen veel personeelskosten, terwijl personeel steeds schaarser is. Het potentieel van medische technologie om inzet van personeel te ondersteunen en zelfs vervangen, is enorm.

FIGUUR 14

Er is groot potentieel om de waarde van inkoop te vergroten

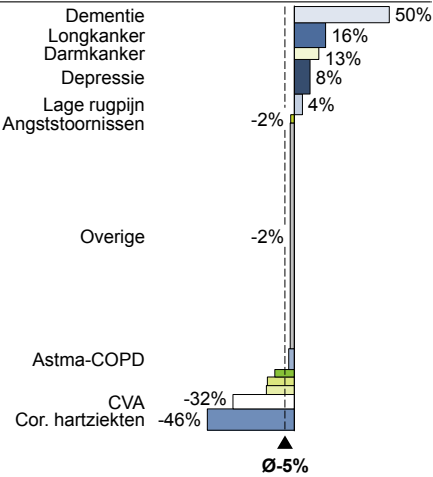
Verdeling van ziektelast in Nederland
[% , 2012]

Totaal nog 20 gezonde levensjaren te winnen per Nederlander



Bron: Gupta Strategists, Global Burden of Disease by WHO

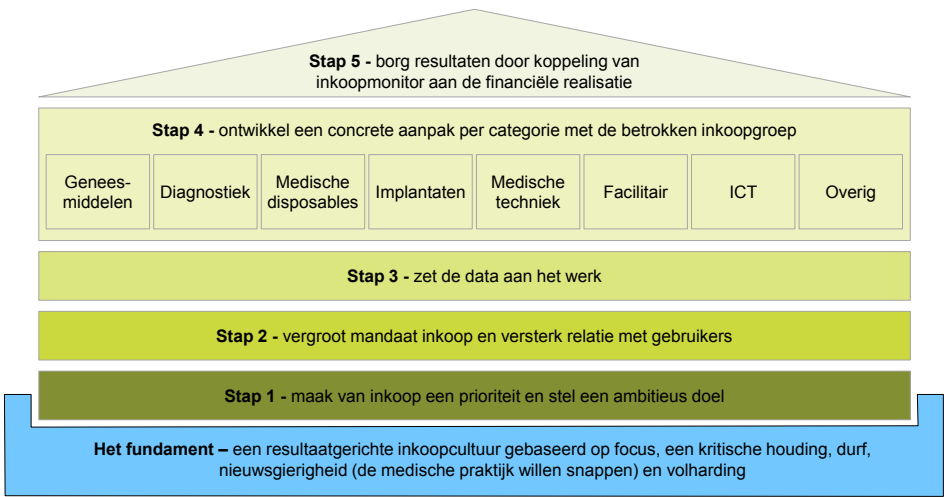
Verandering ziektelast
[% , 2000 – 2012; hoogte geeft aantal DALY's in 2012 weer]



3. Een praktische route naar inkoopresultaat op korte termijn

Dit hoofdstuk bevat praktische handvatten om op korte termijn goede inkoopresultaten te boeken. Het fundament voor succes is de opbouw van een resultaatgerichte inkoopcultuur (paragraaf 3.1). Vervolgens is stap 1 om van inkoop een bestuurlijke prioriteit te maken met een bijpassende ambitieuze doelstelling (paragraaf 3.2). Stap 2 is om de organisatie zo in te richten dat inkoop een sterk mandaat heeft en nauw samenwerkt met betrokken artsen en andere gebruikers (paragraaf 3.3). Dit kan door de inrichting van acht inkoopgroepen⁷ die direct aan de Raad van Bestuur rapporteren. De derde stap is om de data aan het werk te zetten door de opbouw van analytische vaardigheden, zodat er veel meer transparantie ontstaat in prijzen en volumes (paragraaf 3.4). Stap 4 is de ontwikkeling van een actieplan per inkoopgroep (paragraaf 3.5). De vijfde en laatste stap is monitoring van impact en resultaten, door verbinding van de verwachte inkoopresultaten aan de werkelijke impact 'in de boeken' (paragraaf 3.6). Figuur 15 vat het inkoophuis samen.

FIGUUR 15
Resultaat op inkoop door de bouw van een stevig inkoophuis



⁷ Conform de indeling van figuur 2: geneesmiddelen, diagnostiek, disposables, implantaten, medische techniek, facilitair, ICT en overige inkoopkosten

3.1. Het fundament voor succes is een resultaatgerichte inkoopcultuur

Het inkoophuis kan niet zonder een stevig fundament. Waar de vijf stappen van het inkoophuis een soort recept zijn die tot resultaat moeten leiden, gaat het fundament juist om de vorming van een resultaatgerichte cultuur en grondhouding. Deze cultuur is natuurlijk niet een kwestie van 'de knop omzetten', maar van stap voor stap ontwikkelen. Kernbegrippen voor een succesvolle inkoopcultuur zijn in onze ervaring focus, een kritische grondhouding, durf, nieuwsgierigheid (de medische praktijk willen snappen!) en volharding. Juist deze punten maken het verschil tussen succes en falen.

3.2. Stap 1 – maak van inkoop een prioriteit en stel een ambitieus doel

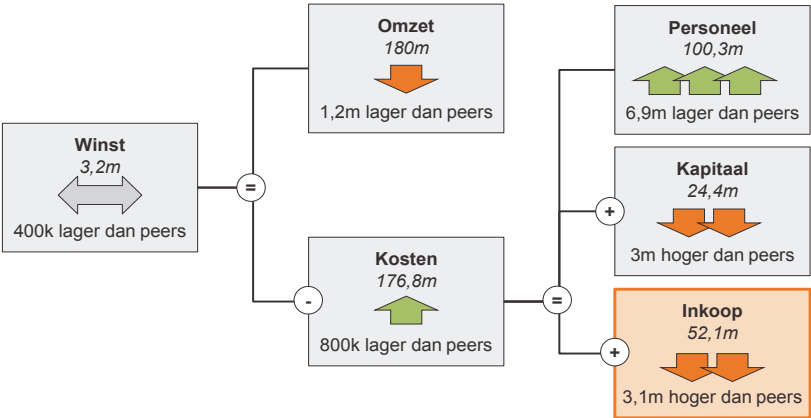
De eerste stap is om inkoop veel hoger op de strategische agenda van het ziekenhuis te zetten. Dit betekent allereerst dat het ziekenhuis op basis van de startpositie een ambitieuze doelstelling formuleert die is opgenomen in de begroting van de betreffende afdelingen. Het stellen van doelen is een randvoorwaarde, omdat dit bijdraagt aan momentum en draagvlak om aan de slag te gaan. Naast doelen in termen van besparingen zijn doelen op kwaliteit en bijvoorbeeld het aantal leveranciers belangrijk.

Een benchmark van de inkoopprestatie per categorie ten opzichte van andere ziekenhuizen (zie figuur 16) is een gedegen basis voor het stellen van doelen. Naast dit totaaloverzicht op basis van jaarverslagen en kostensoorten zijn verdiepingen op meerdere niveaus mogelijk, bijvoorbeeld op ingrepen of artikelen. Het verbeterpotentieel per inkoopcategorie is een objectieve basis om de doelstelling per afdeling te bepalen. Natuurlijk heeft de benchmark niet de ultieme waarheid in pacht en geeft het ook niet aan hoe de verbetering mogelijk is. Wel geeft het focus en dragen targets in de begroting significant bij aan de succeskans.

FIGUUR 16

Benchmarks op totale kosten, omzet en specifieke inkoopcategorieën

Verklaring financiële prestatie ziekenhuis – deze is beschikbaar voor elke ziekenhuis
[EUR mln, genormaliseerd voor productie (patiënteenheden)]



Toelichting inkoopbenchmark

- Representatieve steekproef van ziekenhuizen op basis van inkoopkosten per inkoopcategorie
- Benchmark volledig op kostensoorten, dus geen vergelijking van artikelprijzen. Afwijkingen kunnen dus ook zitten in hoge volumes of dure productmix
- Per inkoopgroep is selectie gemaakt van vergelijkbare ziekenhuizen, bv. cardiologie implantaten zijn alleen hartziekenhuizen

Potentie en inkoopkosten per inkoopgroep
[Potentieel en kosten, EUR mln]

ICT	7,0	Totaal: 15% besparing op EUR 160 mln inkoopkosten
Medische Disposables	5,6	
Geneesmiddelen	4,3	
Implantaten	2,3	
Medische Technologie	2,2	
Facilitair	1,6	
Diagnostiek	0,8	
Overig	2,0	

3.3. Stap 2 – vergroot mandaat inkoop en versterk relatie met gebruikers

Inkoop heeft een stevig mandaat nodig én nauwe samenwerking met de betrokken artsen en andere gebruikers. Dit kan door het vormen van inkoopgroepen per categorie die rapporteren aan een vaste stuurgroep inkoop. De stuurgroep bestaat uit (een lid van) de RvB, een actieve specialist (bijvoorbeeld de stafvoorzitter), een ervaren zorgmanager (bijvoorbeeld van de OK), de directeur financiën en het hoofd inkoop.

Binnen een inkoopgroep werkt de afdeling inkoop nauw samen met financiën, de budgethouder en de betrokken specialisten en verpleegkundigen om verbeterpotentieel op te sporen en samen een passend inkoopproces in te richten. Organisatie rondom een categorie is een praktische manier om met stevig en afdelings-overstijgend mandaat aan de slag te gaan en breed te kijken naar wat beter kan. Directe samenwerking tussen inkoop en gebruikers gedurende het totale inkoopproces – tot de onderhandeling aan toe – is cruciaal voor succes.

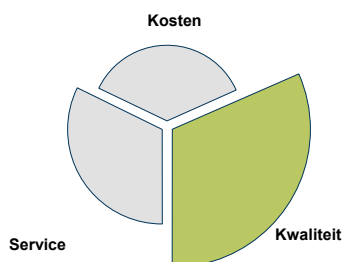
De eerste stap voor een inkoopgroep is om per productcategorie een praktisch toepasbare visie te formuleren op de driehoek kosten, service en kwaliteit. Vaak kennen gebruikers de meeste waarde

toe aan de kwaliteit, terwijl inkopers meer gewicht geven aan de prijs (figuur 17). Het samen in evenwicht brengen van deze driehoek is het startpunt voor het behalen van resultaten. Het is hiervoor van belang dat gebruikers en inkopers zich inleven in elkaars belangen en belevingswereld.

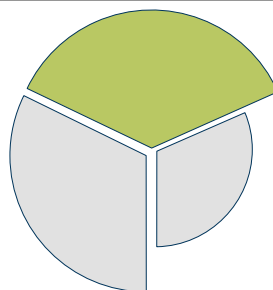
FIGUUR 17

Samen evenwicht vinden in driehoek kosten, service en kwaliteit

Belevingswereld gebruikers



Belevingswereld inkopers



Het is nodig om per productgroep een gezamenlijke keuze te maken over de focus van inkoop en gebruikers: draait het om kosten of om kwaliteit of dienstverlening? Dit is nodig om voorafgaand aan elk inkooptraject te doen, om elkaars verwachtingen te kennen en blokkades achteraf te voorkomen

Bij het brengen van gewenst evenwicht in deze driehoek is wederzijdse nieuwsgierigheid van belang. Omdat de belevingswerelden zo anders zijn, is het belangrijk dat een gebruikers en inkopers de (gedeelde) belangen proberen te begrijpen. Inkopers kunnen bijvoorbeeld eens een middag op de OK staan, zodat zij met eigen ogen kunt zien wat er precies gebeurt en speelt. Zo is de positie van artsen veel beter te begrijpen.

Naast nieuwsgierigheid is het ook belangrijk om het mandaat in te zetten om voor de beste uitkomsten voor het ziekenhuis te gaan in plaats voor de eigen afdeling. Het vergt durf om hier succesvol in te zijn. Twee illustratie uit de praktijk:

- Een ICT afdeling maakt hoge kosten voor back-ups, omdat die het niet op haar geweten wil hebben dat er iets mis gaat. Bij nadere inspectie bleek de back-up overbodig, omdat de gegevens al via een andere back-up werden opgeslagen.
- Leveranciers van een diagnostische camera bieden soms verzekeringen als onderdeel van hun pakket. Stel dat een nieuw onderdeel EUR 40.000 kost. En dat het onderdeel 10 jaar meegaat. Dan zijn de verwachte kosten per jaar EUR 4.000. Stel dat de leverancier een verzekering biedt voor EUR 10.000 per jaar. Een rationeel denkende ondernemer met de draagkracht om dit zelf te betalen, zou die verzekering nooit afsluiten. Toch zien wij in de praktijk dat ziekenhuizen dit soort verzekeringen afsluiten, omdat men er niet op vertrouwt dat een investeringsaanvraag voor een nieuwe camera er door zou komen.

Voorzichtigheid is natuurlijk geboden, maar deze voorbeelden laten wel zien dat het belangrijk is om risico's en kosten bewust af te wegen en verder te kijken dan de grenzen van de eigen afdeling.

Omdat acties op inkoop ook 'pijn' kunnen doen, is het belangrijk om de steun voor scherp inkopen te hebben van de medische staf. Een positieve prikkel kan bijdragen aan de betrokkenheid, bijvoorbeeld door een deel van de besparingen te investeren in innovaties waar medisch specialisten aanspraak op kunnen maken. Maar ook zonder deze prikkel helpt het om volhardend te zijn. Maar als je eenmaal samen de moeilijke afweging hebt gemaakt zoals een switch van leveranciers voor heupen, durf dan ook om de artsen aan te spreken op deze afspraak, bijvoorbeeld als een deel van de artsen toch blijft werken met het oude merk heup.

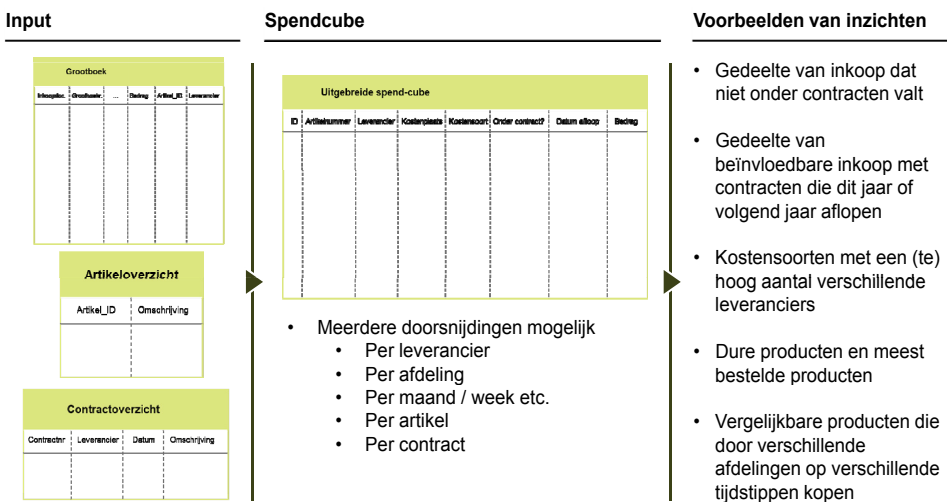
3.4. Stap 3 – zet de data aan het werk

Inkoop kan zich sneller ontwikkelen door veel meer te investeren in ontsluiting en analyse van relevante data. Daarom is stap 3 om analytische vaardigheden binnen het inkoopteam op te bouwen, eventueel ondersteund door analisten van financiën of applicatiebeheerders. De twee prioriteiten zijn (1) ontwikkeling van een spendcube, die inzicht geeft in de opbouw van de kosten per categorie en leverancier en (2) meer inzicht in de leveranciersmarkt, waaronder begrip van de kostenstructuur, ofwel: waar betaal je als ziekenhuis voor?

De *spendcube* is opgebouwd uit factuurregels, aantallen en kosten per leverancier, grootboek en kostenplaats (zie figuur 18). Daarnaast is een koppeling nodig met het contractenoverzicht. Idealiter zitten de velden zoals weergegeven in figuur 18 in dit overzicht. De praktijk is weerbarstig, omdat niet alle inkooppakketten en financiële software het mogelijk maken om dit overzicht er zo uit te halen. Soms kost het zelfs maanden werk om een dergelijk overzicht te bouwen vanuit verschillende tabellen. Echter, ook een minder dan ideale versie van de *spendcube* is nuttig.

FIGUUR 18

De *spendcube* geeft vanuit diverse bronnen inzicht in de inkoopprestatie



Met de *spendcube* kun je bijvoorbeeld berekenen welk percentage van de inkoop werkelijk door de handen van de inkoopafdeling gaat. Hier liggen kansen omdat dit percentage vaak veel lager ligt dan gedacht. Verder helpt de *spendcube* om een inkoopkalender op te stellen zodat meer focus op de juiste aandachtsgebieden ontstaat. Zo is het te voorkomen dat er maanden werk gaan zitten in trajecten waar enkele duizenden euro's potentieel zit, terwijl ergens anders tonnen te halen zijn. Daarnaast stelt de *spendcube* het inkoopteam in staat om de ontwikkeling van de kosten per inkoopcategorie te volgen. Uit een diepere analyse kan bijvoorbeeld blijken dat prijzen dalen, maar dat deze meer dan teniet wordt gedaan door een duurder productmix. Met de *spendcube* kan je ook de totale uitgaven per leverancier in beeld brengen voor heronderhandeling van het totale contract. Daarnaast kan je het aantal leveranciers over alle afdelingen heen per artikelgroep op een rij zetten en zo bepalen of keuze voor minder leveranciers een interessante optie is. Ook is monitoring van de compliance belangrijk: voor welke artikelen zijn contractprijzen vastgelegd en welk percentage bestellen gebruikers buiten een contract om? Bovendien bevat de *spendcube* alle extra diensten die een leverancier levert, maar niet in rekening brengt. Zo maakt de inkoopafdeling stap voor stap alle informatie transparant die nodig is om prijzen en kosten betrouwbaar te monitoren en te vergelijken met andere ziekenhuizen.

De *spendcube* legt de basis voor het in control komen op inkoopkosten. Voor quick wins biedt dit veel houvast. Om uiteindelijk echt een goed onderhandelingsresultaat te krijgen zijn aanvullingen nodig. Het werkt goed om met kleine teams per inkoopgroep in korte sprints aanvullende inzichten op te leveren. Daarbij is het nuttig om met volharding verder te kijken dan de traditionele databronnen. Soms helpt het bijvoorbeeld om de kostenstructuur van de leveranciers te snappen, bijvoorbeeld door analyse van jaarverslagen. Als bijvoorbeeld blijkt dat de kostprijs slechts een fractie van de verkoopprijs is bij vergelijkbare producten, dan geeft dat een indicatie van de ruimte voor prijsverlaging. Ook bij producten of diensten waar het ziekenhuis niet kan kiezen helpt kostentransparantie. Als uit analyse blijkt dat de leverancier 25% transactiekosten maakt, kan het ziekenhuis afspraken maken met de leverancier om deze samen terug te dringen. Bijvoorbeeld door het handhaven van protocollen voor inzet van een specifiek merk of optimaliseren van het leveringsproces. Een ander voorbeeld is een innovatieve manier om de prijs van verbandmiddelen te objectiveren. Het is mogelijk om de prijzen van verbanden te modelleren op basis van objectieve productkenmerken zoals oppervlakte, dikte en type materiaal. Dit kan op basis van een landelijke prijslijst van extramurale hulpmiddelen. Met dat model is een voorspelde prijs van een verband te berekenen. Vervolgens kan inkoop met leveranciers in gesprek over afwijkingen ten opzichte van de voorspelde prijs.

Wat geldt voor de kostprijs geldt ook voor de meerwaarde van producten. Door relevante (uitkomst) informatie te verzamelen, ontstaat een gefundeerd beeld van wat de waarde is van een specifiek product ten opzichte van andere producten. Deze informatie geeft de kaders voor uitwisselbaarheid en daarmee de inkoopkracht van het ziekenhuis. Ook legt het de basis om prestatie- of *shared savings*-contracten met leveranciers te sluiten. Bijvoorbeeld als een nieuwe disposable claimt 20 minuten OK-tijd te besparen. Gegeven dat de marginale kosten in een ziekenhuis ongeveer EUR 10 per OK-minuut zijn, heeft het ziekenhuis maximaal EUR 200 om extra uit te geven aan deze disposable, als de leverancier zich hard wil committeren aan het voordeel in de OK.

3.5. Stap 4 – ontwikkel een concrete aanpak op maat per categorie

De volgende stap is de ontwikkeling van een aanpak voor elk van de acht inkoopcategorieën. De inkoopgroepen per categorie hebben het mandaat om op alle drijvers van waarde te sturen: van de prijs tot het volume, de productmix en de ervaren kwaliteit bij gebruikers en patiënten. Zo kunnen inkoopgroepen afhankelijk van de uitgangspositie hun focus bepalen. Wij zien vijf typische aandachtsgebieden:

1. Gezamenlijk ontwikkelen inkoop tactiek en uitvoeren onderhandelingen: selecteren van speerpunt dossiers die gebruikers en inkopers samen voorbereiden en uitvoeren. De te verkennen opties zijn daarbij breed, dus parallelimport en uitbesteden zijn ook mogelijk
2. Schrappen diensten en producten die weinig waarde toevoegen: samen met een stofkam door alle uitgaven gaan om te beoordelen of facturen onterecht hoog zijn of zaken zuiniger kunnen
3. Inzetten op doelmatig gebruik: standaardiseren assortiment (niet onnodig, veel variatie), leren over optimaal gebruik tussen afdelingen, verminderen verbruik, etc. Hieronder is in een apart kader een aantal voorbeelden toegelicht
4. Verhogen kostenbewustzijn: inzicht geven in artikel prijzen in voorraadkasten, terugkoppelen van gemaakte kosten tussen afdelingen, etc.
5. Betrekken leveranciers om meer toegevoegde waarde te leveren: leverancier inzetten om extra's te leveren tegen huidige condities, zoals advies over assortiment, diensten die bijdragen aan efficiëntie van het werkproces, levering in consignatie, etc.

De afdeling inkoop heeft als rol om het proces aan te jagen en een feitenbasis te ontwikkelen per inkoopgroep op basis van de generieke spendcube en selectieve aanvullende analyses. De procesrol gaat bijvoorbeeld over het bij elkaar brengen van betrokkenen, de planning van periodiek overleg, het inhoudelijk meedenken op de diverse inkoopdossiers en het bijhouden van de gerealiseerde inkoopresultaten met financiën.

Kader 5: Verzilver kansen in betere sturing op verbruik en productmix

Inkoop is traditioneel gericht op het verlagen van prijzen, terwijl ook volume en productkeuze heel belangrijk zijn. De eindverantwoordelijkheid voor de kosten ligt bij budgethouders, maar inkoop kan samen met financiën zeker een rol spelen om het verbruik te rationaliseren. Hieronder voorbeelden van monitors die bijdragen aan transparantie en een lerend proces met gebruikers.

- 1 **De verbruiksmonitor OK** geeft per arts en per operatie een overzicht van hoe veel en welk materiaal is gebruikt, wat dat kost en hoe het verbruik verschilt tussen artsen. Periodieke bespreking geeft inzicht in verbetermogelijkheden.

- 2 **De verbruiksmonitor medische disposables** laat per de maandelijkse uitgaven zien en vergelijkt deze met andere afdelingen. Ook overzichten van de top 10 artikelen met de hoogste kosten zijn waardevol. Periodieke bespreking verhoogt het kostenbewustzijn en leidt tot verbeterideeën, zoals het verkleinen van het assortiment, het veranderen van de standaard productkeuze of minder verbruik voor bepaalde behandelingen of diagnoses.
- 3 **De verbruiksmonitor geneesmiddelen** geeft per geneesmiddel inzicht in de marge en het verschil tussen gedeclareerde en ingekochte volumes. Daarnaast maakt deze monitor het voorschrijfgedrag van artsen transparant, uitgesplitst naar het relatieve aantal patiënten, de duur van de therapie en de dosering. Dit draagt bij aan rationeel voorschrijven en prijsonderhandelingen met leveranciers.

De focus per inkoopgroep is maatwerk. Sommige producten kennen (bijna) geen alternatief, denk aan de EPD-leveranciers of fabrikanten van dure geneesmiddelen, waardoor de mogelijkheden om de prestatie te verbeteren vaak beperkt is tot volume en afspraken over waarde. In andere markten zijn er meer alternatieven beschikbaar en ligt de eerste uitdaging in het op één lijn krijgen van inkoop en gebruikers in hun visie op de driehoek kosten, service en kwaliteit. Ook de mate waarin er lock-in bestaat bij één leverancier kan bepalend zijn voor een passende strategie. Figuur 19 vat de omvang, het verbeterpotentieel en de typische acties met veel impact per inkoopgroep samen.

FIGUUR 19

Omvang, potentieel en typische acties per inkoopgroep

Inkoopgroep	Aandeel in inkoopkosten [%]	Potentieel [min – max]	Acties met groot verbeterpotentieel
Geneesmiddelen	23	5 – 10	• Proactief beleid voor versnelde substitutie naar biosimilars • Verhogen compliance aan inkoopbeleid door snelle cyclus • Scherp voorschrijfbeleid: alles op generiek en geen me-too's, tenzij • Verregaande rationaliseren assortiment, nu veel onnodige variatie
Disposables	12	10 – 25	• Gebundeld inkopen van gehele pakket bij 1 of 2 leveranciers • Sturen op gebruik door verhogen inzicht in variatie en kosten
Implantaten	10	10 – 25	• Kiezen gezamenlijk vertrekpunt driehoek prijs – dienst – kwaliteit • Bundelen bij 1 of 2 leveranciers in nauwe samenwerking met artsen, die prikkel krijgen bij realiseren van voordeel (zoals innovatiefonds)
Diagnostiek	10	5 – 15	• Uitbesteden van klinische chemie vanwege grote schaalvoordelen • Opzetten samenwerking met andere ziekenhuizen (in de regio)
Medische techniek	6	5 – 15	• Scan op dure onderhoudspakketten die niet (meer) nodig zijn • Voor kleinere ZH: uitbesteding van totale beheer en onderhoud • Inkopen in veel groter verband, ook de investeringen samen doen
Facilitair	22	5	• Hardere afspraken maken over kwaliteit van de dienstverlening • Zorgvuldige controle van contracten en facturen • Bewust maken van verbruik binnen het ziekenhuis
ICT	6	5 – 15	• Make or buy beslissing voor alle onderdelen ICT • Kritische check op nut en noodzaak van applicaties: er is veel overlap • Analyse van prijs- en kostenstructuur grootste leveranciers
Overige inkoop	12	5 – 15	• Werken met raamcontracten voor vaste leveranciers • Scherp op meerwaarde van inhuur; meer drempels opwerken

Kader 6: Voorbeeld aanpak voor inkoopgroep medische disposables

Typisch gaat 10% van de inkoopuitgaven naar medische disposables. Het gaat bijvoorbeeld om verbandmiddelen, incontinentiemateriaal, hechtdraden, OK-instrumentarium (o.a. disposables voor laparoscopie) en beademingsmaterialen. Voor de meeste producten zijn er diverse leveranciers in de markt actief. Hun producten zijn op hoofdlijnen vergelijkbaar; er is in de regel niet één leverancier die aantoonbaar betere kwaliteit levert. De combinatie van een groot aantal leveranciers en de vrij homogene producten maakt dat leveranciers op andere manieren hun band met gebruikers versterken en zo binding met hun product proberen te creëren.

10 tot 25% besparen met behoud van kwaliteit is mogelijk, afhankelijk van de uitgangspositie van het ziekenhuis. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen twee jaar op diabetesteststrips en verbandmiddelen zelfs 20 tot 50% bespaard door pakketten scherp te definiëren en generiek grote volumes aan te besteden. Dit geeft een indicatie van het verbeterpotentieel dat nog aanwezig is in de markt.

De kansrijkste acties die, mits zorgvuldig en doortastend uitgevoerd, veel voordeel kunnen opleveren zijn gericht op het aanpakken van verspilling, namelijk rationalisatie van het assortiment, werken met minder leveranciers en verlagen van verspilling in het gebruik.

- Door rationalisatie van het assortiment kan het aantal producten fors omlaag. Een ziekenhuis heeft bijvoorbeeld 150 verschillende types hechtmateriaal, waaronder onnodig dure varianten zonder aantoonbare medische meerwaarde. Meestal is een dergelijk groot pakket in de loop der tijd langzaam ontstaan omdat er nooit kritisch en ziekenhuis-breed naar het assortiment is gekeken.
- Vervolgstep is om het hoge aantal leveranciers fors te reduceren door het aanbieden van een gebundeld pakket in de markt. Offertes vergelijken kan soms moeilijk zijn door gebrek aan goede interne data en transparante offertes. Een goede spendcube is essentieel.
- De derde bron van verspilling zit in het gebruik. Door te sturen op bewust gebruik is hierop nog veel winst te halen, bijvoorbeeld door gebruik te meten en te vergelijken tussen afdelingen en artsen, of door prijzen te plakken op materiaal zodat medewerkers zien wat iets kost. Figuur 20 vat de drie aandachtsgebieden samen.

FIGUUR 20

Drie aandachtsgebieden voor inkoopgroep medische disposables

Actie	Waarom?	Hoe?
1 Rationaliseren assortiment	- Grote variatie in producten, bijvoorbeeld >150 typen hechtmateriaal - Veel onnodig dure varianten in gebruik	- Met gebruikersgroepen in gesprek gaan over mogelijkheden om assortiment in te perken en voorraden te verkleinen - Waar mogelijk leveranciers hier een rol in laten spelen
2 Gebundeld inkopen hele pakket	- Veel verschillende leveranciers waarvan deel zonder contract - Onnodig hoge inkoop- en logistieke kosten	- Opnieuw in de markt zetten van ingeperkt assortiment - Leveranciers vragen hun contract los te laten in ruil voor extra omzet - Selecteren van voorkeursleveranciers o.b.v. objectieve criteria met gebruikers
3 Sturen op bewust gebruik	- Onnodige variatie in gebruik tussen afdelingen/medewerkers - Vergroten kostenbewustzijn kan leiden tot lagere kosten	- Aanbrengen/updaten van artikelprijzen in voorraden - Ontwikkelen en verspreiden van verbruiksmonitor, met historisch verbruik per afdeling

3.6. Stap 5 – borg resultaten door koppeling monitor aan financiën

De laatste stap is het effectief monitoren van impact en resultaten door de verwachte resultaten vanuit de inkoopcategorieën te verbinden aan de resultaten 'in de boeken' van financiën. Uitdaging bij deze stap is dat de door inkoop berekende besparingen en resultaten in de boeken vaak niet consistent zijn. Inkoop houdt een overzicht bij van de besparingen, bijvoorbeeld op basis van prijsverlagingen ten opzichte van een eerder contract. Dit is lastig meetbaar, omdat een jaarprognose nodig is. Simpelweg een hoger kortingspercentage doorrekenen werkt niet altijd, omdat leveranciers bruto-prijzen kunnen verhogen en de productmix kan veranderen. Daarnaast rekenen inkoopafdelingen soms ook afgewentelde kostenstijgingen (avoided cos') als besparing mee. Dit is wel de verdienste van inkoop, maar in de ogen van financiën natuurlijk geen besparing. Ondertussen ziet financiën in de realisatie oplopende inkoopkosten.

Om tot een consistent beeld te komen is nauwe samenwerking nodig tussen inkoop en financiën. De volgende zaken zijn daarbij van belang:

- Onderscheid tussen kostendalingen en voorkomen kostenstijgingen
- Onderscheid tussen begrote en aanvullende besparingen
- Besparingen ingedeeld naar inkoopcategorieën zodat financiën kan beoordelen op welke kostensoorten de besparingen te verwachten zijn

4. Transformatie naar waardegedreven inkoop op lange termijn

Als de basis op orde is dan liggen er nog veel kansen om de waarde van inkoop door innovatie te vergroten, zo blijkt uit de potentiële gezondheidswinst van 20 extra gezonde jaren per Nederlander (zie hoofdstuk 2). We hebben ook beschreven dat ziekenhuizen daarvoor een rol als regisseur moeten nemen in het meten en sturen van de waarde van leveranciers. Het gaat daarbij om verschuiving van de focus op wat er nu al is (prijzen verlagen) naar wat er nog weinig is (waarde voor patiënt vergroten met nieuwe en betere producten en diensten).

Hoe ziekenhuizen dit kunnen doen is onontgonnen gebied. We geven hier een eerste aanzet hoe waardegedreven inkoop kan werken voor ziekenhuizen en vanuit welk raamwerk ziekenhuizen de stap kunnen zetten. Ten slotte geven we enkele voorbeelden voor toepassing van het raamwerk.

4.1. Drie randvoorwaarden voor waardegedreven inkoop

Om succesvol aan de slag te gaan met waardegedreven inkoop is het belangrijk dat ziekenhuizen op drie gebieden investeren in de randvoorwaarden: strategische prioriteit, opbouw van kennis en vaardigheden en inhoudelijke samenwerking met andere zorgaanbieders.

1. Inkoop als strategische topprioriteit. Dit punt komt ook terug in de vorige paragraaf en is voor waardegedreven inkoop nog relevanter. Als inkoop de drijver wordt achter de integratie van technologische trends en strategische keuzes zoals uitbesteding, moet het hoog op de bestuurlijke agenda staan. Het belang ervan moet in het hele ziekenhuis weerklinken. Inkoop moet bij artsen ook weer 'graag geziene gast' zijn, die komt helpen met een idee hoe de business case voor robotchirurgie of telemonitoring te maken is.
2. Een upgrade van het kennisniveau en de analysevaardigheden. Het vergt een andere manier van kijken om over de schotten heen zorgpaden voor doelgroepen in kaart te brengen en contracteringsmodellen gericht op uitkomsten te ontwikkelen. Het ontwikkelen en valideren van uitkomstindicatoren zijn intensieve, meerjarige trajecten.
3. Samenwerking met andere zorgaanbieders. Voor sommige vraagstukken is meer schaal nodig om de investeringen op te laten wegen tegen de potentiële baten. Dan ligt het voor de hand dat ziekenhuizen samenwerken, bijvoorbeeld in NFU- of Santeon-verband. Ook de onafhankelijke inkooporganisaties kunnen hier een rol spelen.

Kader 7: ICT als basis voor de oplossing in plaats van onderdeel van het probleem

Het is voor ziekenhuizen moeilijk om grip te krijgen op de totale kosten en baten van ICT. Waar de kosten nog redelijk in kaart te brengen zijn, is het vaststellen en verhogen van de baten complex. Het gaat immers om een wirwar een grote en kleine applicaties, servers en andere apparaten die allemaal van elkaar afhankelijk zijn. Ziekenhuizen zijn daarbij vooral bezig met sturen op wat ze weten: wat voor apparatuur en applicaties zijn er nu en hoe kunnen we de kosten daarvan beheersen.

De uitdaging ligt in het sturen op wat er nog niet is. Neem de vaak nog beperkte functionaliteit van patiëntportalen met veelal focus op het zenden van informatie (afspraken, contactgegevens etc.) en nog niet op interactie en slim advies. Er zijn meerdere trends die veel zullen vergen van ziekenhuizen, zoals internet of things (IoT), digitalisering en toepassingen van machine learning. We richten ons op de verschuiving van zorg naar huis. Aan de leverancierskant betekent dat een verschuiving van spullen in het ziekenhuis naar spullen en diensten buiten het ziekenhuis: er zijn nieuwe apparaten nodig thuis daarnaast de benodigde software om zorg naar huis te verplaatsen. Hoe organiseert een ziekenhuis deze benodigdheden? Hoe koop je dat in en bepaal je een redelijke prijs? En hoe volg je de baten?

De oplossing en het probleem liggen dicht bij elkaar. Alleen een goed en gekoppeld EPD maakt het mogelijk om kosteneffectieve benefit tracking te doen. Een krachtig toegepast EPD kan in seconden de effecten van behandeling van verschillende populaties uitrekenen. In de onlangs gepubliceerde studie "The World is a Clinical trial"⁸ die Gupta Strategists samen met het Amphia Ziekenhuis heeft uitgevoerd is de methodiek hiervoor beschreven. Het uitvoeren van een kosteneffectiviteitsstudie wordt veel goedkoper. Daardoor krijgt het ziekenhuis een nieuwe toolkit om op waardegedreven leveranciers management in te richten.

Als meten en analyseren van het EPD verankerd is in het primaire proces dan heeft dat strategische implicaties. Er zal meer behoefte zijn aan samenwerkingen in de keten, bijvoorbeeld om analyses statistisch significant te maken of verschillen in uitkomsten te begrijpen. In centraal verband moeten ook geborgd zijn dat er vergelijkingsgroepen bestaan. Antwoorden ontstaan door de juiste vragen te stellen. Dit vergt creativiteit en analytische vaardigheden van de medische professionals. Dit past bij de nieuwe rol die beschreven in de studie "No Place Like Home"⁹ waarin we beschrijven dat de rol van arts verschuift naar die van luchtverkeersleider.

⁸ Zie http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta_strategists-BigData_The-world-is-a-clinical-trial.pdf

⁹ Zie http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta_strategists-Overig-studie%20No%20place%20like%20home.pdf

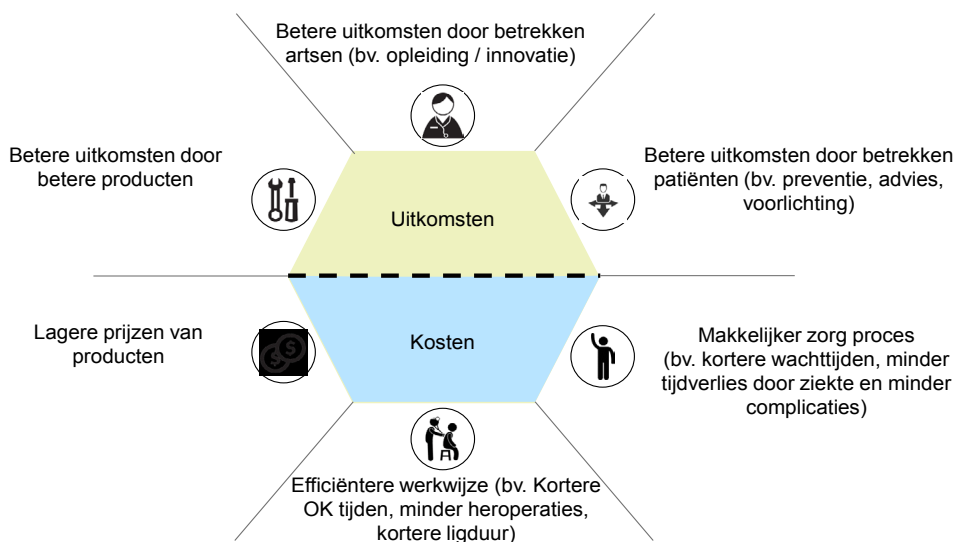
4.2. De 'diamant' als afwegingskader voor waardegedreven inkoop

Om waardegedreven inkoop transparant en rationeel te benaderen is het de vraag welke baten en kosten je optimaliseert. Het idee is dat zorginstellingen de waarde voor patiënten optimaliseren. Waarde is daarbij gedefinieerd als de uitkomsten die relevant zijn voor de patiënt (bijvoorbeeld kwaliteit van leven), afgezet tegen de kosten die dat met zich meebrengt.

De bovenkant van de 'diamant' van waardegedreven inkoop (zie figuur 21) gaat om betere uitkomsten voor patiënten. Dit kan door betere producten, betere zorg door artsen en zorgmedewerkers of betere zorg door patiënten. De onderkant gaat om de kosten, ook weer de kosten van producten, personeel en van de patiënt. Nu heeft inkoop niet het monopolie op de optimalisatie van waarde. Sterker nog, dit is vaak helemaal niet het domein van inkoop. Echter, inkoop kan eigenlijk op elk onderdeel van de diamant invloed uitoefenen.

FIGUUR 21

De 'diamant' van waardegedreven inkoop



Het integraal beoordelen van alle facetten van de diamant kost tijd. Een eerste pragmatische stap is om van een product de meerprijs en de toegevoegde waarde van de innovatie. Hierbij is het referentiepunt het gangbare alternatief.

Er zijn veel verschillende manieren om toegevoegde waarde in uit te drukken. In deze benadering is gekozen voor de toename in het aantal Quality Adjusted Life Years (QALY's). Er zijn ook alternatieve maten van toegevoegde waarde denkbaar, bijvoorbeeld: minder pijn of ligdagen, kleinere kans op complicaties, etc.

Wanneer een innovatie veel meer kost dan het gangbare alternatief en de toegevoegde waarde klein of onbewezen is, zou het ziekenhuis de innovatie in de regel niet moeten inzetten, behalve als er omstandigheden zijn die inzet rechtvaardigen. In het tegenovergestelde scenario, waarbij een innovatie geringe meerkosten heeft en de toegevoegde waarde groot is, zou een ziekenhuis zijn best moeten doen om de innovatie zo snel mogelijk bij de patiënt te krijgen.

De reactie op innovaties uit de twee andere scenario's is minder duidelijk. Bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuis een marginale aanpassing van een bestaand inkoopproduct voorgesteld krijgt, tegen een kleine meerprijs, of wanneer de meerwaarde van innovatie niet vaststaat. Een kritische blik op basis van feiten is hier nodig; veel innovaties vallen in deze categorieën en dan is het passend om de meerwaarde te relateren aan de meerprijs, anders lopen inkoopkosten snel op zonder snelle toename van toegevoegde waarde voor de patiënt.

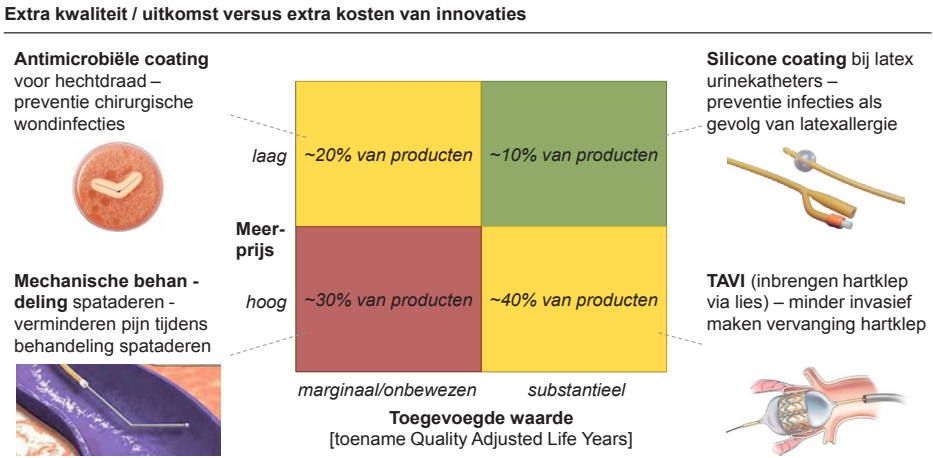
4.3. Waardegedreven inkoop toegepast in de praktijk

Innovaties van medische disposables - Om het gebruik van het inkoopactieraamwerk concreter te maken, is per actie een voorbeeld gekozen. Deze voorbeelden zijn samengevat in Figuur 22. Wij hebben in dit voorbeeld gekozen voor de QALY als uitkomstmaat. Uiteindelijk is dat de ultieme uitkomstmaat en sluit dat ook aan bij de visie 2025 van de Federatie van Medisch Specialisten. Omdat niet bij alle aandoeningen deze maat adequaat gemeten is, werken we met vertaaltabellen die andere uitkomstmaten omzet in QALY's. Zo ontstaat een uniform afwegingskader over alle aandoeningen heen. Een voorbeeld van een innovatie die op basis van de criteria in de categorie 'direct inzetten' valt, is het aanbrengen van een siliconen coating op latex urinekatheters. De meerkosten voor het aanbrengen van een dunne coating op de latex basis zijn laag. Een directe vergelijking is echter niet te maken, omdat niet-gecoate latex katheters niet meer beschikbaar zijn. Veel patiënten met een latex catheter hadden last van sterke bijwerkingen (vernauwing van de urinebuis), veroorzaakt door latexallergie en cytotoxische effecten van chemicaliën die uit de latex vrijkwamen. Deze effecten zijn vrijwel geheel verdwenen door de toepassing van de siliconen bekleding.

Een recentere toepassing van coatings vraagt volgens het raamwerk echter om een kritischere afweging. De inzet van antibacteriële bekleding van hechtdraad heeft minder meerwaarde, onder andere omdat de te voorkomen chirurgische infecties zeldzaam zijn (~0.3% van de operaties). Daarbij is het resultaat van een infectie vaak 'slechts' enkele extra dagen in het ziekenhuis en is de kans op overlijden bij chirurgische site infectie laag (~4%). Hier staat tegenover dat de meerkosten ten opzichte van normaal hechtdraad niet hoog zijn.

FIGUUR 22

Producten zijn in te delen in kwadranten o.b.v. meerprijs en meerwaarde



Een andere innovatie waarbij een ziekenhuis een kritische afweging zou moeten maken is inzet van een TAVI, waarbij een hartklep via de lies naar binnen wordt gebracht. De operatie is minder invasief dan een openhartoperatie en levert aantoonbaar extra QALY's op voor de patiënt. Hiertegenover staat echter dat de inkoopkosten bijna 10 keer hoger zijn dan de materialen die benodigde zijn voor een openhartoperatie, doordat er een kostbare uitvouwbare hartklep wordt gebruikt.

Tot slot zijn er de innovaties waarvan het ziekenhuis die het ziekenhuis in de regel niet zou moeten inzetten. Een innovatie die in deze categorie zou kunnen vallen is de mechanochemische behandeling van spataderen. De inkoopkosten zijn meer dan twee keer hoger dan de kosten voor het alternatief (radiofrequente ablatie), terwijl de meerwaarde voor de patiënt, in termen van kwalitatieve levensverlenging niet is aangetoond in de medische literatuur.

Ziekenhuizen die kosten en uitkomsten aan elkaar verbinden moeten zich voorbereiden op de ultieme vraag: als een nieuw product aantoonbaar leidt tot betere uitkomsten, maar kostbaar is, waar zet je dan de grens? Dit is natuurlijk ook een maatschappelijke vraag die bij de betalers en politiek ligt. Er ligt een rol voor ziekenhuizen om kritisch te zijn op de meerwaarde van innovaties en ook vanuit feiten te kijken naar meerwaarde, bijvoorbeeld op basis van kosten (EUR) per gezond gewonnen levensjaar (QALY).

Het vergt gewenning om analytisch naar medische behandelingen te kijken. Maar we hebben geen andere keuze, gezien het hoge uitgavenpatroon dat wij in Nederland hebben en het feit dat de QALY-winst achterblijft bij andere landen. Bovendien hebben we miljarden geïnvesteerd in EPD's, financiële administratie en registraties. De enige manier om deze investeringen terug te verdienen is om al deze data echt te gebruiken in het maatschappelijk belang: een gezond en lang leven tegen de laagst mogelijke kosten.

