



Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven

Vanaf 2015 hebben Beatrixziekenhuis en Bernhoven omvangrijke veranderprogramma's ingevoerd. CPB, IQ healthcare en NZa hebben een evaluatie uitgevoerd van de veranderingen, doelmatigheid en andere effecten in de eerste drie jaar.

Effecten

- doelmatigheid meer verbeterd dan in andere ziekenhuizen
- minder (intensieve) zorg verleend
- geen afwenteling van patiënten op andere ziekenhuizen
- geen duidelijke verandering in kwaliteit

Veranderprogramma's

- meerjarige aanneemsommen tussen verzekeraars en ziekenhuizen
- meer samenwerking met en overdracht zorg naar huisartsen
- organisatieverandering
- bottom-up initiatieven
- wegnemen productieprikkel



Nederlandse
Zorgautoriteit

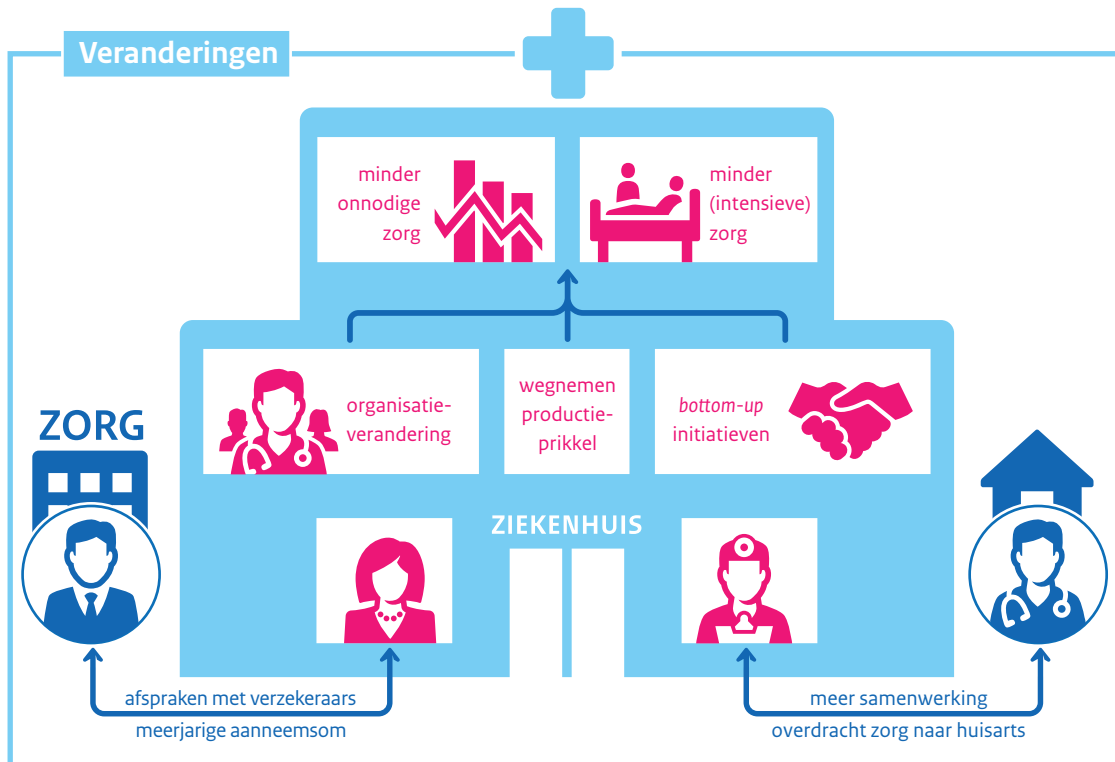


CPB Policy Brief

CPB: Rudy Douven, Maaïke Diepstraten, Anita Kopányi-Peuker
IQ healthcare: Simone van Dulmen, Niek Stadhouders,
Erik Wackers, Patrick Jeurissen
NZa: Gustaaf Wijnker, Misja Mikkers

Evaluatie doelmatigheid ziekenhuizen

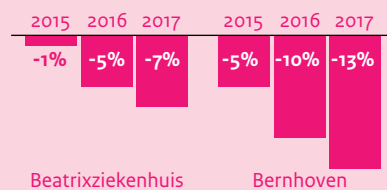
Vanaf 2015 hebben Beatrixziekenhuis en Bernhoven omvangrijke veranderprogramma's ingevoerd. CPB, IQ healthcare en NZa hebben een evaluatie uitgevoerd naar de veranderingen, doelmatigheid en andere effecten in de eerste drie jaar



Doelmatigheid

De doelmatigheid is meer verbeterd over tijd dan in vergelijkbare ziekenhuizen

daling in waarde behandelvolume t.o.v. het gemiddelde van vergelijkbare ziekenhuizen



geen afwenteling van patiënten op andere ziekenhuizen



geen duidelijke veranderingen in kwaliteit

Andere bevindingen



omvang blijvende financiële besparingen nog onduidelijk



toename zorgvolume buiten ziekenhuis (zoals huisartsen)



wachttijd bij meeste specialismes hetzelfde, bij enkele toegenomen



verschuiving naar behandelingen zonder opname



uitgangspositie ziekenhuis bepaalt mede doelmatigheidspotentieel

© Centraal Planbureau, Den Haag 2020

Samenvatting

Beatrixziekenhuis en Bernhoven hebben hun doelmatigheid meer verbeterd dan vergelijkbare ziekenhuizen. In 2015 hebben deze twee ziekenhuizen omvangrijke veranderprogramma's ingevoerd, gefaciliteerd door meerjarige aanneemsommen tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Dit heeft in de eerste drie jaar geresulteerd in een sterkere daling van het behandelvolume dan in vergelijkbare ziekenhuizen. Er zijn geen aanwijzingen voor het optreden van ongewenste effecten, zoals verschuivingen naar andere ziekenhuizen of daling van kwaliteit. Het is echter nog te vroeg om vast te stellen of dit ook op termijn tot blijvende financiële besparingen zal leiden. Dit blijkt uit een gezamenlijke evaluatie van het CPB, IQ healthcare en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

De evaluatie van de veranderprogramma's laat zien dat minder én minder intensieve behandelingen in beide ziekenhuizen hebben plaatsgevonden dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Zo vinden we een afname van het aantal klinische behandelingen, verkregen door minder te behandelen of door verschuiving van klinische behandelingen naar dagbehandeling. Ook is er intensief samengewerkt met huisartsen om de zorg voor patiënten langer uit het ziekenhuis te houden.

Er zijn geen aanwijzingen voor het optreden van ongewenste effecten, zoals verschuivingen naar andere ziekenhuizen in de regio of een daling van de kwaliteit van zorg. Ook is in beide regio's het aandeel mensen dat andere ziekenhuizen bezoekt niet toegenomen. Uit de scores op de onderzochte kwaliteitsindicatoren blijkt dat de kwaliteit van zorg in beide ziekenhuizen gemiddeld tot hoog is, en dat gemiddeld genomen de kwaliteit niet is veranderd. Wel is bij Bernhoven de wachttijd toegenomen voor een viertal specialismen.

Of deze programma's op termijn zullen leiden tot blijvende financiële besparingen is nog niet duidelijk. Een verbetering van de doelmatigheid is een eerste belangrijke stap voor het realiseren van financiële besparingen. Die treden op wanneer beide ziekenhuizen erin slagen hun interne kosten, zoals voor personeel en kapitaal, minder snel te laten groeien dan vergelijkbare ziekenhuizen. Uit de analyses van de jaarverslagen en interviews met betrokkenen volgen enkele positieve indicaties in deze richting, maar het is nog te vroeg om definitieve conclusies te trekken.

Beide programma's kenmerken zich door grote organisatorische aanpassingen. Belangrijk waren bijvoorbeeld de meer dan vijftig nieuwe initiatieven die in ieder ziekenhuis vanaf de werkvloer zijn opgestart en die onderling erg van elkaar kunnen verschillen, het wegnemen van de productieprikkel bij medisch specialisten en een goed gecoördineerde samenwerking met huisartsen en verzekeraars. In Bernhoven stapte men bovendien over naar vier typen zorgmodellen: acute zorg, diagnose en indicatiestelling, interventie-zorgstraten, en chronische zorg.

De programma's kenmerken zich ook door een andere financiering met lagere productieprikkel. Beide ziekenhuizen hebben vijfjarige aanneemsommen afgesloten met hun belangrijkste verzekeraars. Hierdoor zijn de inkomsten van ziekenhuizen minder afhankelijk geworden van hun productie. Dit geeft ziekenhuizen financiële ruimte en zekerheid om de programma's door te voeren zonder dat dit direct tot minder inkomsten leidt. Verandering van financiering is dan ook een randvoorwaarde. Het gaat echter uiteindelijk om de organisatorische veranderingen die daarmee mede gefaciliteerd worden. Voor een landelijke opschaling is meer nodig dan alleen een verandering in de financiering, de directe kansen voor besparingen zitten ook in een andere organisatie van de zorg.

1 Inleiding

Er is een voortdurende zoektocht naar het vergroten van de doelmatigheid in de zorg. In het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek' concludeerde een commissie samengesteld door het ministerie van VWS (de Taskforce) dat de manier waarop we in Nederland zorg organiseren goed is, maar dat het veel beter kan. Voorbeelden die de Taskforce noemt om zorg doelmatiger te maken zijn het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van zorg naar dichterbij mensen thuis en het vervangen van zorg door betere alternatieven. Bij ziekenhuizen noemen ze als voorbeelden het voorkomen van onnodige doorverwijzingen en behandelingen, of dubbele diagnostiek.¹

Experimenten bij ziekenhuizen kunnen helpen om de doelmatigheid te vergroten. In het zorgstelsel van gereguleerde concurrentie ligt de taak voor een doelmatiger zorgverlening bij marktpartijen zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het zorgstelsel zijn prikkels ingebouwd die marktpartijen stimuleren om zorg doelmatiger vorm te geven. Dat is echter niet eenvoudig en blijkt in de praktijk een proces van vallen en opstaan. Experimenten met nieuwe samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere zorgverleners kunnen meer inzicht geven in doelmatiger zorg, maar dit staat of valt bij een goede evaluatie.

Wanneer neemt de doelmatigheid van een ziekenhuis toe? We spreken in deze Policy Brief van een toename van doelmatigheid wanneer het een ziekenhuis lukt om hun behandelvolume meer te laten dalen, of minder hard te laten stijgen, dan vergelijkbare ziekenhuizen gedurende de periode van het experiment zonder dat de kwaliteit en toegankelijkheid hieronder lijden. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door minder zorg te leveren, door meer substitutie van intensievere door minder intensieve zorg binnen het ziekenhuis, of door substitutie van zorg naar de eerste lijn, terwijl de uitkomst van de behandeling hetzelfde blijft. Daarnaast treden er tijdens het experiment geen of beperkte nadelige effecten op, zoals een afwenteling van zorg op andere ziekenhuizen. Een toename van de doelmatigheid hoeft dus op de kortere termijn niet per se tot financiële besparingen bij ziekenhuizen of verzekeraars te leiden.

Twee ziekenhuizen hebben vanaf 2015 samen met verzekeraars CZ en VGZ veranderprogramma's ingevoerd om de zorg doelmatiger te maken: Beatrixziekenhuis met programma 'Kwaliteit als medicijn' en Bernhoven met programma 'Droom'.² Beide programma's kenmerken zich door grote organisatorische aanpassingen en door een andere financiering met lagere productieprijken. De introductie van keuzehulp voor patiënten en het vervangen van een klinische behandeling door een dagbehandeling zijn voorbeelden van de meer dan honderd initiatieven die vanaf de werkvloer zijn gestart. Een belangrijk onderdeel was ook de vijfjarige aanneemsom die tussen beide ziekenhuizen en verzekeraars werd afgesloten. Het doel was een omslag van een meer productie-gedreven zorg naar een meer kwaliteit-gedreven zorg. Het CPB, IQ healthcare en de NZa hebben samen onderzocht of beide ziekenhuizen doelmatiger zijn geworden gedurende de eerste drie jaar na invoering van deze programma's.

Met deze programma's hebben Beatrixziekenhuis en Bernhoven hun doelmatigheid verbeterd ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen. In de volgende paragraaf laten we zien dat drie jaar na invoering de waarde van het behandelvolume van het Beatrixziekenhuis met 7%, en van Bernhoven met 13% is gedaald, in vergelijking met het behandelvolume bij vergelijkbare ziekenhuizen, zonder dat er nadelige effecten zijn gevonden. Deze daling wordt mede verklaard door een verschuiving van klinische behandelingen naar

¹ Taskforce (2019).

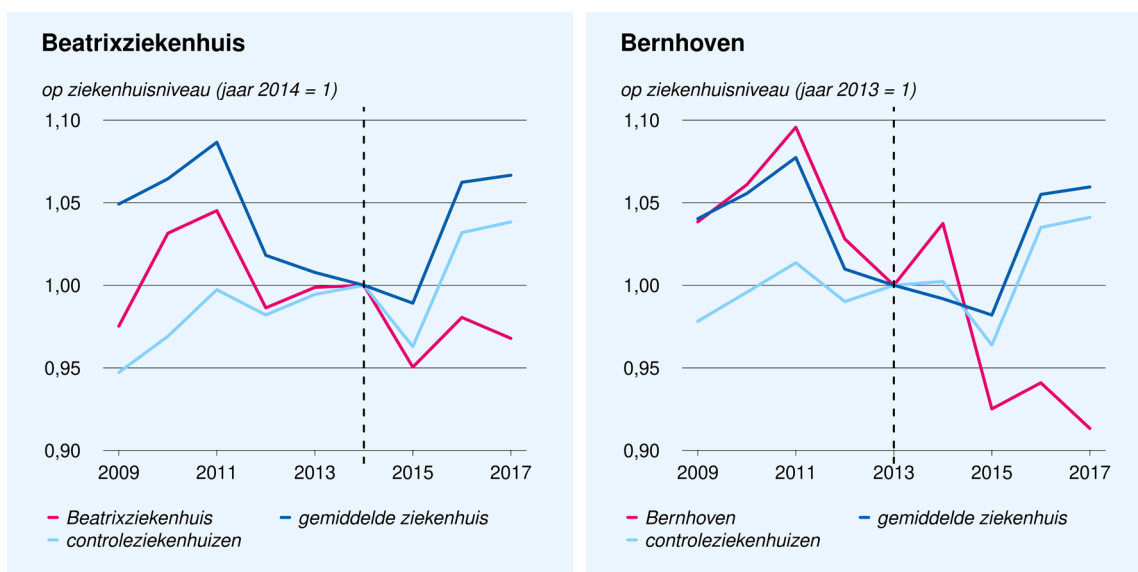
² Beatrixziekenhuis is een regionaal ziekenhuis in Gorinchem en is onderdeel van de Zorggroep Rivas. Het verzorgingsgebied omvat de Alblasserwaard, Vijfherenlanden en het land van Heusden en Altena. Bernhoven heeft een regionaal ziekenhuis in Uden met als verzorgingsgebied de regio's Uden, Oss en Veghel.

dagbehandelingen en de overdracht van zorg aan de huisarts. Paragraaf 3 gaat op basis van interviews nader in op de programma's en de mechanismen die bijgedragen hebben aan dit resultaat. De laatste paragraaf bespreekt lessen uit het onderzoek voor beleid. Voor een uitgebreide verantwoording en meer empirische analyses verwijzen we naar de rapporten van CPB/NZa (2020) en IQ healthcare (Van Dulmen et al., 2020).

2 Beide ziekenhuizen hebben hun doelmatigheid verbeterd

Voor beide ziekenhuizen neemt de waarde van het behandelvolume (dbc's) af ten opzichte van een groep vergelijkbare ziekenhuizen gedurende tussen 2015 en 2017. Figuur 1 vergelijkt de waarde van het behandelvolume voor de jaren 2009-2017 van Beatrixziekenhuis en Bernhoven met het gemiddelde van vergelijkbare ziekenhuizen en met het gemiddelde ziekenhuis in de markt.³ Na invoering van de programma's daalde de waarde van de behandelvolumes jaarlijks stapsgewijs bij Beatrixziekenhuis met ongeveer 1% in 2015, 5% in 2016 en 7% in 2017, en bij Bernhoven met 5% in 2015, 10% in 2016 en 13% in 2017 meer dan het gemiddelde van een groep vergelijkbare ziekenhuizen.⁴ De waardedaling geeft een eerste indicatie dat na invoering van de programma's beide ziekenhuizen minder patiënten, of patiënten minder intensief, zijn gaan behandelen.

Figuur 1 Waarde behandelvolume op ziekenhuisniveau (gemeten in mediane marktprijzen)



Tabel 1 laat zien dat deze waardedaling bij Bernhoven wordt verklaard door een relatieve daling van het aantal patiënten (7,1% in 2017). Dit duidt op minder zorg en meer verschuiving van zorg naar buiten het ziekenhuis, zoals huisartsenzorg.⁵ Bij Beatrixziekenhuis zien we een kleine toename van het aantal patiënten en wordt de

³ De waarde van het behandelvolume is berekend met mediane marktprijzen van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). De waarde is bepaald door alle mediane prijzen van dbc's die gedeclareerd worden in ziekenhuiszorg op te tellen. We verwachten dat dit een goede indicatie is voor waarde of behandelintensiteit van die dbc's.

⁴ Bij Beatrixziekenhuis is het vergelijkingsjaar 2014, het jaar voor de invoering van hun programma. Bij Bernhoven was er een lastig te verklaren piek in de productie in 2014 (zie Figuur 1). Om te voorkomen dat dit de resultaten sterk beïnvloedt is bij Bernhoven 2013 als startjaar gekozen voor de vergelijking. Beatrixziekenhuis is vergeleken met 23, en Bernhoven met 16 vergelijkbare ziekenhuizen.

⁵ Bernhoven heeft hierbij specifiek beleid ingezet om hun medisch specialisten te laten samenwerken met huisartsen in de regio waardoor er meer huisartsconsulten en minder behandelingen in het ziekenhuis plaatsvinden.

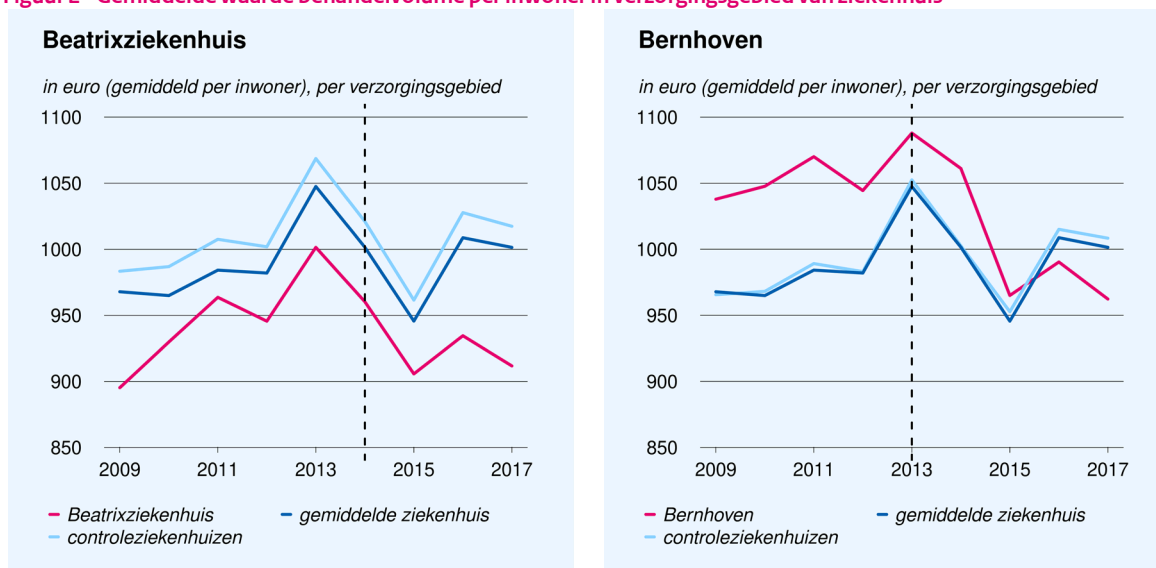
waardedaling verklaard door minder intensief behandelen. Belangrijk is de vraag of door de daling in het behandelvolume geen nadelige effecten optreden, zoals afwenteling van zorg op andere ziekenhuizen of een daling in kwaliteit van zorg.

Tabel 1 Effect van de veranderprogramma's op ziekenhuisniveau voor verschillende volumes

	Beatrixziekenhuis	Bernhoven
Effecten op ziekenhuisniveau t.o.v. het gemiddelde van vergelijkbare ziekenhuizen		
Omzet (mediane prijzen)	-7,1%	-13,1%
Aantal patiënten	+1,3%	-7,1%

Er zijn geen aanwijzingen voor het optreden van ongewenste effecten, zoals verschuivingen van zorg naar andere ziekenhuizen. Bij een financiering via een aanneemsom kan een ziekenhuis besparen door minder patiënten aan te trekken, bijvoorbeeld door minder kwaliteit te leveren, of door patiënten vaker door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. Er is dan geen sprake van doelmatigheid maar van ongewenste afwenteling op patiënten of op andere ziekenhuizen. Als dit effect optreedt dan zullen dalingen in het behandelvolume bij Bernhoven en Beatrixziekenhuis niet leiden tot een daling van het behandelvolume in hun verzorgingsgebieden. Figuur 2 laat echter zien dat ook dat is gedaald. Bij Beatrixziekenhuis daalde de waarde van het behandelvolume met gemiddeld 4,7% meer dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Bij Bernhoven is de daling 7,4%. Deze daling is lager dan de daling op ziekenhuisniveau omdat patiënten in verzorgingsgebieden ook andere ziekenhuizen bezoeken. Tabel 2 laat zien dat ook het aantal patiënten in het verzorgingsgebied daalde ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen.⁶ Dit duidt niet op een ongewenste verschuiving van patiënten naar andere ziekenhuizen.

Figuur 2 Gemiddelde waarde behandelvolume per inwoner in verzorgingsgebied van ziekenhuis



Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor verandering in kwaliteit van zorg bij Bernhoven en Beatrixziekenhuis. De algemene indruk van de kwaliteit van zorg, op basis van de rapportcijfers die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in 2019 heeft verzameld, is dat deze kwaliteit hoog is voor Beatrixziekenhuis en gemiddeld voor Bernhoven.⁷ Op basis van patiëntervaringen die gepubliceerd zijn door

⁶ Het aantal inwoners in het verzorgingsgebied dat voor een ander ziekenhuis kiest lijkt ook niet toe te nemen (CPB/NZa, 2020).

⁷ Beatrixziekenhuis krijgt in 2019 een 8,1 als gemiddeld rapportcijfer en Bernhoven een 7,6. De controlegroep van Beatrixziekenhuis krijgt gemiddeld een 7,8 en bij Bernhoven een 7,7. ([link](#))

Patiëntenfederatie Nederland is de kwaliteit hoog voor Bernhoven en gemiddeld voor Beatrixziekenhuis.⁸ Er zijn geen duidelijke opwaartse of neerwaartse trends in kwaliteit zichtbaar na 2015. Een verdiepende analyse geeft geen duidelijke aanwijzingen voor een hogere of lagere kwaliteit zorg na invoering van een aantal initiatieven bij beide ziekenhuizen.⁹

Wachttijden nemen toe bij enkele specialismen. De lagere productieprikkels die beide programma's kenmerken zouden ook tot oplopende wachttijsten kunnen leiden. Een vergelijking van trends in wachttijden voor achttien verschillende specialismen voor de jaren 2012-2017 laat zien dat de wachttijden zijn gestegen bij één specialisme in Beatrixziekenhuis en bij vier specialismen in Bernhoven, ten opzichte van een groep vergelijkbare ziekenhuizen.¹⁰ In hoeverre de stijging van deze wachttijden de kwaliteit van zorg heeft beïnvloed is niet nader onderzocht.

De daling van het volume wordt mede verklaard door een verschuiving van klinische behandelingen naar dagbehandelingen. Tabel 2 laat zien dat het aantal klinische behandelingen in de verzorgingsgebieden van Beatrixziekenhuis en Bernhoven daalt, en het aantal dagbehandelingen gelijk blijft of stijgt. Dit duidt op verschuiving van klinische behandelingen naar dagbehandelingen (zie kader op pagina 9 voor twee specifieke initiatieven).

Het aantal inwoners in het verzorgingsgebied rond Beatrixziekenhuis en Bernhoven dat contact heeft met de huisarts is toegenomen ten opzichte van inwoners in vergelijkbare verzorgingsgebieden. Dit duidt op een intensievere samenwerking met huisartsen om behandelingen uit het ziekenhuis te houden. In de regio van Bernhoven vinden we een toename in het aantal patiënten die een lang consult of visite krijgen, en in het aantal telefonische consulten. In de regio van Beatrixziekenhuis zien we een toename in het aantal lange visites.

Tabel 2 Effect van de veranderprogramma's op zorggebruik in verzorgingsgebied van een ziekenhuis

	Beatrixziekenhuis	Bernhoven
Gemiddeld effect zorggebruik verzorgingsgebied, t.o.v. vergelijkbare ziekenhuizen		
Waarde behandelvolume (mediane prijzen)	-4,7%	-7,4%
Aantal patiënten	+0,1%	-5,1%
Aantal dagbehandelingen	+2,9%	+0,4%
Aantal klinische behandelingen	-2,7%	-8,0%
Huisarts (unieke patiënten met lange consulten)	+0,4%	+3,5%
Huisarts (unieke patiënten met lange visites)	+5,9%	+9,2%
Overige Zvw-uitgaven (excl. ziekenhuisuitgaven)	+2,2%	+3,0%

Noot: Effecten zijn berekend over alle inwoners in een verzorgingsgebied waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Merk op dat in een verzorgingsgebied ongeveer 20-25% van de patiënten een ander ziekenhuis dan Bernhoven en Beatrixziekenhuis bezoekt. Dit verklaart mede waarom de effecten op niveau van het verzorgingsgebied kleiner zijn dan op ziekenhuisniveau.

Door zorg uit het ziekenhuis te plaatsen nemen de overige Zvw-uitgaven (exclusief ziekenhuisuitgaven) toe.¹¹ Na het invoeren van de veranderprogramma's namen de overige Zvw-uitgaven toe in het

⁸ Bijvoorbeeld in 2019 krijgt ziekenhuis Bernhoven een 8,9 als gemiddeld cijfer en Beatrixziekenhuis een 8,4. De controlegroep van Bernhoven krijgt gemiddeld een 8,5 en van Beatrixziekenhuis een 8,6. ([link](#))

⁹ Dit verdiepend onderzoek betreft drie specifieke initiatieven bij Beatrixziekenhuis: polireview, fast-track orthopedie en KNO in dagbehandeling en drie initiatieven bij ziekenhuis Bernhoven: keuzehulp bij galblaas en liesbreuk, interventies bij orthopedie en oogmetingen, (IQ healthcare, 2020).

¹⁰ We spreken van een toename in wachttijden bij een specialisme wanneer na invoering van de veranderprogramma's een stijgende trend zichtbaar is én in een bepaald jaar de wachttijd hoger is dan voor 90% van de controleziekenhuizen.

¹¹ Overige Zvw uitgaven bestaan onder meer uit uitgaven aan de huisartsenzorg, verloskundezorg, farmacie, mondzorg, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg en kraamzorg.

verzorgingsgebied van zowel Beatrixziekenhuis als Bernhoven, in vergelijking met die in vergelijkbare verzorgingsgebieden. De schattingen laten zien dat de toename van de overige Zvw-uitgaven ongeveer overeenkomt met 10-25% van de waardedaling van het behandelvolume in het ziekenhuis.

De uitgangspositie van Beatrixziekenhuis en Bernhoven speelt mogelijk een rol bij de daling van het behandelvolume. Figuur 2 laat zien dat de gemiddelde waarde van het behandelvolume relatief hoog was voor inwoners in het verzorgingsgebied van Bernhoven in de periode 2009-2013, voordat het programma werd ingevoerd. Het hoge uitgangsniveau gaf Bernhoven wellicht meer ruimte om een sterke daling in het behandelvolume te realiseren, zoals ook te zien is in figuur 1. Bij Beatrixziekenhuis was de uitgangspositie lager dan bij de andere ziekenhuizen. Dit zou erop kunnen duiden dat Beatrixziekenhuis al doelmatiger was georganiseerd bij aanvang van het programma en er bij Bernhoven meer ruimte was om de doelmatigheid te vergroten.¹²

Een vermindering van volume en onnodige zorg leidt niet automatisch tot financiële besparingen.

Dalingen in volumes zijn niet een-op-een te vertalen naar daling in personeelskosten en gebouwgebonden kosten, doordat ook bij volumedalingen de gebouwen betaald moeten worden en er een minimale omvang aan personeel nodig is. Besparing op de interne kostenstructuur is een langetermijnproces en vergt voortdurende aandacht en actief beleid. Verschillende bronnen, onder andere jaarverslagen en interviews, geven een voorzichtige indicatie dat beide ziekenhuizen kostenbesparingen hebben behaald, zoals het sluiten van een verpleegafdeling (Beatrixziekenhuis) en door een reorganisatie van zorgmodellen (Bernhoven). Lagere premies voor verzekerden treden op wanneer de budgetten die verzekeraars verstrekken aan beide ziekenhuizen minder hard stijgen dan die voor vergelijkbare ziekenhuizen. Een analyse van de jaarverslagen suggereert dat in het eerste jaar van de aanneemsom, 2015, het ziekenhuisbudget harder groeide, en in latere jaren minder hard groeide dan in vergelijkbare ziekenhuizen. De financiële besparingen lijken dus vooral op te treden in de latere jaren van de vijfjarige contractperiode. De jaarverslagen laten zien dat de winstmarges bij beide ziekenhuizen onder druk staan, wat suggereert dat het afbouwen van de interne kostenstructuur uitdagend blijft.¹³

De analyse kent beperkingen, het is niet mogelijk om alle effecten kwantitatief in kaart te brengen. De analyse is gebaseerd op de aanwezige data. Niet alle (afwentel)effecten kunnen we even goed waarnemen, noch kunnen we alle aspecten van kwaliteit meten. Registratie-effecten kunnen mogelijk een rol spelen, hoewel die waarschijnlijk klein zijn.¹⁴ Het is lastig om alle gevonden effecten tegen elkaar af te wegen omdat de richting van effecten niet altijd eenduidig is. Een andere beperking is dat de analyse alleen de eerste drie jaar na invoering betreft, terwijl het meerjarige contract dat in 2015 is afgesloten vijf jaar duurt. Ook kunnen we de verschillende onderdelen van de veranderprogramma's niet van elkaar isoleren. Zo kunnen we niet meten in welke mate de effecten worden gedreven door de aanneemsom, in loondienst gaan, of andere factoren. Daarom verkent de volgende paragraaf de werkingsmechanismen van de programma's nader op basis van interviews met betrokkenen uit beide ziekenhuizen, zorgverleners uit de regio en zorgverzekeraars.

¹² Er is alleen gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht en niet voor ziektekenmerken van de populatie. In een analyse van de schadelast van verzekeraars van Nederlandse ziekenhuizen laat De Nijs (2020) zien dat regio's rond ziekenhuizen met een hoge schadelast als startpositie vaker een dalende trend in schadelast over tijd vertonen, en regio's rond ziekenhuizen met een lage startpositie vaak een stijgende trend ten opzichte van het gemiddelde ziekenhuis. Dit suggereert dat het afbouwen van behandelvolume eenvoudiger is bij een hoge startpositie.

¹³ Zie IQ healthcare (2020).

¹⁴ Voor ziekenhuizen met een aanneemsom is de noodzaak om iedere behandeling via een dbc te registreren kleiner dan voor ziekenhuizen die per behandeling betaald krijgen. Ziekenhuizen zijn echter wettelijk verplicht om behandelingen te registreren. Ook is het belangrijk omdat beide ziekenhuizen door sommige verzekeraars betaald krijgen per behandeling. Verzekeraars hebben ook belang bij goede registraties, bijvoorbeeld voor het innen van eigen betalingen in verband met het eigen risico.

Voorbeeld van een initiatief bij Bernhoven en Beatrixziekenhuis

Beatrixziekenhuis: KNO-operaties in dagbehandeling. Bij Beatrixziekenhuis was er een initiatief om bij KNO-operaties een patiënt minder vaak te laten overnachten in het ziekenhuis, maar binnen een dag te behandelen. Dit is een voorbeeld van substitutie van klinische door dagbehandeling. Dit betrof de behandelingen amandel knippen, neusschotcorrectie en oorbuisjes plaatsen. Voor neusschot-correcties was het effect het grootst, en nam het aantal opnames af met ongeveer 39%-punt tussen 2014 en 2017, ten opzichte van de controleziekenhuizen.

Bernhoven: keuzehulp bieden aan patiënt. Bij Bernhoven werd keuzehulp ingevoerd vanaf eind 2015 voor vier verschillende operaties galblaasverwijdering, liesbreuk, knie- en heupvervangende bij artrose. Bij keuzehulp krijgt de patiënt vooraf meer informatie over een behandeling met alle voor- en nadelen. Vervolgens besluiten de patiënt en de specialist gezamenlijk om een behandeling wel of niet uit te voeren. Voor alle vier de behandelingen nam het aandeel operaties af ten opzichte van de controleziekenhuizen. Voor liesbreukoperaties was het effect het grootst met een afname van 13%-punt tussen 2013 en 2017.

3 Beschrijving, implementatie en werkingsmechanismen

De veranderprogramma's van Beatrixziekenhuis en Bernhoven zijn zeer omvangrijk.¹⁵ Tabel 3 laat zien dat beide ziekenhuizen grootschalige veranderingen hebben doorgevoerd. Het doel van beide programma's is een transitie van meer productie-gedreven naar kwaliteit-gedreven zorg: hogere kwaliteit tegen lagere kosten. Naast het doorvoeren van verbeterinitiatieven en intensievere samenwerking met stakeholders zijn er ingrijpende aanpassingen gedaan in de financieringsstructuur. In Bernhoven is tevens een specifiek cultuurprogramma ontwikkeld en zijn meer veranderingen in de organisatiestructuur doorgevoerd. Het geheel van alle onderdelen heeft een fundamentele verandering teweeggebracht in beide ziekenhuizen. Om de implementatie en de werkingsmechanismen van het programma in kaart te brengen zijn interviews gehouden met 63 betrokkenen van beide ziekenhuizen. Hiermee hebben we de belangrijkste factoren van de implementatie geïdentificeerd, zoals die door de stakeholders zelf zijn ervaren.

Kwaliteitsinitiatieven zijn een belangrijke motor voor verandering en commitment voor het veranderprogramma. Het bottom-up ophalen bij professionals van kwaliteitsinitiatieven in ziekenhuizen kweekt eigenaarschap en draagvlak voor de strategie. De kwaliteitsinitiatieven zijn (deels) verschillend in beide ziekenhuizen, maar zowel Beatrixziekenhuis als Bernhoven beoogt de zorg beter aan te sluiten bij de behoefte van de patiënt, zoals bijvoorbeeld keuzehulpen, én de zorg op de juiste plek plaats te laten vinden, zoals overdracht van zorg aan de huisarts. Daarnaast bleek dat het goed uitdragen van succesvolle strategieën stimulerend werkte binnen de organisatie. Mede hierdoor werd de strategie meer dan een optelsom van de

¹⁵ Bij Beatrixziekenhuis waren de veranderingen onderdeel van de veranderingen bij Zorggroep Rivas.

losse initiatieven. Belangrijke randvoorwaarden bleken een goed projectteam en voldoende middelen om de zorgverleners werk uit handen te nemen.

Tabel 3 Onderdelen van de strategische programma's

Onderdeel	Beatrixziekenhuis 'Kwaliteit als medicijn'	Bernhoven 'Droom'
Bottom-up kwaliteitsinitiatieven	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken
Versterken samenwerking met huisartsen	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging 'HenZ' + Pilot meer tijd voor de patiënt	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging 'Synchroon'
Herziene financieringsstructuur	Meerjaren-aanneemsom	Meerjaren-aanneemsom
Wegnemen productieprikkel MS	Aangepast verdeelmodel binnen medisch specialistisch bedrijf (LOGEX)	Medisch specialisten in loondienst (2015)+ participatiemodel
Organisatorische verandering		Reorganisatie in vier zorgmodellen + medisch specialisten als manager
Cultuurverandering		Cultuurprogramma

Versterken van de samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars bleek voordelig voor het slagen van het programma. In beide programma's was de samenwerking met huisartsen een belangrijk onderdeel van de strategie, mede omdat een deel van de initiatieven gericht was op intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist en de overdracht van zorg aan de eerste lijn. Huisartsen werden van het begin intensief betrokken bij de strategie, waardoor laagdrempelig contact tussen huisarts en medisch specialist werd gecreëerd. De kortere lijnen zorgen ervoor dat patiënten vaker in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Hierdoor is er wel meer werkdruk ontstaan en is het voor het welslagen van de strategie belangrijk om huisartsen hiervoor voldoende te compenseren.

Een belangrijk onderdeel van de strategie zijn de meerjarencontracten met de grootste zorgverzekeraars van beide ziekenhuizen. Dit vraagt om een intensieve samenwerking en vertrouwen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Bij beide ziekenhuizen bleek strategische ondersteuning vanuit een externe partij essentieel om de beweging op gang te helpen, voor transparantie en verbetering van de samenwerking met de verzekeraar. De meerjarige aanneemsommen geven financiële ruimte voor verandering. Beide ziekenhuizen hebben een vijfjarencontract met de belangrijkste zorgverzekeraars in de regio afgesloten. Dit gaf de ziekenhuizen tijd en financiële ruimte om de strategie door te voeren, de productieprikkel weg te halen, en de personeelskosten en gebouwgebonden kosten op termijn af te bouwen.

De belangrijke randvoorwaarde om financiële zekerheid te geven aan medisch specialisten vraagt een verandering in betalingswijze. Dit is in beide ziekenhuizen op een verschillende manier bereikt: door een loondienstmodel voor medisch specialisten (Bernhoven) of door een wijziging van het verdeelingsmodel binnen het medisch specialistisch bedrijf (Beatrixziekenhuis)¹⁶. Beide manieren van betalen hebben geleid tot financiële zekerheid voor specialisten ondanks een vermindering in productie. Bovendien is het wegnemen van de productieprikkel een bevorderende factor geweest bij de implementatie van een aantal kwaliteitsinitiatieven. Binnen sommige vakgroepen ontstond hierdoor ruimte om minder te behandelen en onnodige zorg te verminderen. Dit heeft bijgedragen aan een cultuurverandering van productie-gedreven naar kwaliteit-gedreven werken.

¹⁶ Medisch specialisten in een MSB ontvangen een vergoeding volgens een verdeelmodel (LOGEX). Om de transitie van productiegericht naar patiëntgerichte zorg te maken, werd het model gewijzigd. De vergoeding wordt niet meer alleen gebaseerd op het aandeel in de productie, maar ook op de bijdrage aan kwaliteitsinitiatieven.

De organisatiestructuur in zorgmodellen bij Bernhoven heeft potentie, maar de uitvoering blijkt in de praktijk lastig. Het ziekenhuis is ingericht naar vier typen zorgverlening: acute zorg, diagnose en indicatiestelling, interventie-zorgstraten, en chronische zorg. Zorgprofessionals geven aan hierdoor meer vakgroep-overstijgend te denken, hetgeen leidt tot een gestroomlijnder zorgproces voor de patiënt. Anderzijds zijn met name op de acute zorg niet alle onderdelen volgens plan geïmplementeerd en zijn de ervaringen met de zorgmodellen verdeeld.

Een cultuurverandering wordt gerealiseerd door een samenspel van onderdelen van het programma. Het cultuurprogramma van Bernhoven heeft hier een beperkte rol in gespeeld. Een deel van het personeel bij Bernhoven heeft deelgenomen aan een training, gericht op het gedachtegoed van de Droom-strategie. Het programma is positief ervaren, maar lijkt niet essentieel voor het slagen van het programma. Een succesvolle cultuurverandering lijkt ook te hebben plaatsgevonden bij Beatrixziekenhuis en dit is meer dan de som van de losse onderdelen van de strategie.

Belemmerende factoren waren een incompleet draagvlak, onvoldoende middelen, en onvoldoende ondersteuning voor het uitvoeren van de strategie en het meten van de resultaten. Om medisch specialisten aan boord te krijgen en te houden is continu aandacht nodig. Er is variatie in de betrokkenheid van de verschillende vakgroepen. Verpleegkundigen zijn laat aangehaakt (Bernhoven), waardoor de betrokkenheid bij het programma laag is. Mede hierdoor liepen de beelden over de doelen en inhoud van de programma's sterk uiteen.

Daarnaast ervaren huisartsen onvoldoende ondersteuning om de toegenomen werkdruk door het programma op te vangen. Door substitutie naar de eerste lijn is het takenpakket van huisartsen, evenals het aantal consulten, toegenomen. Bij huisartsen is er behoefte aan specifieke kennis en vaardigheden en uitbreiding in capaciteit om én meer volume én meer gespecialiseerde zorg te kunnen leveren.

Het meten van de effecten van de strategie vergt veel tijd en middelen. Hoewel dit wel belangrijk werd geacht, worden er belemmeringen ervaren in de infrastructuur en de data-uitwisseling tussen de eerste en tweede lijn. Daarnaast hadden beide ziekenhuizen intern onvoldoende capaciteit om uitgebreide effectevaluaties uit te voeren. Bij de medisch specialisten en bestuurders leeft onzekerheid over de verlenging van de meerjarencontracten. De ontwikkeling ervaart men desalniettemin als onomkeerbaar: terug naar het oude financieringsmodel lijkt geen optie te zijn. Er bestonden verschillende percepties over de doelen en de te verwachten resultaten. Het is dan ook van belang om de verwachtingen goed af te stemmen voor toekomstige contracten en samenwerking.

Cultuur- en contextgebonden strategieën maken opschaling uitdagend. Het implementeren van dergelijke omvangrijke programma's vraagt tijd en energie/leiderschap om draagvlak te creëren bij alle betrokkenen. Bij het doorvoeren van dergelijke programma's in andere ziekenhuizen is het essentieel om de onderdelen van de strategie aan te passen aan de lokale context. Verandering van financiële prikkels is een andere voorwaarde om de doelmatigheid te verbeteren. Belangrijk is voorts een andere organisatie van de zorg. Tot slot is een goede afstemming en financiële ondersteuning bij substitutie van zorg van belang. Contextfactoren zoals een sterke huisartsvereniging werken bevorderend, maar maken opschaling niet vanzelfsprekend. Een succesvolle implementatie lijkt het beste te werken als deze vanuit het ziekenhuis wordt geïnitieerd en vereist breed draagvlak onder medisch specialisten. Dit maakt het lastig om de beweging vanuit een overheid of zorgverzekeraar af te dwingen. Deze kunnen wel faciliteren.

4 Discussie en lessen

Met de programma's 'Droom' en 'Kwaliteit als medicijn' hebben Beatrixziekenhuis en Bernhoven hun doelmatigheid verbeterd ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen. Drie jaar na invoering is de waarde van het behandelvolume van Beatrixziekenhuis met 7% en van Bernhoven met 13% gedaald ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen, zonder dat er structurele nadelige effecten zijn waargenomen. Deze daling wordt mede verklaard door een substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen en het terugplaatsen van zorg naar de huisarts. De uitkomsten zijn context-specifiek. Door de project-gedreven aanpak, geïnitieerd vanaf de werkvloer, is er veel variatie in de precieze aanpak die de ziekenhuizen volgen om meer doelmatigheid te bereiken.

Een meer doelmatige zorg is een eerste belangrijke stap naar lagere zorguitgaven, maar of de veranderprogramma's op termijn zullen leiden tot blijvende financiële besparingen is nog niet duidelijk. In een financiering waarbij ziekenhuizen door zorgverzekeraars betaald worden per behandeling leidt een daling in het behandelvolume een-op-een tot financiële besparingen voor de zorgverzekeraar. Bij een aanneemsom treden financiële besparingen bij zorgverzekeraars echter pas op wanneer de (verwachte) financiële besparingen van het programma bij ziekenhuizen deels in de aanneemsom zijn verwerkt. Dit lijkt voor de laatste jaren van de aanneemsom te gelden. Voor ziekenhuizen treden financiële besparingen echter pas op wanneer ze erin slagen om hun interne kosten, zoals kosten voor personeel en kapitaal, minder snel te laten groeien dan vergelijkbare ziekenhuizen. In de praktijk is dit lastig en lopen interne kostenbesparingen (sterk) achter op dalingen in het behandelvolume. Bovendien moeten beide partijen er rekening mee houden dat een gedeelte van de besparing in de aanneemsom gereserveerd wordt om de toename van zorg buiten het ziekenhuis te compenseren, zoals huisartsenzorg. Vervolgonderzoek naar interne kostenstructuren bij ziekenhuizen en contractonderhandelingen kunnen hier in de toekomst meer inzicht in geven.

De meerjarige aanneemsommen moeten zo worden vormgegeven dat (toekomstige) doelmatigheidsinspanningen aantrekkelijk blijven. De mate waarin ziekenhuizen financiële besparingen doorgeven aan verzekeraars via de meerjarige aanneemsom hangt mede af van het onderhandelingsproces tussen verzekeraar en ziekenhuis over (vervolg)contracten. Deze onderhandelingen zijn lastige strategische processen, mede vanwege het verschil in informatie en marktmacht tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Een belangrijke vraag is hoe houdbaar deze contracten zijn op langere termijn. Wanneer verzekeraars in een nieuw contract de dalingen in het behandelvolume willen verwerken, dan zal de animo voor meer doelmatigheid bij ziekenhuizen afnemen (*ratchet effect*).

Meerjarige aanneemsommen maken volgeleid van verzekeraars belangrijk om freerider-gedrag te voorkomen. Ziekenhuizen sluiten contracten af met verschillende zorgverzekeraars. Het is belangrijk dat alle zorgverzekeraars de veranderprogramma's ondersteunen, zodat ziekenhuizen niet hoeven te differentiëren tussen verzekeraars, wat ten koste zou gaan van de doelmatigheid. Dit kan ook het risico voorkomen dat sommige verzekeraars niet willen investeren in de programma's maar wel meeprofiteren van eventuele doelmatigheidswinsten (*freerider-gedrag*).¹⁷

De overheid kan nieuwe veranderprogramma's niet afdwingen bij ziekenhuizen, maar wel stimuleren en faciliteren. Binnen het Nederlandse zorgstelsel onderhandelen verzekeraars en zorgaanbieders namelijk zonder tussenkomst van de overheid over volumes en prijzen. Er is hierbij ruimte voor ziekenhuizen en verzekeraars voor vernieuwende contracten waarin zorgaanbieders ruimte krijgen voor het opzetten van

¹⁷ Verzekeraars die vasthouden aan een betaling per behandeling profiteren in principe van de veranderprogramma's omdat ziekenhuizen minder én minder intensief gaan behandelen.

veranderprogramma's. De mogelijkheid om met een langdurig contract te sturen op gemeenschappelijke doelstellingen zoals regionale samenwerking en veranderingen in organisatie en zorgverlening lijkt veelbelovend. De overheid kan dit proces aanmoedigen en faciliteren, door na te gaan hoe meerjarige veranderprogramma's het beste vorm kunnen worden gegeven. Er zijn hierbij een aantal zaken belangrijk. Meerjarige aanneemsommen verleggen risico naar de zorgaanbieders. Risico's die niet door de zorgaanbieder beïnvloedbaar zijn, zouden zo veel mogelijk bij de zorgverzekeraar moeten komen te liggen. Anneemsommen moeten ook niet leiden tot te weinig behandelingen. Om dat te vermijden zijn contractvoorwaarden en monitoring van de kwaliteit en wachtlijsten van zorg nodig. Meerjarige contracten zouden niet alleen een traject voor volumedaling moeten hebben maar ook een traject voor interne kostenafbouw en de financiële positie van de zorgaanbieder. Om de samenwerking tussen zorgaanbieders in de keten te bevorderen moet er ook gekeken worden naar de samenhang van ziekenhuiszorg met andere zorg en het sociale domein.¹⁸ Daarbij is het ook nodig aandacht te besteden aan de gevolgen van volumedalingen voor de levensvatbaarheid van de zorgaanbieders: zo kan een ziekenhuis door volumedalingen wellicht niet meer voldoen aan de minimale eisen met betrekking tot behandelen en komen er bij huisartsen nieuwe vraagstukken bij over capaciteit, financiering en medische kennis in de eerste lijn.

Voor het doorvoeren van veranderprogramma's is breed draagvlak in het ziekenhuis nodig. Uit de interviews volgde dat initiatieven om veranderprogramma's door te voeren vanuit ziekenhuizen zelf moet komen. Beide programma's werden gekenmerkt door omvangrijke veranderingen in organisatiestructuur en productieprikkel. Het creëren van een breed draagvlak binnen en buiten de organisatie is hierbij belangrijk. In de huidige bekostiging verliezen medisch specialisten inkomen als ze minder gaan behandelen. Dit vraagt om aanpassing, bijvoorbeeld door loondienst (Bernhoven) of door een aangepast model voor medisch specialisten die de productieprikkel verkleint (Beatrixziekenhuis). Verandering van financiering is een randvoorwaarde. Het gaat uiteindelijk echter om de organisatorische veranderingen die daarmee mede gefaciliteerd worden. Voor landelijke opschaling is meer nodig dan alleen een verandering in de financiering, kansen voor besparingen liggen namelijk ook in een andere organisatie van de zorg. Deze evaluatie maakt bijvoorbeeld duidelijk dat beide ziekenhuizen met een vergelijkbare aanpak en randvoorwaarden niet per definitie met vergelijkbare projecten komen. Men 'doorleeft' zijn eigen trajecten binnen de eigen context en dat is een van de succesfactoren.

Onderzoek naar experimenten in de zorg zijn belangrijk en kunnen richting geven. Het doelmatiger maken van de zorg via het opstarten van nieuwe initiatieven is moeilijk en risicovol, omdat vooraf vaak onbekend is wat wel en niet werkt. Experimenten kunnen hier meer inzicht in geven. Helaas blijft de uitkomst van experimenten vaak onduidelijk omdat een goede analyse niet mogelijk is, of achterwege blijft. Het is daarom belangrijk om veelbelovende experimenten wetenschappelijk te faciliteren en onafhankelijk te analyseren. Idealiter wordt er vooraf bij de opzet van het experiment al rekening gehouden met hoe de analyses achteraf worden uitgevoerd.

¹⁸ Andere landen en andere sectoren waarin vergelijkbare contractaspecten spelen kunnen als voorbeeld dienen. Voor een literatuuroverzicht van contracten in de zorg zie Cattel en Eijkenaar (2019). In de energiesector is onderzoek gedaan naar de prikkels van langdurige contracten en kennen landbouwcoöperaties een langdurige historie waarin samenwerking en coördinatie van productie geregeld moeten worden. Zie bijvoorbeeld, Bogetoft en Olesen (2007) en Giulietti en Price (2005).

Referenties

Bogetoft, P. en H.B.Olesen, 2007, Cooperatives and payment schemes: Lessons from theory and examples from Danish agriculture. Frederiksberg: Copenhagen Business School Press.

Cattel, D. en F. Eijkenaar, 2019, Value-based provider payment initiatives combining global payments with quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*. doi: 10.1177/1077558719856775. [\(link\)](#)

CPB/NZa, 2020, Casestudie Beatrixziekenhuis en Bernhoven, Achtergronddocument CPB/NZa, juni 2020. [\(link\)](#)

De Nijs, K., 2020, Curbing the trend, Estimating Hospital-specific expenditure growth through regional variation. Master-thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dulmen van, S.A., N. Stadhouders, G. Westert, E. Wackers, P. Jeurissen, 2020, Op weg naar meer doelmatigheid in de medisch specialistische zorg. Rapport evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven. Nijmegen: IQ healthcare, juni 2020.

Giulietti, M. en C.W. Price, 2005, Incentive Regulation and Efficient Pricing, *Annals of Public and Cooperative Economics* 76(1), 121-149. [\(link\)](#)

Taskforce, 2019, de Juiste Zorg op de Juiste Plek, Rapport van de Taskforce, 1 maart 2019. [\(link\)](#)