

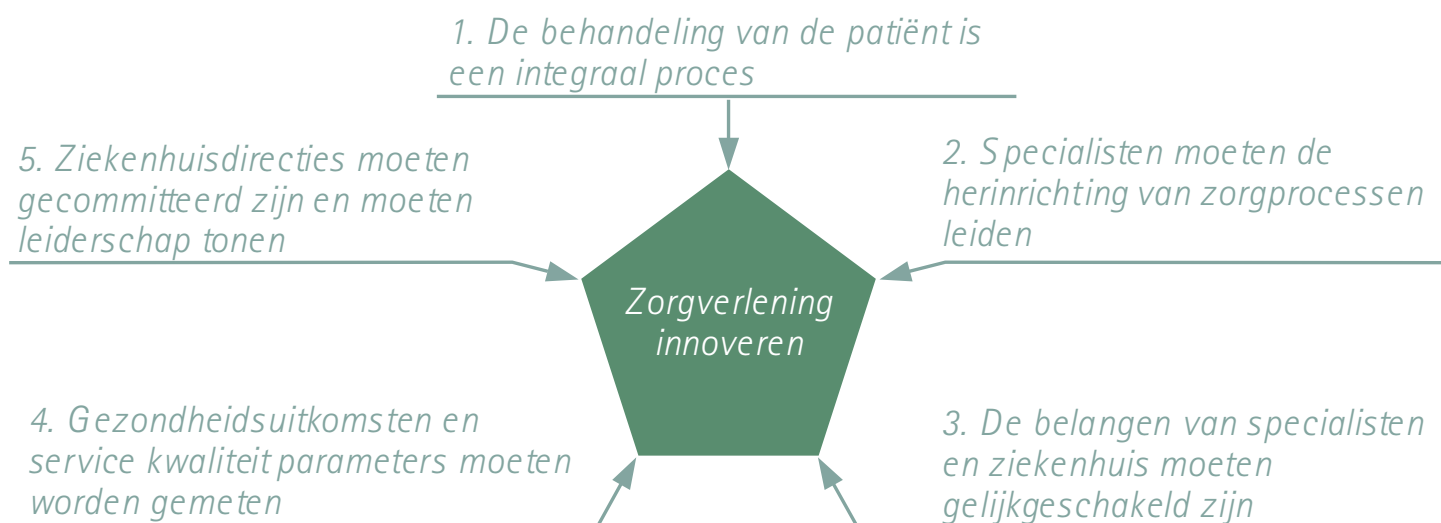
Vijf randvoorwaarden voor succesvolle innovaties in de gezondheidszorg

Studiereis 2007 Verenigde Staten





Vijf randvoorwaarden voor succesvolle innovaties in de gezondheidszorg



Management samenvatting

De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg staan in de meeste westerse landen onder druk. Voornamelijk doordat de geneeskunde steeds meer mogelijkheden heeft om patiënten te genezen, en in mindere mate vanwege de vergrijzing, stijgen de kosten voor de gezondheidszorg sterker dan de economie. Om deze stijgende kosten voor de zorg in de hand te kunnen houden worden ziekenhuizen geconfronteerd met de ene na de andere macrokorting. Zo dwingt de Nederlandse overheid ziekenhuizen en andere zorgverleners efficiënter te werken.

Veel ziekenhuizen bezuinigen op hun personeel om de kosten te verlagen. Door deze bezuinigingen verhogen ziekenhuizen jaarlijks hun arbeidsproductiviteit met 1-2%. Maar dit is alleen op de korte termijn een oplossing. Om in de toekomst succesvol te zijn moeten ziekenhuizen niet alleen harder, maar vooral slimmer werken.

Ziekenhuizen moeten slimmer werken: ze moeten de zorgverleningprocessen meer en sneller innoveren. Hoewel de zorg in de Verenigde Staten zeker niet in alle opzichten fantastisch is en op een aantal belangrijke punten verschilt van de Nederlandse zorg, kunnen Nederlandse ziekenhuizen en verzekeraars leren van een aantal succesvol gebleken innovaties in Amerika.

Daarom heeft Gupta Strategists een studiereis georganiseerd naar de Verenigde Staten. Samen met directeuren van Nederlandse ziekenhuizen en een verzekeraar bezochten we vijf ziekenhuisorganisaties, een verticaal geïntegreerd zorgsysteem en een universiteit.

Bij deze organisaties hebben we een aantal innovatieve manieren van zorgverlening bekeken en de voor- en nadelen ervan bediscussieerd met de verantwoordelijke artsen en managers. Hoewel de innovaties allemaal verschillende aspecten van de zorgverlening omvatten, en de organisaties verschillende manieren hadden gebruikt om de innovaties tot stand te brengen, delen ze vijf essentiële elementen in hun zoektocht naar verbetering (zie figuur). Deze vijf elementen zijn ook allemaal van toepassing op de zorg in Nederland.

Specialisten, medewerkers en management van het ziekenhuis zullen intensief moeten samenwerken. Gezamenlijk moeten ze het integrale proces van de dienstverlening aan de patiënt verbeteren. De belangen van specialisten en ziekenhuis moeten hiervoor wel gelijkgeschakeld zijn. Daarnaast is het belangrijk dat kwantitatieve inzichten worden gebruikt om doelen te stellen en voortgang te meten.

Nederlandse zorginstellingen moeten innoveren in hun dienstverlening om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen

Nederland staat voor de uitdaging om de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg te kunnen waarborgen

In alle westerse landen ondergaat de gezondheidszorg op dit moment een paradigmaverandering. Betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit zijn belangrijke thema's voor overheden, (potentiële) patiënten en zorgverleners. In Nederland stijgen de kosten voor de gezondheidszorg even snel als in de VS en in Groot-Brittannië (zie figuur 1a). De Britse overheid investeert de laatste jaren enorm in de National Health Service om de negatieve effecten teniet te doen van de investeringachterstand die ze de afgelopen decennia hebben opgebouwd. Deze investeringen zijn vooral een inhaalslag om de kwaliteit en capaciteit van de gezondheidszorg in Groot-Brittannië op hetzelfde niveau te krijgen als in de rest van Europa.

In Nederland en de VS stijgen de gezondheidszorgkosten om andere redenen hard. De enorme kosten-toename hier en in de VS wordt voornamelijk veroorzaakt door medisch technologische innovatie. Hiermee

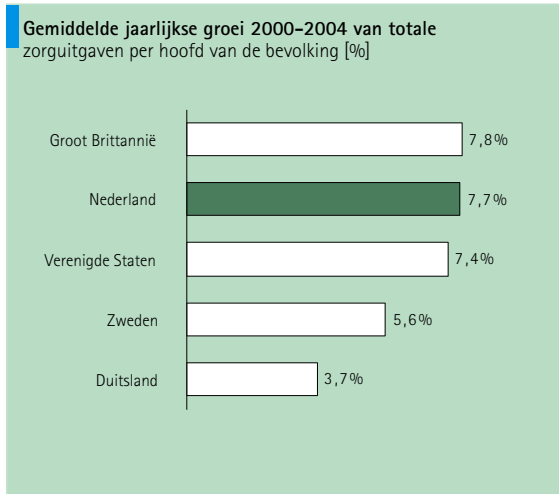
bedoelen we de nieuwe medische en technologische mogelijkheden die continu ter beschikking komen van artsen en andere medische professionals om meer en meer geavanceerde zorg te bieden aan patiënten. Deze door innovatie gedreven kostentoeename is twee keer zo hoog als de kostentoeename die het gevolg is van demografische factoren zoals de ouder wordende bevolking (zie figuur 1b).

De overheid wil ziekenhuizen dwingen de efficiëntie te verhogen

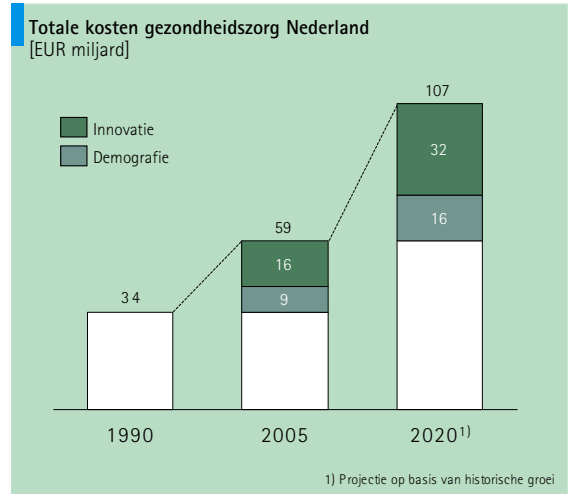
Als de historische kostentoeename in de toekomst doorzet, zullen de kosten voor gezondheidszorg in de komende 15 jaar weer zo goed als verdubbelen, tot ruim EUR 100 miljard. Deze kostenstijging wordt veroorzaakt door drie factoren:

- De vraag naar gezondheidszorg zal toenemen door demografische ontwikkelingen, gecombineerd met technologische en medische doorbraken
- Technologische en medische innovaties maken de gezondheidszorg steeds complexer
- Geschoold medisch personeel wordt schaars¹.

¹ Zonder innovatie zal de behoefte aan gezondheidszorgpersoneel in de totale Nederlandse beroepsbevolking bijna verdubbelen van 11% naar 20% in 2020



Bron: OECD



1) Projectie op basis van historische groei

Bron: CBS, RIVM, Gupta Strategists

Figuur 1. Kostentoeename voor gezondheidszorg is groot in Nederland en wordt voornamelijk veroorzaakt door medisch-technologische innovatie

Als reactie op deze geprognosticeerde kostentoeename, wil de Nederlandse overheid efficiëntieverbeteringen doorvoeren in de gezondheidszorg. Een van de belangrijkste doelen van de hervormingen in de zorgverzekeringswet, die in 2006 werd ingevoerd, was de verzekeraars een actievere rol te geven om deze efficiëntieverbeteringen bij ziekenhuizen te stimuleren. Maar omdat het de verzekeraars op de korte termijn niet lijkt te lukken om voldoende efficiëntieverbeteringen bij ziekenhuizen te realiseren, wil het Ministerie van Volksgezondheid ook macro kortingen opleggen aan de sector. De macro korting van gemiddeld EUR 100 m per

jaar die het Ministerie voor ogen heeft voor de periode 2008-2011 komt overeen met 0,6% van het totale budget. Het effect van deze kortingen is zeer significant. Het gemiddelde winstpercentage van ziekenhuizen in Nederland was minder dan 1% in 2006. Als ziekenhuizen hun operationele efficiëntie niet verbeteren, zullen ze de komende jaren dus gemiddeld ruim de helft van hun financiële resultaat moeten inleveren. En dat heeft serieuze consequenties voor het vermogen van de ziekenhuizen om te investeren in zowel de kwaliteit van de dienstverlening als de medisch inhoudelijke kwaliteit.

Ziekenhuizen verhogen de efficiëntie vooral door harder te werken en niet genoeg door slimmer te werken

Een groot aantal ziekenhuizen is al hard bezig om hun financiële positie te verbeteren. Ze benchmarken de kosten voor personeel en inkoop tegenover andere, vergelijkbare ziekenhuizen. En op basis van deze benchmarkanalyses reduceren ziekenhuizen hun personeelsbestand, soms wel met 5% tot 10%. Hiermee gaat de efficiëntie van ziekenhuizen – uitgedrukt in geholpen patiënten per FTe personeel – omhoog.

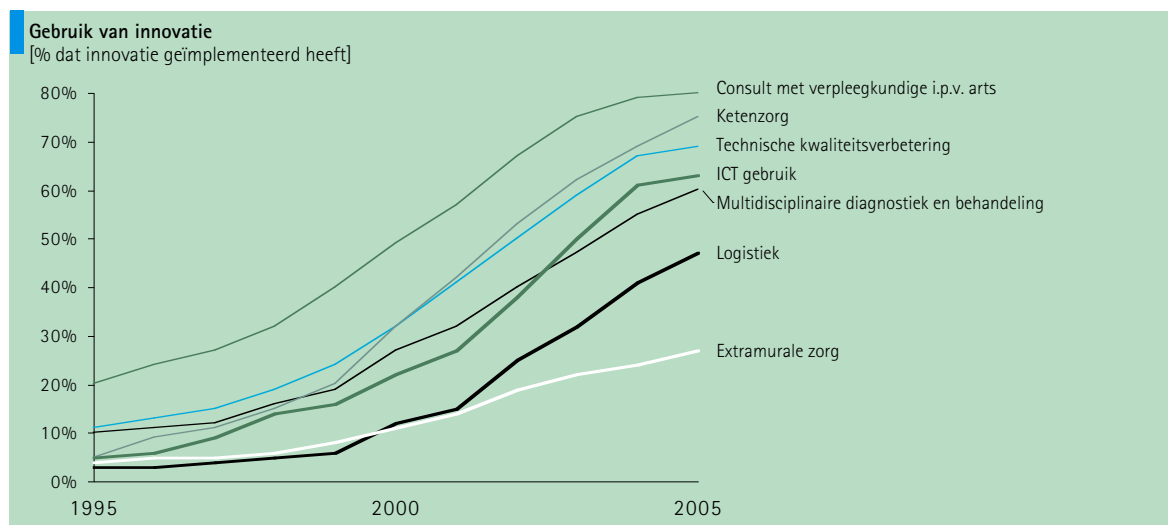
Maar benchmarkanalyses op zich geven geen inzichten in de manieren waarop ziekenhuizen efficiënter zorg kunnen leveren en verandert de bedrijfsvoering van ziekenhuizen niet. De gestage afname van personeel in ziekenhuizen kan niet door blijven gaan als de bedrijfsvoering hetzelfde blijft. Er mist een fundamentele en radicale verandering van de manier waarop ziekenhuizen zorg verlenen. Het doel moet zijn om vooral slimmer te werken, niet alleen harder.

Harder werken alleen is geen lange termijn oplossing. Als ziekenhuizen personeel blijven reduceren verliezen ze een van hun belangrijkste sterktes, de motivatie van hun personeel. En ziekenhuizen zonder gemotiveerd personeel zullen de race om de patiënt verliezen. Patiënten voelen feilloos aan of het ziekenhuispersoneel tevreden is met hun baan en trots op hun werk. On- gemotiveerd personeel kan geen hoge kwaliteit van dienstverlening geven. Patiënten eisen een bepaalde

kwaliteit van dienstverlening, en als ze die niet krijgen in het ene ziekenhuis gaan ze naar een ander ziekenhuis.

Nederlandse ziekenhuizen moeten slimmer werken door te innoveren in de manier waarop ze zorg verlenen

Ziekenhuizen moeten slimmer werken: ze moeten de zorgverleningprocessen meer en sneller innoveren. He- laas is de snelheid waarmee in Nederlandse zieken- huizen zorgverleninginnovaties² worden opgenomen zeer laag: absorptie duurt 10 jaar of meer in Nederland (zie figuur 2). In de Sneller Beter studie "Zorg voor Innova- tie" uit 2006 liet KPN CEO Ad Scheepbouwer overtuigend zien dat er voor Nederlandse ziekenhuizen meer dan genoeg mogelijkheden en kansen zijn om de zorg- verlening te innoveren.



Figuur 2. Innovatie absorptie in Nederland duurt lang

² Dus niet de medisch-technologische innovaties

Nederlandse ziekenhuizen en verzekeraars kunnen leren van Amerikaanse innovaties in de zorg, ondanks de grote verschillen tussen de twee stelsels

De Nederlandse gezondheidszorg is anders ingericht dan het Amerikaanse systeem. Er zijn significante verschillen in de relatie tussen verzekerden en hun verzekeraars, tussen zorgverleners³ en hun patiënten en tussen verzekeraars en zorgverleners. In de VS zijn het vooral de werkgevers die een verzekering (en verzekeraar) kiezen en betalen voor hun medewerkers. In het Nederlandse systeem is de burger zelf verantwoordelijk voor de keuze en betaling van de ziektekostenverzekeraar. Werkgevers kunnen hun personeel wel een collectief afgesloten verzekering aanbieden en gedeeltelijk financieren, maar dat is slechts een optie. Een ander belangrijk verschil tussen de Nederlandse en Amerikaanse systemen is de verhouding tussen de kosten en de kwaliteit.

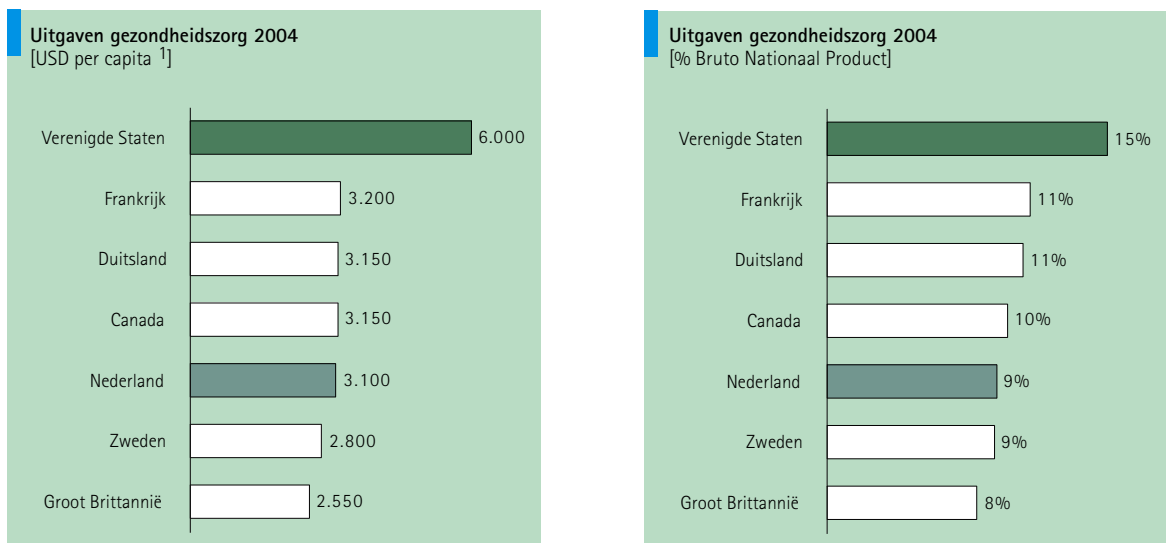
Gezondheidszorg in de VS is zeer duur (zie figuur 3), maar het systeem is zeker niet zeer goed. Het is afhankelijk van welke maat gebruikt wordt om prestaties te meten, maar het Amerikaanse stelsel scoort tussen 50%-70% van de maximaal haalbare score op internationale kwaliteitbenchmarks. Dit betekent dat de score slechts gemiddeld is. Andere statistieken laten zien dat Amerika 15de van 19 westerse landen scoort als

het gaat om vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen. Desalniettemin wordt algemeen aanvaard dat de beste ziekenhuizen in de wereld in de VS staan. De variatie tussen ziekenhuizen moet dus enorm zijn in de VS.

De toegankelijkheid van de Amerikaanse gezondheidszorg is ook op zijn best middelmatig te noemen. Naar schatting 60 miljoen Amerikaanse burgers

helemaal geen zorgverzekering. Van de volwassenen tussen 19 en 64 is 25% niet of onvoldoende verzekerd. En het gaat hier dan voornamelijk om kleine zelfstandigen of werknemers van kleine tot middelgrote bedrijven, die de torenhoge verzekeringspremies niet kunnen betalen. De Amerikaanse overheid financiert grotendeels de gezondheidszorg voor de armen. Patiënten kunnen aanspraak maken op Medicaid

³ Ziekenhuizen, huisartsen en zelfstandige, multidisciplinaire poliklinieken



Figuur 3. De Amerikaanse zorg is zeer duur, zowel absoluut als relatief

en de overheid financiert een aantal ziekenhuizen via de zogenaamde 'vangnet-regeling'. Ziekenhuizen die een significant deel van hun zorg aan armen leveren krijgen van de regionale en nationale overheden een bepaalde som geld ter compensatie.

Hoewel de verschillen tussen de gezondheidszorg in Nederland en de VS dus aanzienlijk zijn, kunnen we in Nederland wel leren van de Amerikanen. In het Amerikaanse zorgstelsel bestaan meerdere businessmodellen naast elkaar en Amerikaanse ziekenhuizen ondervinden meer marktwerking. Deze competitie voor patiënten geeft ziekenhuizen een prikkel om te innoveren in hun dienstverlening. Omdat niet alle innovaties slagen, organiseerde Gupta Strategists een studiereis naar Amerika om te ontdekken wat randvoorwaarden zijn voor succesvol innoveren.

Ziekenhuizen en verzekeraars in Amerika hebben verschillende businessmodellen ontwikkeld die naast elkaar bestaan

In het Nederlandse systeem is de manier waarop gezondheidszorg wordt geleverd en gefinancierd uniform georganiseerd. In Amerika hebben zorgverleners en verzekeraars meer vrijheid om hun eigen businessmodellen te ontwikkelen en uit te voeren. Dit heeft tot gevolg dat sommige zorgverleners en verzekeraars in Amerika verticaal zijn geïntegreerd. Of verzekeraars hebben exclusieve contracten afgesloten met een kleine groep zorgverleners⁴, of juist met alle mogelijke zorgverleners. Sommige verzekeraars betalen de zorgverleners per behandeling. Anderen daarentegen betalen een vaste jaarlijkse bijdrage aan de zorgverleners, en dragen daarbij financieel risico over aan die zorgverleners. En in Amerika bestaan in tegen-

⁴ Analooq aan de Zekur zorgverzekering die Univé in 2008 op de markt heeft gebracht

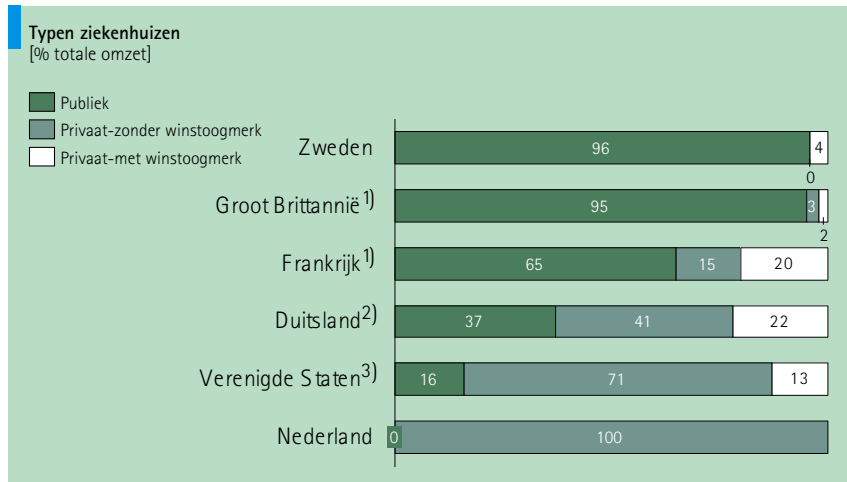
stelling tot in Nederland regionale en nationale samenwerkingsverbanden en ketens van ziekenhuizen. Sommigen daarvan zijn zonder, anderen met winstoogmerk.

Het aandeel van ziekenhuizen met winstoogmerk is slechts 13% in Amerika. Zelfs in Europese landen met een sterkere verzorgingsstaat dan in Amerika, bijvoorbeeld Duitsland, Frankrijk en Zwitserland, zijn er meer ziekenhuizen met een winstoogmerk (zie figuur 4).

Dus hoewel het Amerikaanse zorgstelsel wel degelijk een publiek stelsel is – net als bij ons – hebben de aanbieders en betalers zeer veel vrijheid om hun eigen businessmodellen te kunnen ontwikkelen. Blijkbaar heeft men in de VS een manier gevonden om zorgverleners en –betalers zowel vrijheid als verantwoordelijkheid te geven binnen een publiek systeem. En zelfs in de VS zijn er velen, waaronder Harvard's Regina Herzlinger, die vinden dat de zorgverleners nog meer vrijheid zouden moeten krijgen om hun eigen producten en prijzen te bepalen.

De competitie voor patiënten en medewerkers in Amerika stimuleert innovatie van zorgverlening

Een van de belangrijke verschillen tussen het Amerikaanse en het Neder-



1) 2004 2) Exclusief universitaire ziekenhuizen 3) % van totaal aantal bedden
Bron: OECD

Figuur 4. Slechts een klein deel van de ziekenhuizen in westerse landen heeft een winstoogmerk

landse systeem is het feit dat competitie tussen aanbieders onderling en tussen zorgverzekeraars onderling zeer sterk ontwikkeld is. In het Nederlandse systeem bestaat pas sinds de invoering van het nieuwe zorgverzekeringstelsel besef bij ziekenhuizen en verzekeraars dat patiënten een keus hebben in zorgaanbieder. Bij ons beginnen patiënten nu pas bereid te zijn om van deze keus gebruik te maken. In de VS is het hebben van keuzevrijheid een groot goed, ook in de gezondheidszorg. De onderlinge competitie tussen ziekenhuizen die hierdoor ontstaat stimuleert innovaties om de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen en de kosten te verlagen. Een hoog serviceniveau en medisch inhoudelijke kwaliteit zijn zeer belangrijke onderscheidende factoren om patiënten aan te kunnen trekken.

Aan de andere kant zijn lage kosten belangrijk om genoeg financiële middelen over te houden om te kunnen blijven investeren in zowel dienstverlening als medische kwaliteit. Daarbij komt nog eens dat de budgetten van Amerikaanse ziekenhuizen steeds meer onder druk komen te staan. Bijna 30% van de 5.700 Amerikaanse ziekenhuizen zijn verliesgevend. Ziekenhuizen zullen de dienstverlening en medisch inhoudelijke kwaliteit moeten verbeteren om hogere prijzen te kunnen vragen en daarmee hun eigen financiële gezondheid te waarborgen. Over het algemeen zijn in Amerika de ziekenhuizen met de beste dienstverlening en/of gepercipieerde medische kwaliteit ook financieel gezien de fitste ziekenhuizen.

Gupta Strategists heeft een studiereis naar innovatieve zorginstellingen in de VS georganiseerd

Uit de Amerikaanse gezondheidszorg zijn een aantal prachtige voorbeelden te destilleren van innovatieve manieren waarop zorgprocessen kunnen worden ingericht met de patiënt als centraal punt. De meeste van deze innovaties laten zien dat de kwaliteit van de dienstverlening verbeterd is, terwijl de kosten per patiënt zijn afgenomen. Andere voorbeelden laten zien dat innovaties tot stand kunnen komen zonder dat de kosten toenemen. Vooral de voorwaarden waarbinnen de innovaties tot stand zijn gekomen, zijn interessant.

Om deze innovaties op het gebied van dienstverlening in de zorg van dichtbij te ervaren, heeft Gupta Strategists een studiereis naar de VS georganiseerd. We bezochten ziekenhuizen en andere zorginstellingen, verzekeraars en vooraanstaande experts op dit gebied. Tijdens deze bezoeken hebben we van dichtbij een aantal innovaties mogen aanschouwen en er uitgebreid over gediscussieerd met de mensen die ervoor verantwoordelijk waren. Het enthousiasme, de gemotiveerdheid en toewijding van de mensen die we ontmoet hebben waren inspirerend.

In een week bezochten we drie ziekenhuizen, een multidisciplinaire polikliniek, een fabriek van vliegtuigbouwer Boeing, een geïntegreerde verzekeraar-zorgverlener en een universiteit. We zagen voorbeelden van innovatieve processen en businessmodellen waarbij de klant centraal werd geplaatst, resulterend in betere

dienstverlening, betere gezondheidsuitkomsten en verhoogde efficiëntie. We hebben de volgende zorgaanbieders bezocht:

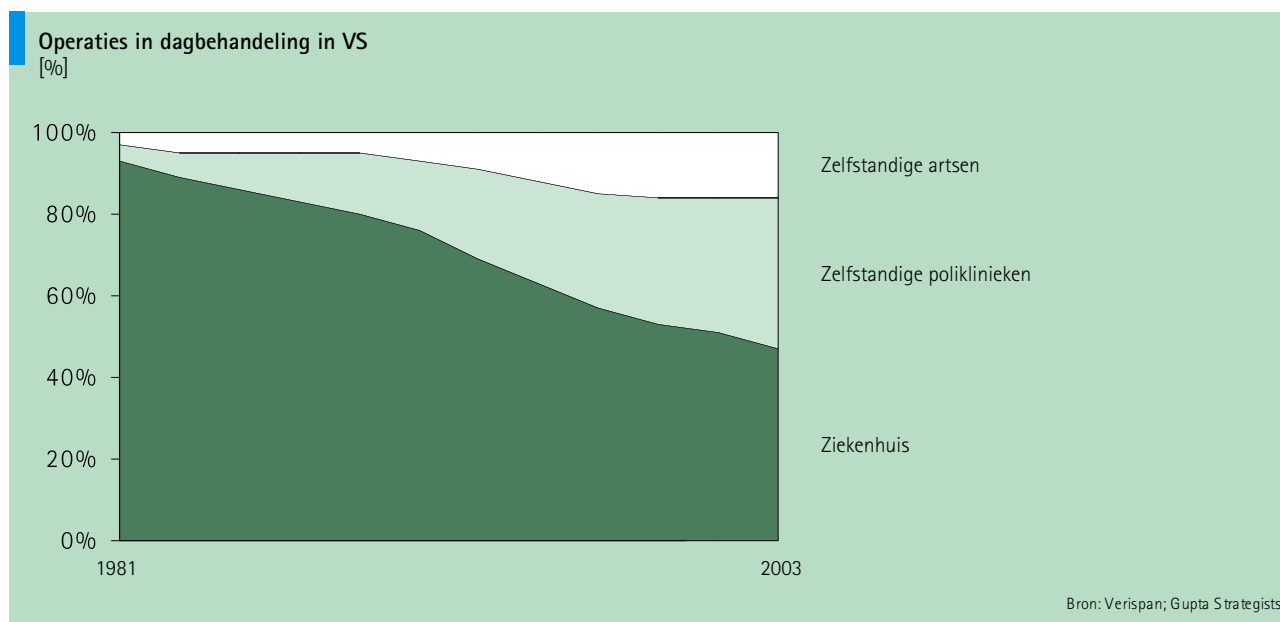
- **Boston Medical Center (BMC)**, het grootste "vangnet-ziekenhuis" in de regio New England. BMC heeft bij het ontwerp van hun nieuwe 'Moakley Building' fundamentele veranderingen doorgevoerd in de manier waarop kankerpatiënten worden behandeld en in de manier waarop operaties in dagbehandelingen worden. Daarnaast heeft BMC de SEH zo ingrijpend verbeterd dat de 'diversion rate'⁵ met 20% is afgenomen. De SEH van BMC had al de laagste 'diversion rate' in Boston, terwijl er drie keer zoveel patiënten worden behandeld in vergelijking met andere SEH's in Boston.
- **Atrius Health**, een alliantie van de vijf grootste artsmaatschappen met multidisciplinaire ambulante klinieken in en rondom Boston. De aanwezigheid van deze poliklinieken is een groot verschil tussen de Nederlandse en de Amerikaanse situatie (zie figuur 5). Deze ambulante klinieken zijn een combinatie van een polikliniek en een dagbehandelingcentrum. In Nederland zijn deze klinieken onderdeel van een ziekenhuis. Deze Amerikaanse ambulante klinieken zijn groot, multidisciplinair en zijn meestal ook compleet uitgerust met radiologische en andere diagnostische faciliteiten, zoals een klinisch chemisch en een microbiologisch lab. Ze verschillen dus significant van de Nederlandse ZBC's en de buitenpoli's die veel ziekenhuizen hebben. Atrius is een opmerkelijke organisatie omdat het

⁵ De 'diversion rate' is het percentage patiënten dat wordt doorgestuurd naar een ander ziekenhuis omdat er een tijdelijk capaciteitstekort is op de SEH.

zwaar heeft geïnvesteerd in een elektronisch patiënt dossier (EPD). Hiermee kunnen patiënten gemakkelijk bij verschillende specialisten terecht. Daarnaast maakt het EPD het mogelijk om eenduidig en overzichtelijk behandeluitkomsten te monitoren en verzekeraars te laten zien dat hun patiënten de juiste zorg krijgen.

- **Virginia Mason Medical Center** in Seattle. Dit ziekenhuis behoort al jaren tot de 33 Top Leapfrog⁶ ziekenhuizen. Leapfrog is een organisatie die jaarlijks ziekenhuizen beoordeelt op kwaliteit. Virginia Mason wordt dus al een aantal jaren nationaal erkend als een van de ziekenhuizen met de hoogste en meest consistente kwaliteit. Ondanks die goede positie, besloot

de directie van het ziekenhuis om de zorgpaden en -processen opnieuw in te richten, waarbij ze gebruik maken van de principes van het Toyota Productie Systeem (TPS). Het TPS is onderdeel van Toyota's besturingsfilosofie en heeft als doel foutloos producten te maken. Het maakt gebruik van een aantal technieken, methodologieën en principes om systema-



Figuur 5. Zelfstandige poliklinieken zijn een groot en groeiend zorgverleningsstelsel in de VS

⁶ Leapfrog is opgezet door de grote werkgevers in de VS om invloed uit te oefenen op kwaliteit van de gezondheidszorg. Werkgevers in de VS financieren de zorgverzekeringen van hun medewerkers

tisch processen te analyseren en ze continu te blijven verbeteren. Een van de belangrijkste principes van het TPS is dat het de patiënt centraal plaatst in het zorgverleningproces.

- **California Pacific Medical Center** in San Francisco. Ook het California Pacific behoorde de afgelopen jaren tot de 33 Top Leapfrog ziekenhuizen. Het ziekenhuis heeft een uitgebreid systeem ontwikkeld om uitkomsten van behandelingen en andere kwaliteitsparameters te monitoren. Net als Atrius gebruikt het ziekenhuis deze informatie om de prestaties continu te verbeteren. Daarnaast is California Pacific een voorloper in het implemen-

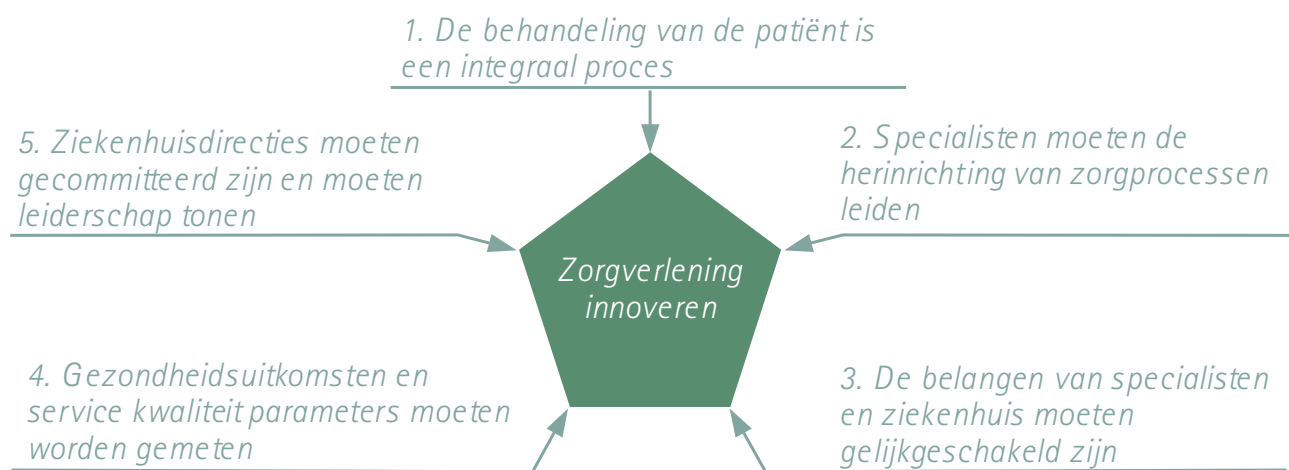
teren van een financieringstructuur die meer gebaseerd is op prestaties dan nu het geval is. Het huidige financieringssysteem is meer gebaseerd op procesrapportages dan op uitkomsten.

Naast het bezoeken van de zorgverleners, zijn er discussies georganiseerd. Zo hebben we experts van Kaiser Permanente ontmoet om de voor- en nadelen te bespreken van een verticaal geïntegreerd zorgsysteem, met daarin zowel een ziektekostenverzekeraar als een zorgverleningsstelsel⁷. Ook hebben we met Professor Regina Herzlinger van Harvard Business School haar passie voor een door consumenten geleid zorgstelsel besproken.

⁷ Het Kaiser Permanente systeem omvat ziekenhuizen, eerstelijnszorg, poliklinieken en revalidatiecentra.

Succesvolle innovaties in de dienstverlening in de zorg voldoen aan vijf randvoorwaarden

De vier zorgverleners die we bezocht hebben – Boston Medical Center, Atrius Health, Virginia Mason Medical Center en California Pacific Medical Center – hebben allemaal de visie en ambitie om hun patiënten de best mogelijke zorg te bieden. Daarbij realiseren ze zich allemaal dat ze dit doel alleen kunnen bereiken als ze de manier waarop zorg verleend wordt radicaal innoveren. En hoewel de organisaties ieder een eigen weg hebben gekozen om hun doel te bereiken, kwam in deze studiereis duidelijk naar voren dat ze vijf essentiële elementen delen in hun zoektocht naar verbetering (zie figuur 6). Deze vijf elementen zijn ook allemaal van toepassing op de Nederlandse situatie.



Figuur 6. Vijf factoren die essentieel zijn voor succesvolle innovatie van zorgverlening om zo betere servicekwaliteit en verbeterde uitkomsten te krijgen

1. *Bij succesvolle innovaties wordt de behandeling van de patiënt als een integraal proces beschouwd, niet als een opeenstapeling van afzonderlijke acties*

Toepassing van het Toyota Productie Systeem in de gezondheidszorg

Virginia Mason Medical Center (VMMC) is een excellent voorbeeld van een organisatie die uitgebreid heeft gekeken naar de zorgverlening en op zoek is gegaan naar manieren om deze processen te verbeteren. Naar aanleiding van de goede ervaringen van hun 'buren' Boeing, richtte Virginia Mason hun vizier op de meesters van het systeemdenken, Toyota, en heeft de principes van het Toyota Productie Systeem (TPS)⁸ omarmd. Het TPS heeft als doel verspilling en vermijdbare fouten te elimineren. Het streeft naar perfectie. Virginia Mason heeft laten zien dat de principes en methoden die gezondheidszorg hebben voor een revolutie in de wereld van massaproductie, en die volgens velen van Toyota de beste autoproducent hebben gemaakt, ook kunnen worden toegepast in de zorg.

Speciaal opgeleide 'Kaizen'⁹-medewerkers pluizen samen met personeel dat het dagelijkse werk doet de zorgpaden en -processen uit. Ze richten deze zorgpaden en -processen opnieuw in met de patiënt als leidraad. Voor iedere stap in de totale behandeling van de patiënt bekijkt het team hoeveel tijd een patiënt nu werkelijk kwijt is aan handelingen die reële waarde toevoegen aan het beter maken. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen tijd die niet waardevol is, maar onvermij-

delijk, en tijd die niet essentieel is voor de behandeling en bovendien vermijdbaar is. Deze laatste categorie tijd is verspilling vanuit de patiënt gezien. Met behulp van zeer gestructureerde methoden gaat het team het proces dan herontwerpen om deze verspillingen uit het proces te verwijderen. Door systematisch alle onderdelen van een totaal behandelingsproces te analyseren, ontwerpen de teamleden zo het verbeterde proces (zie figuur 7). Maar de Toyota filosofie gaat verder. Nadat de processen opnieuw zijn ingericht gaat het team weer op zoek naar verbeteringen. Op deze manier wordt een cultuur gekweekt die drijft op continue verbetering. Dit is de enige manier om uiteindelijk perfectie te bereiken (hoewel perfectie volgens deze filosofie natuurlijk niet bereikt kan worden, aangezien verbeteringen altijd mogelijk zijn).

De Toyota filosofie gaat er voorts vanuit dat alle aspecten van het proces aan de kaak moeten worden gesteld om tot verbeteringen te kunnen komen. Dit betekent dat ook bijvoorbeeld de ruimtelijke indeling veranderd moet worden als dit leidt tot een proces met betere uitkomsten. Om de voor- en nadelen van een andere indeling van een proces uit te proberen kan het helpen om de huidige en potentiële nieuwe situatie te visualiseren. Dus worden er bij Virginia Mason prototypen in een laboratoriumomgeving gemaakt. Deze prototypen hoeven natuurlijk niet op een 1:1 schaal gebouwd te

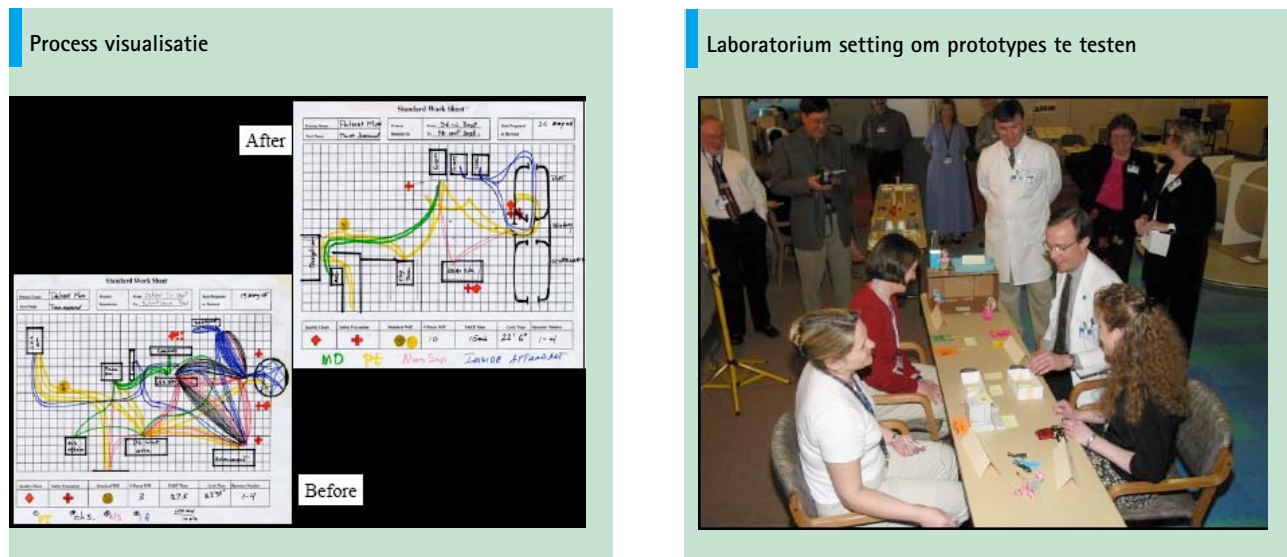
⁸ Het Toyota Productie Systeem staat ook bekend als 'Lean Manufacturing'

⁹ Kaizen is Japans voor 'veranderen om te verbeteren' of 'verbetering'

worden; met simpele hulpmiddelen kunnen nieuwe indelingen prima gevisualiseerd worden. Naast het gebruik van deze prototypes, helpt het om processen schematisch te visualiseren. Hierbij kunnen zowel de verplaatsingen van de patiënt als die van het personeel in kaart worden gebracht. (zie figuur 8).

leverden was dat patiënten interacties hebben met veel verschillende professionals en afdelingen, die tot dan toe allemaal verspreid over de terreinen van het BMC gesitueerd waren. Dus centraliseerden ze de medische oncologie, hematologie, oncologische chirurgie, imaging, radiotherapie, etc. vlak bij elkaar in het nieuwe Moakley Buil-

parallel traject ook de prestaties van de SEH dramatisch verbeterd door de samenwerking te verbeteren en processen te optimaliseren. De SEH van BMC is met 120.000 bezoeken de grootste van Boston. De tweede grootste SEH in Boston verwerkt maar een derde van het aantal patiënten in vergelijking met BMC. Ook de grootste Nederlandse



Figuur 8. Voorbeelden van visuele hulpmiddelen bij procesherinrichting

Bron: Virginia Mason Medical Center

Procesherinrichting bij Boston Medical Center

Toen Boston Medical Center (BMC) de bouwplannen aan het maken was voor het nieuwe kankerbehandeling-centrum, het Moakley Building, zijn de processen die patiënten doorlopen tijdens hun behandeling voor kanker grondig tegen het licht gehouden. Een van de inzichten die deze analyses op-

ding. Hiermee werd de niet alleen servicekwaliteit voor de patiënt verbeterd, ook de multidisciplinaire samenwerking tussen de specialisten en andere professionals werd hiermee significant bevorderd. En dat komt weer ten goede aan de medische uitkomsten van de behandeling.

Naast de verbeteringen in het nieuwe Moakley Building, heeft BMC in een

SEH's verwerken ongeveer 40.000 bezoeken per jaar.

Net als de andere SEH's in Boston, kampte BMC met het probleem dat het regelmatig ambulances moest doorsturen naar andere ziekenhuizen omdat er geen plaats was in de eigen SEH. Hoewel deze zogenaamde 'diversion rate' van BMC al de laagste was van Boston, vonden de medewerkers en het management dit onacceptabel

en ze besloten dat de 'diversion rate' omlaag moest. Het complete proces vanaf de binnenkomst van de patiënt op de SEH tot aan het moment dat hij/zij wordt overgebracht naar de IC of algemene verpleegafdeling werd doorgelicht. Het team, ondersteund door Operations Management Professor Eugene Litvak, identificeerde de belangrijkste bottlenecks en bedacht manieren om die bottlenecks weg te nemen. Het bleek dat een groot aantal bottlenecks die van invloed waren op de prestaties van de SEH op andere afdelingen lagen. Voorbeelden zijn de complete verandering van het planningsschema van de electieve operaties en het maken van heel duidelijke afspraken over de acceptabele tijd die

een andere specialist er over mag doen om naar de SEH te komen om patiënten te zien.

Het gevolg van deze procesveranderingen was een reductie van 20% van de hoeveelheid naar andere ziekenhuizen doorverwezen patiënten.

Zowel bij Virginia Mason als bij Boston Medical Center, waren het de specialisten die het voortouw hadden in het herdefiniëren van de zorgprocessen en -paden. En deze specialisten deelden de resultaten dan ook gepassioneerd en met gepaste trots met onze Nederlandse delegatie.

2. Bij succesvolle innovaties leiden specialisten en andere medische professionals de herinrichting van zorgprocessen

Alle technologische en medische vernieuwingen zorgen keer op keer voor revolutionaire veranderingen in de gezondheidszorg. Monodisciplinaire geneeskunst wordt schaars. Specialisten werken meer en meer samen met andere specialisten, nurse practitioners, verpleegkundigen en andere paramedische professionals om geïntegreerde zorg te leveren. Het zijn de specialisten en andere professionals die de revolutie moeten leiden die de gezondheidszorg nodig heeft. In alle organisaties die we bezocht hebben, troffen we buitengewone professionals aan als drijvende kracht achter de vernieuwende manieren waarop zorg geleverd kan worden.

Dr. Niels Rathlev is de 'Vice Chair' van BMC's SEH. Hij demonstreerde aan zijn collega's het belang van snelle consultatie van andere specialisten op de SEH. Hij maakte bindende afspraken met diezelfde collega's over de snelheid waarmee hij verwacht dat ze op de SEH komen als ze worden opgepiept. Daarnaast liet hij

zien wat de effecten zijn van het oplossen van bottlenecks bij andere afdelingen op de doorvoersnelheid van patiënten op de SEH.

Naast zijn werk als kinderarts was Dr. Mike Lee eerst 'Chairman' en is hij nu 'Director of Clinical Informatics' bij Atrius Health. Binnen Atrius bezoeken patiënten meerdere specialisten, soms ook op meerdere locaties. Hij was een van de eersten die zich realiseerde dat de invoering van een universeel elektronisch patiënten dossier (EPD) een essentiële randvoorwaarde is om de patiëntoverdracht goed te laten verlopen. Dus gebruikte hij al zijn enthousiasme en flair om zijn collega's ervan te overtuigen dat Atrius organisatiebreed een EPD moest invoeren. Daarnaast voelde hij aan dat een patiënt die goed inzicht heeft in zijn/haar eigen medische status ook beter voor zichzelf kan zorgen. Daarom is hij nu bezig om een patiënten portal op te zetten. Hier kunnen patiënten hun eigen medische geschiedenis inzien, communiceren met specialisten, etc.

In het Virginia Mason hebben we Dr. Neil Hampson en Dr. Ted Gibbons ontmoet. Zij zijn de Medisch Directeur van respectievelijk het Instituut voor Hyperbare Geneeskunde en het Hart Instituut. Zij zagen al in een vroeg stadium de potentie van het Toyota Pro-

ductie Systeem en gebruikten het om de zorgverlening binnen hun afdelingen compleet opnieuw in te richten en zo dramatisch te verbeteren. Ondanks dat deze veranderingen niet altijd soepel verliepen zijn zij nu wel de grootste ambassadeurs van het Toyota systeem.

Maar specialisten en andere professionals kunnen alleen het voortouw in deze noodzakelijke veranderingen nemen als hun belangen gelijkgeschakeld zijn met die van hun organisatie.

3. *Bij succesvolle innovaties zijn de belangen van specialisten en ziekenhuis gelijkgeschakeld*

Zowel in Nederland als in de VS worden specialisten betaald op basis van 'fee-for-service'¹⁰, i.e. artsen krijgen betaald per patiënt en per handeling. In dit systeem wordt de specialist geprikkeld om zoveel mogelijk patiënten te zien om op die manier inkomsten te maximaliseren.

Ziekenhuizen gebruiken financiële en intrinsieke prikkels om de belangen van specialisten en zorginstelling gelijk te schakelen

Specialisten worden in het huidige systeem van 'fee-for-service' niet financieel geprikkeld om de efficiëntie van de zorginstelling of de kwaliteit van de dienstverlening zo groot moge-

lijk te maken. Gelukkig hebben artsen een intrinsieke professionele motivatie om de patiënt de juiste behandeling te geven en om mee te werken aan het verbeteren van de prestaties van het ziekenhuis.

In de grootstedelijke gebieden van Boston, Seattle en San Francisco woedt een stevige competitie om de gunst van de patiënt, maar is er ook zeer veel competitie voor gekwalificeerd medisch personeel. Artsen willen zich specialiseren, en daarna ook werken, in een goed ziekenhuis. Goed betekent niet alleen dat er voldoende geschikte apparatuur aanwezig is, het betekent ook dat er bekwame specialisten werken. En het betekent dat het ziekenhuis als organisatie goed moet presteren, zodat patiënten er graag en veel komen. Alle organisaties die wij hebben bezocht

hebben een sterke cultuur waarbij de specialisten en andere medische professionals zich allemaal actief inzetten om de kwaliteit van dienstverlening en service continu te verbeteren.

Niet alleen de cultuur zorgt voor deze inzet, de ziekenhuizen bouwen ook financiële prikkels in voor de specialisten om te zorgen dat die actief betrokken zijn bij het verbeteren van de prestaties van de organisatie. Deze prikkels zijn niet alleen gebaseerd op de financiële prestaties van het ziekenhuis, maar ook op het imago van het ziekenhuis bij patiënten en potentiële medewerkers. Drie vormen van prestatiebeloning die we tegen zijn gekomen zijn de prestatiebonussen, dividenduitkering en het 'capitated fee' systeem. De laatste twee systemen worden vooral gebruikt om

¹⁰ In Nederland worden per jaar productieafspraken gemaakt, dus hier dient de 'fee for service' om het vooraf afgesproken budget te vullen.

de teamprestatie te belonen, terwijl de prestatiebonus wordt ingezet om zowel de individuele als de teamprestatie te belonen.

Veel zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de VS geven specialisten prestatie-bonussen, maar meestal zijn deze bonussen gebaseerd op het rapporteren van een gevolgd proces, niet op de uitkomsten van dat proces. Procesmatige parameters en productiedoelstellingen worden gebruikt om de hoogte en verdeling van de prestatiebeloning vast te stellen. Zoals beschreven in de volgende sectie, hebben we ook organisaties bezocht die hard bezig zijn uitkomsten te meten om daarmee prestatieverbeteringen te kunnen volgen.

Dividenduitkering is een tweede manier om specialisten de financiële prikkel te geven om de prestaties van de zorginstelling waarin zij werken te verbeteren. De specialisten van Atrius Health krijgen – naast hun reguliere inkomen – een dividend uitgekeerd als het ziekenhuis financieel goed presteert. Zij hebben dus een prikkel om te zorgen dat de instelling kostenefficiënte zorg levert, waarbij de kwaliteit van zorg en dienstverlening hoog is. Als dit laatste niet het geval is, zullen patiënten kiezen voor een andere kliniek. En als dat gebeurt gaat dit ook ten koste van de financiële gezondheid van de instelling, en dus ook van het uitgekeerde dividend.

Een derde manier om het management en de medische staf te prikkelen om de medische en financiële prestaties te verbeteren is via de zogenaamde 'capitated fee' methode. Kaiser Permanente heeft het systeem van de 'capitated fee' het verst doorontwikkeld en ingevoerd. Ook andere zorgverleners, zoals Atrius Health, worden door

een deel van de zorgverzekeraars waar ze zaken mee doen gefinancierd via dit systeem. Een 'capitated fee' is een soort abonnementsstelsel. De verzekeraar betaalt de zorgverlener een vast bedrag voor de complete zorg voor zijn verzekerden. Het totale bedrag wordt vastgesteld op basis van demografische en gezondheidskenmerken van de totale populatie van het ziekenhuis of de polikliniek. De zorgverlener neemt hiermee een deel van het risico over van de verzekeraar.

In een 'capitated fee' financieringstructuur kan de zorgverlener zijn financiële resultaten verbeteren door efficiëntieverbeteringen door te voeren. Daarnaast heeft de zorgverlener een prikkel om patiënten uit het ziekenhuis te houden en dus aandacht te besteden aan preventie. Deze prikkel om patiënten uit het ziekenhuis te houden kan ook negatief worden uitgelegd als het ontzeggen van zorg aan patiënten. Daarom worden er ook altijd kwaliteits- en dienstverleningsdoelstellingen opgenomen in de financieringsovereenkomst.

Naast prestatiebeloning voor efficiëntie en kwaliteit is het belangrijk om specialisten te prikkelen om samen te werken. Moderne geneeskunde omvat steeds meer verschillende omgevingen (huisartsen, ziekenhuizen, poliklinieken, thuis, werk, etc.). Daarnaast wordt zorg ook steeds meer multidisciplinair. Om optimale zorg te kunnen leveren, blijven de specialisten van Atrius Health daarom hun patiënten volgen als die moeten worden opgenomen in een ziekenhuis. En hebben ze bedongen dat ze toegang hebben tot het ziekenhuis en tot de medische gegevens van hun patiënt, zodat ze die ook in het ziekenhuis kunnen blijven monitoren.

De organisatievorm tussen specialisten en zorginstelling is niet bepalend om de belangen gelijk te schakelen

Interessant in dit aspect is dat de organisatievorm van specialisten en zorginstelling van onderschikt belang lijkt te zijn aan de manier waarop prestaties worden beloond. De organisaties die we bezochten, hebben verschillende organisatievormen (zie figuur 9).

De specialisten waren:

- Vrijgevestigde specialisten verenigd in een maatschap
- In dienstverband
- Aandeelhouders

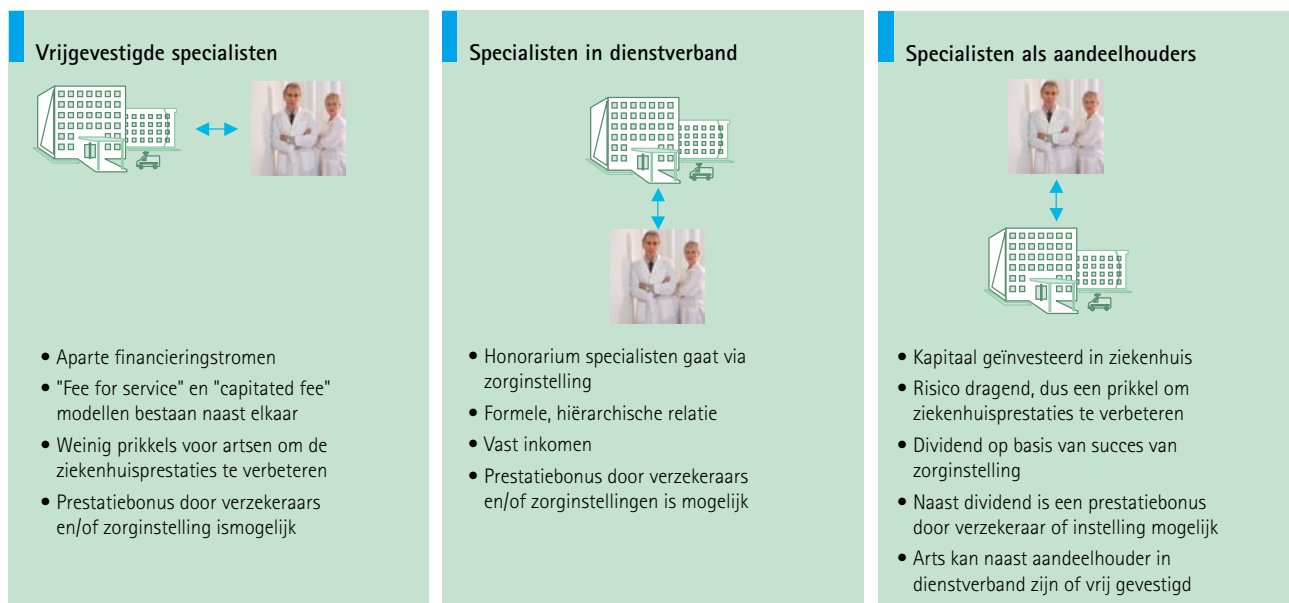
We hebben ook combinaties van specialisten als aandeelhouder en vrijgevestigde specialisten gezien binnen Atrius.

Een ander mogelijk organisatievorm, een die we niet zijn tegen gekomen, is er een waarbij er een strikte leveranciersrelatie is tussen de specialist en het ziekenhuis.

Binnen alle drie de hierboven weergegeven organisatievormen is het mogelijk om prestatiebonussen, capitated fee en dividenduitkering te gebruiken om de prestaties van specialisten – individueel en als team – te belonen. En zo te zorgen dat de belangen van zor-

ginstelling en specialist zijn gelijkgeschakeld.

Prestatiebeloning kan echter alleen werken als er een goed systeem is ingericht om de kwaliteits- en service-doelstellingen te meten en verbeteringen door de tijd te volgen.



Figuur 9. Verschillende organisatievormen voor specialisten en ziekenhuizen

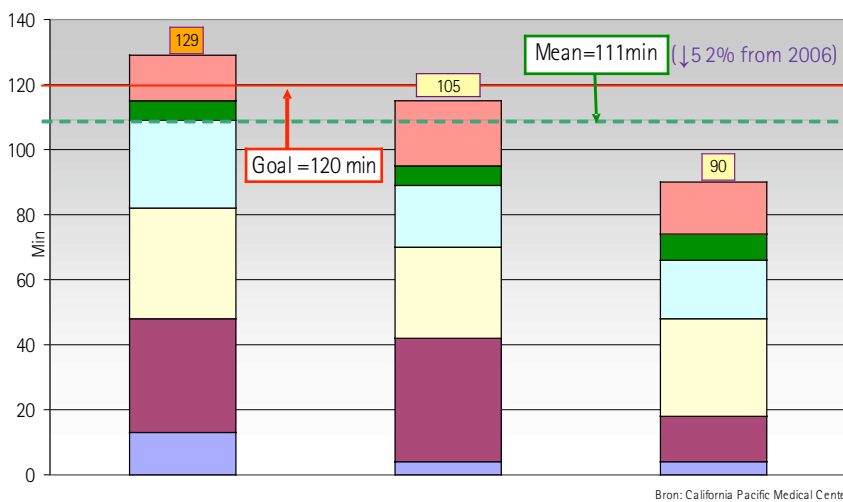
4. Bij succesvolle innovaties worden gezondheidsuitkomsten en service kwaliteit parameters gemeten en verbeteringen gevolgd in de tijd

Meten is weten. Ziekenhuizen moeten hun prestaties – medische uitkomsten, kwaliteit en niveau van dienstverlening – consistent meten om te weten of ze verbeteren. Zoals hiervoor beschreven, meten veel zorgverleners in Amerika op de een of andere manier hun prestaties. Velen worden zelfs deels gefinancierd op basis van hun scores op deze prestatiemetingen. Maar het is zeer moeilijk om de juiste dingen te meten om zo de werkelijke kwaliteit te meten in de geneeskunst. Voor een heup- of knie vervanging bijvoorbeeld duurt het jaren voordat het duidelijk is welk implantaat het beste resultaat geeft. Toch kunnen ziekenhuizen acties ondernemen om te bepalen of zij genoeg voortgang boeken in de verbetering van hun zorgverlening.

Allereerst is het belangrijk om duidelijke doelen te stellen. Ziekenhuizen moeten duidelijke keuzes maken over het niveau van kwaliteit, service en welke uitkomsten ze willen bereiken, en welk niveau en welke uitkomsten de

organisatie nu heeft. Daarna moet de organisatie bepalen hoe ze deze doelen willen bereiken en wat bruikbare parameters zijn om de voortgang te monitoren. Gelukkig komen er steeds meer data beschikbaar op het gebied van best practices en 'evidence based medicine'. Zo is het tegenwoordig algemeen geaccepteerd dat het voor patiënten van vitaal belang is om zo snel mogelijk vast te stellen of hij of zij gedotterd moet worden. En als dat zo is, moet de procedure ook zo snel mogelijk uitgevoerd worden. In dit licht is het dus van belang om de 'tijd tussen deur en ballon' zo kort mogelijk te maken. En dat is precies wat ze deden in het California Pacific Medical Center (zie figuur 10).

Door de 'tijd tussen deur en ballon' te meten en door een ambitieus doel te zetten kon men alle stappen in het proces kritisch analyseren en zag men waar het proces kon worden verbeterd.



Figuur 10. Gemiddelde tijd tussen binnenkomst van een patiënt en einde van de dotterbehandeling in de maanden mei, juli en september 2007

Het Virginia Mason Medical Center, waar het Toyota Productie Systeem is aangepast aan de gezondheidszorg, gaat nog systematischer te werk om processen te verbeteren. Maar ook hier worden doorlooptijden, aantal handelingen, resultaten, etc. nauwkeurig gemeten om te kijken of er voldoende vooruitgang wordt geboekt bij het herinrichten van de verschillende processen.

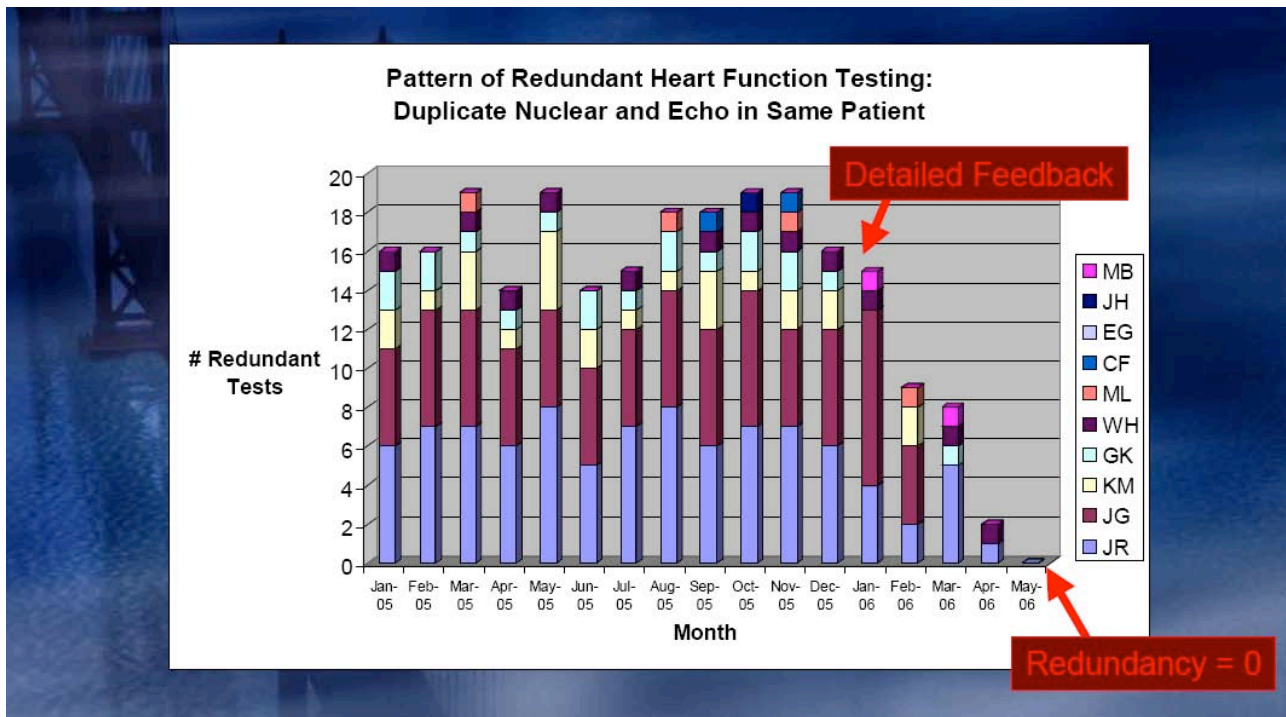
Meetwaarden zijn niet alleen een belangrijk middel om voortgang te monitoren, maar kunnen ook helpen om verandering te bewerkstelligen bij organisaties. Iedere professional wil zijn of haar werk zo goed mogelijk doen. Maar soms zijn manieren van werken er over langere tijd ingesleten en is het moeilijk om ze te veranderen. Zo is het tegenwoordig bekend dat het voor patiënten met een bepaalde hartaandoening overbodig is om zowel een nucleaire als een echo test uit te voeren. Hoewel deze kennis aanwezig was, moesten de specialisten van het Virginia Mason Medical Center er individueel met maat en getal op gewezen

worden dat ze veel overbodige testen deden voordat ze deze daadwerkelijk weglieten (zie figuur 11).

Dat het belang van gezondheidsuitkomsten, service- en kwaliteitsparameters toeneemt, blijkt ook uit het feit dat de Amerikaanse overheid de komende jaren uitkomst- en procesparameters gaat gebruiken in de Medicare en Medicaid vergoedingsystemen. Met ingang van 2009 worden ziekenhuisprestaties gemeten op het gebied van katheterinfecties, doorligwonden, bloedtransfusies, luchtembolie, het achterlaten van vreemde objecten na operaties, etc. Ziekenhuizen waar te vaak dit type

fouten voorkomt, krijgen geen vergoeding meer. Deze veranderingen in beleid worden algemeen beschouwd als voorlopers van het zogenaamde "Geen uitkomsten – geen inkomsten beleid".

Zorgprofessionals willen continu verbeteren. Maar door de drukke dagelijkse werkzaamheden is het moeilijk hiervoor tijd en energie vrij te maken. Professionals moeten worden gestimuleerd en gefaciliteerd om te verbeteren. Alleen als het management van de instelling geïnteresseerd is in innovatie krijgen de professionals de mogelijkheid om te verbeteren.



Figuur 11. Overbodige hartfunctietesten per specialist in het Virginia Mason Medical Center

Bron: Virginia Mason Medical Center

5. *Bij succesvolle innovaties zijn ziekenhuisdirecties geëngageerd en tonen leiderschap om de veranderingen ook daadwerkelijk te bewerkstelligen*

Specialisten en andere medische professionals zijn altijd op zoek naar innovatieve technologieën om patiënten te kunnen helpen die eerst niet geholpen konden worden. Maar niet alle artsen zijn gewend om constant hun werkwijzen en processen te herzien en te kijken of ze kunnen innoveren om zo de kwaliteit en het niveau van de dienstverlening en de uitkomsten te verbeteren. De directies van ziekenhuizen hebben de taak om ze te inspireren, motiveren en faciliteren om te verbeteren. En om dat goed te kunnen doen, moet de top van ziekenhuizen ook echt geëngageerd zijn om de organisatie te verbeteren. Deze betrokkenheid kwam bij de door ons bezochte organisaties op verschillende manieren tot uiting.

Directiebetrokkenheid bij Virginia Mason

Toen de voorzitter van de Raad van Bestuur van Virginia Mason, Dr. Gary Kaplan (nog steeds praktiserend internist), besloot dat zijn ziekenhuis het Toyota Productie Systeem ging gebruiken, besloot hij tegelijkertijd dat het totale topmanagement van het ziekenhuis grondig moest worden onderwezen in de Toyota filosofie. Alle topmanagers gingen op bezoek in Japan en zijn getraind in Kaizen. Op dit moment bestaat het Kaizen Promotion Office al uit ruim 10 personen. Deze interne consultants helpen de teams van medewerkers om hun eigen prestaties te verbeteren. Daarnaast volgen ook alle medische- en vakgroepmanagers de Kaizen training, zodat ze actief de implementatieteams kunnen ondersteunen om de zorgverlening te innoveren en verbeteren.

Kwaliteit is een managementverantwoordelijkheid bij California Pacific

California Pacific Medical Center behoort, net als Virginia Mason, tot de top 33 ziekenhuizen volgens de Leapfrog Group. Leapfrog kijkt hierbij naar de kwaliteit van de zorg en naar patiëntveiligheid. Tijdens ons bezoek zagen we duidelijk de commitment van de 14-koppige afdeling 'Quality and Outcomes Management'. Deze zeer actieve afdeling ontwerpt verschillende kwaliteitsprogramma's, ontwikkelt parameters en verzamelt, analyseert en interpreteert de data. Op basis van de inzichten die uit de data voortkomen geven ze gedetailleerde feedback aan de medische staf en andere medewerkers over hun prestaties. Daarnaast ondersteunen ze het management en de rest van de organisatie bij het meten van voortgang om bepaalde innovatiedoelstellingen te bereiken. Het hoofd van de afdeling zit in het managementteam van het ziekenhuis, om het belang van kwaliteit aan te geven.

Op basis van de hier besproken voorbeelden van koploper organisaties uit de VS hebben we laten zien dat er een vijftal randvoorwaarden zijn voor succesvolle innovaties van zorgverleningprocessen.

Artsen, medewerkers en management van het ziekenhuis zullen intensief moeten samenwerken om de dienstverlening te verbeteren. Daarnaast is het belangrijk dat kwantitatieve inzichten worden gebruikt om doelen te stellen en voortgang te meten.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met

Jeroen van der Wolk
+31 (0)6 53 90 13 27
Jeroen.vanderwolk@gupta-strategists.nl
www.gupta-strategists.nl

