

Geleverde waarde maakt het verschil. Analyse concurrentiekracht op basis van waarden

Janssen, R.T.J.M.; Kokee, B.

Published in:
ZorgVisie

Document version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2011

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Janssen, R. T. J. M., & Kokee, B. (2011). Geleverde waarde maakt het verschil. Analyse concurrentiekracht op basis van waarden. *ZorgVisie*, 9(sept.), 42-43.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Analyse concurrentiekracht op basis van waarden

Geleverde waarde maakt het verschil

Met een systematische analyse uitgaande van een breed waardeconcept kunnen ziekenhuizen voor zichzelf en al hun stakeholders duidelijkheid scheppen waar hun kracht ligt ten opzichte van andere ziekenhuizen.

RICHARD JANSSEN EN BART KOKEE

Het komende decennium zullen de Nederlandse ziekenhuizen definitief uitgedaagd worden zich te onderscheiden naar verwijzers, zorgvragers en -inkopers. Dat vraagt om transparantie op waardeaspecten, die deze stakeholders belangrijk vinden. Nederland werkt, net zoals de meeste Europese landen, al zo'n twee decennia aan de transformatie van zijn ziekenhuiszorg. Gereguleerde concurrentie is daarbij het sleutelwoord. De overheid formuleert het verzekerde basispakket, de verzekeraars contracteren de zorg en de ziekenhuizen zijn als het ware de 'aannemers'. De consument moet iets te kiezen hebben: bij wie hij zijn verzekering afsluit en waar hij de zorg gaat halen als dat aan de orde is. Daarbij is het goed te beseffen dat de reputatie van een ziekenhuis de keuze bepaalt. Het is voor de patiënt niet gemakkelijk om tot een objectievebare ordening van kwalitatief goede en minder goede zorg te komen.

Toen verzekeraar CZ in 2010 de ziekenhuiszorg deed opschrikken door bepaalde ziekenhuizen uit te sluiten van borstoperaties, deed CZ niet anders dan van haar in dit stelsel verwacht mag worden, namelijk haar verantwoordelijkheid als inkoper van zorg invulling geven. Feitelijk herdefinieerde zij de markt van de borstkankerzorg. Ook ziekenhuizen zelf kijken nog eens goed naar hun zorgaanbod en vergelijken dat met dat van andere ziekenhuizen in de regio of met een landelijke referentiegroep.

Waarde beoordelen

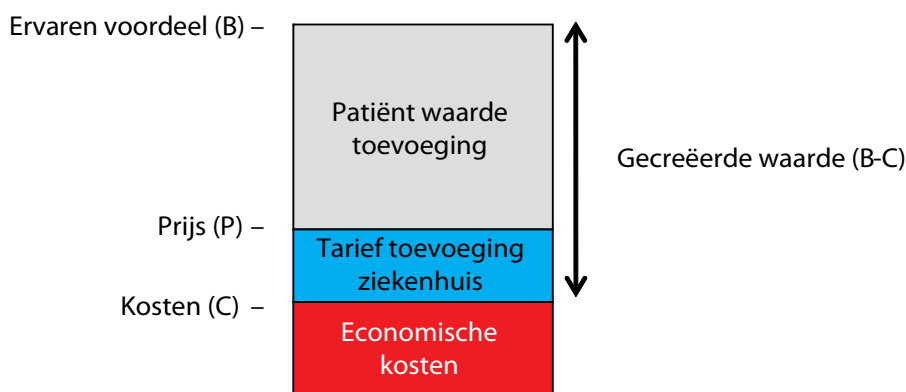
Met het huidige zorgbeleid en de nieuwe kijk op concurrentie en zorgconcentratie zijn ziekenhuizen gedwongen de blik meer naar buiten te richten vanuit een 'resource-based view'. Deze benadering zegt 'specialiseer in de competenties waar je als zorgorganisatie goed in bent'. Maar patiënten wensen van ziekenhuizen meer een 'value-based approach': meer waar voor hun geld in de vorm van meer zorg en vooral

betere kwaliteit van zorg. De 'value-based approach' is een manier om meer waarde toe te voegen voor de patiënt. Ook deze benadering staat bij de meeste ziekenhuizen hoog op de agenda. In figuur 1 is de relatie weergegeven tussen inputgerelateerde begrippen als kosten en tarieven en het waardebegrip vanuit klantenperspectief.

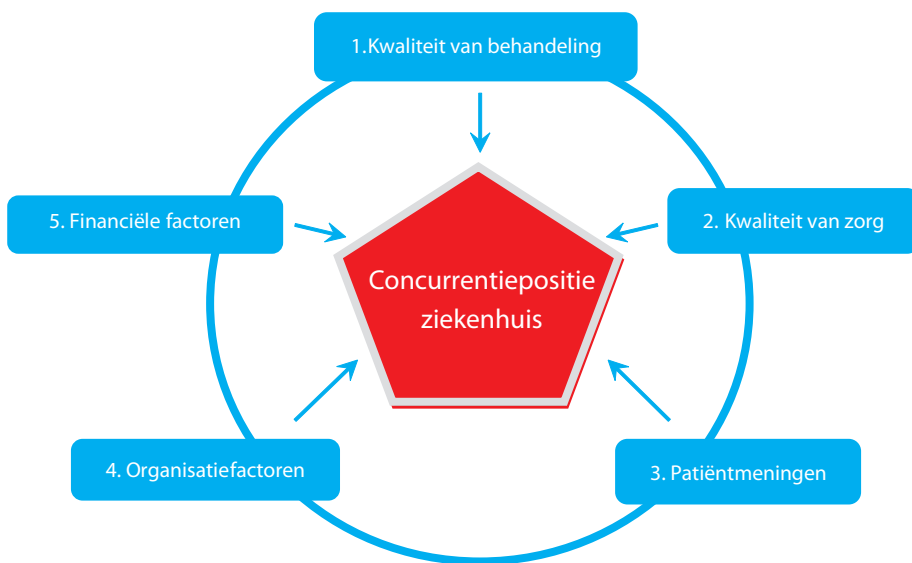
Bij de waardecreatie in een ziekenhuis spelen vijf elementen een rol zoals weergegeven in figuur 2. De eerste twee elementen zijn kwaliteit van zorg en behandeling. Als een van deze twee niet goed is, ondermijnt dit direct de concurrentiepositie. Kwaliteit is nog altijd moeilijk te meten. In het voorbeeld zijn de kwaliteitsindicatoren gebruikt voor zover die op dit moment onder regie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontwikkeld zijn. Voorbeelden zijn: heropnames na een hartaanval, het aantal slokdarmingrepen en het aantal borstkankeroperaties, alsook gegevens over patiëntenlogistiek, zoals het aantal geannuleerde operaties, behandelingen van een heupbreuk binnen 24 uur en het percentage doorligwonden en screening op ondervoeding.

Bij het derde element, patiëntmeningen, gaat het om dezelfde items als in de 'Ziekenhuis-top-100' van het AD: de professionaliteit van specialisten, de verstrekte informatie en ervaringen na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast is gekeken naar gegevens over bereikbaarheid en aanwezigheid van informatiebronnen voor patiënten in ziekenhuizen.

In de analyse zijn ook meer algemeen organisatorische aspecten van het ziekenhuis, het vierde element, meegenomen. Dit



Bron: Customer value (Peteraf & Barney, 2003)



zijn aspecten zoals het aantal specialismen per ziekenhuis, de aanwezigheid van topklinische vergunningen (artikel 2 en 8 vergunningen), het aantal personeelsleden (specialisten en overig personeel) en ziekteverzuim. Daarnaast zijn ook de productiegegevens geanalyseerd zoals het aantal opnames (dag- en klinische), het aantal eerste polikliniekbezoeken en het aantal geopende dbc's. Om trends te kunnen onderscheiden zijn de gegevens van 2007 tot en met 2009 gebruikt.

De financiële factoren, het vijfde element, omvatten de financiële gegevens zoals omzet (totaal en B-segment), kosten (het absolute bedrag aan personeelskosten en het percentage van deze kosten in de totale kosten), winstgegevens, investeringsniveau, totale waarde van het zieken-

huis, solvabiliteit en rentabiliteit, kengetallen en marktaandeelen. Ook hierbij zijn de gegevens uit drie opeenvolgende jaren gebruikt.

Presentatie van onderscheid

Figuur 3 geeft de prestatie weer van het eigen ziekenhuis ten opzichte van de gekozen ziekenhuizen in de analyse, bijvoorbeeld concurrenten in de regio. Of het eigen ziekenhuis goed of slecht presteert in absolute zin, blijft buiten beschouwing.

Het eigen ziekenhuis is uitgangspunt en als 0-lijn opgenomen in de figuur. Alle variabelen van de hiervoor genoemde elementen van waardecreatie uit het model zijn voor de betreffende ziekenhuizen gemeten. Elke variabele waarop een ziekenhuis beter scoort dan het eigen ziekenhuis levert op dit as-

pect een +1; een score minder dan het eigen ziekenhuis levert een -1. Zo krijgt elk ziekenhuis voor de vijf aspecten totaalscores.

In het voorbeeld zijn drie ziekenhuizen vergeleken met het eigen ziekenhuis. Te zien is dat ziekenhuis C licht beter scoort dan het eigen ziekenhuis op de aspecten kwaliteit van zorg, patiëntmeningen en organisatie. Op de overige elementen, kwaliteit van behandeling en financieel, scoort ziekenhuis C gelijk aan het eigen ziekenhuis. Ziekenhuis B scoort veel wisselvalliger met beduidend hogere én lagere scores. Ziekenhuis A scoort op alle elementen lager.

Voor de scores zijn de gegevens gebruikt die ziekenhuizen in 2009 al verplicht waren openbaar te maken via www.ziekenhuizen transparant.nl, www.kiesbeter.nl en www.jaarverslagenzorg.nl. Deze gegevens zijn als betrouwbaar te beschouwen en eenvoudig te vergelijken. Omdat ziekenhuizen al over deze gegevens beschikken, is de concurrentieanalyse gemakkelijk uitvoerbaar en herhaalbaar.

Bestuurlijke impact en discussie

Met deze benadering kunnen ziekenhuizen zich spiegelen aan concurrerende organisaties in hun omgeving. Voor het ziekenhuis in het voorbeeld vormen de ziekenhuizen in de directe omgeving de relevante markt. Andere ziekenhuizen hebben te maken met een zekere stratificatie (basis-, topklinisch of academisch) en segmentering in de markt. Zo treden steeds meer zelfstandige behandelcentra toe die met een gespecialiseerd aanbod een deel van de markt naar zich toe trekken. Juist bij zbc's gaat het om onderscheiden waarde-elementen zoals kleinschaligheid, kortere wachttijden en meer persoonlijke aandacht.

Zorg is een reputatiegoed en die reputatie is steeds meer gebaseerd op een breed waardeconcept met verschillende elementen waarin aanbieders zich kunnen onderscheiden. Professionals, patiënten én kapitaalverschaffers zullen steeds vaker dit onderscheid een rol laten spelen bij hun keuzen. ●

RICHARD JANSSEN is hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg en bestuurder van Altrecht GGz.

BART KOKEE is master student Strategic Management aan de Universiteit van Tilburg.

