



Franck Asselman is bedrijfseconoom en werkt sinds 1999 als strategisch adviseur in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, is betrokken bij diverse samenwerkingen met andere ziekenhuizen en is gastdocent bij verschillende postmaster opleidingen.

Strategie, ziekenhuizen en management games

Ziekenhuizen staan onder druk. Concurrentiedruk, financiële druk en verantwoordingsdruk. Daarbovenop prikkelt het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) tot meer focus. Dat dwingt tot keuzes. Waar leggen we de focus, wat zijn onze speerpunten, hoe maken we onze strategie mogelijk? Welke informatie hebben we hierbij nodig? Er zijn vele belanghebbenden en belangen, er is schaarste en er zijn tal van onzekerheden. In Amsterdam UMC leren managers om strategische keuzes te maken met behulp van een managementgame.

Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg staat onder grote (financiële) druk. Om de juiste strategische keuzes te maken is meer inzicht nodig in het type en de volumes van de patiënten, patiëntkenmerken, financiën, planning, monitoring, procesoptimalisatie en relevantie van zorg. Deze informatiemix wordt de Case Mix Informatie genoemd (CMI). Een succesvolle implementatie van de CMI leidt tot beter onderbouwde keuzes, het verhogen van kostenbewustzijn, het rationaliseren van de operationele processen en kostenbesparingen. Om de kans op een succesvolle implementatie en toepassing te laten toenemen, heeft het Amsterdam UMC gebruik gemaakt van een management game. Hoewel de management game zich afspeelt in de context van de ziekenhuiszorg, is deze aanpak goed bruikbaar in andere maatschappelijke organisaties.

Door **Franck Asselman**

Noodzaak voor het maken van keuzes

De Nederlandse gezondheidszorg staat onder grote financiële druk. Als gevolg hiervan is sinds 2005 een aantal belangrijke hervormingen doorgevoerd, met inbegrip van belangrijke wetwijzigingen. In de ziekenhuissector werd de liberalisering van de zorg geleidelijk uitgebreid. Ook werd er een nieuw vergoedingensysteem geïntroduceerd, de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), en dat verving het budgetstelsel.

De toenemende concurrentie en financiële druk vereisten aanpassingen aan de manier waarop ziekenhuizen in het algemeen werden bestuurd. Case-mixinformatie werd steeds belangrijker om de juiste beslissingen te nemen ten aanzien van het type en de volumes van de patiënten (case-mix), planning, monitoring, procesoptimalisatie en legitimering.

Ontwikkeling van een case-mixinformatiesysteem in Amsterdam UMC

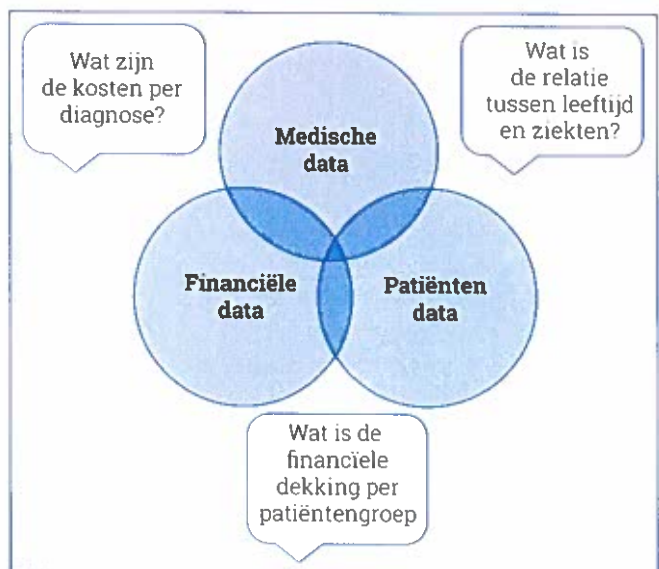
Voor verschillende ziekenhuizen, waaronder Amsterdam UMC, was het DBC-systeem een stimulans om case-mixinformatiesystemen te introduceren (Asselman, 2016). De term 'case-mix' betekent eenvoudigweg de mix van behandelde patiënten



(Reid, 2013). In een case-mixinformatiesysteem (CMI) worden financiële, medische en patiëntgegevens verzameld op patiëntniveau. Deze gegevens kunnen worden geïntegreerd, gecorreleerd en geaggregeerd op verschillende niveaus.

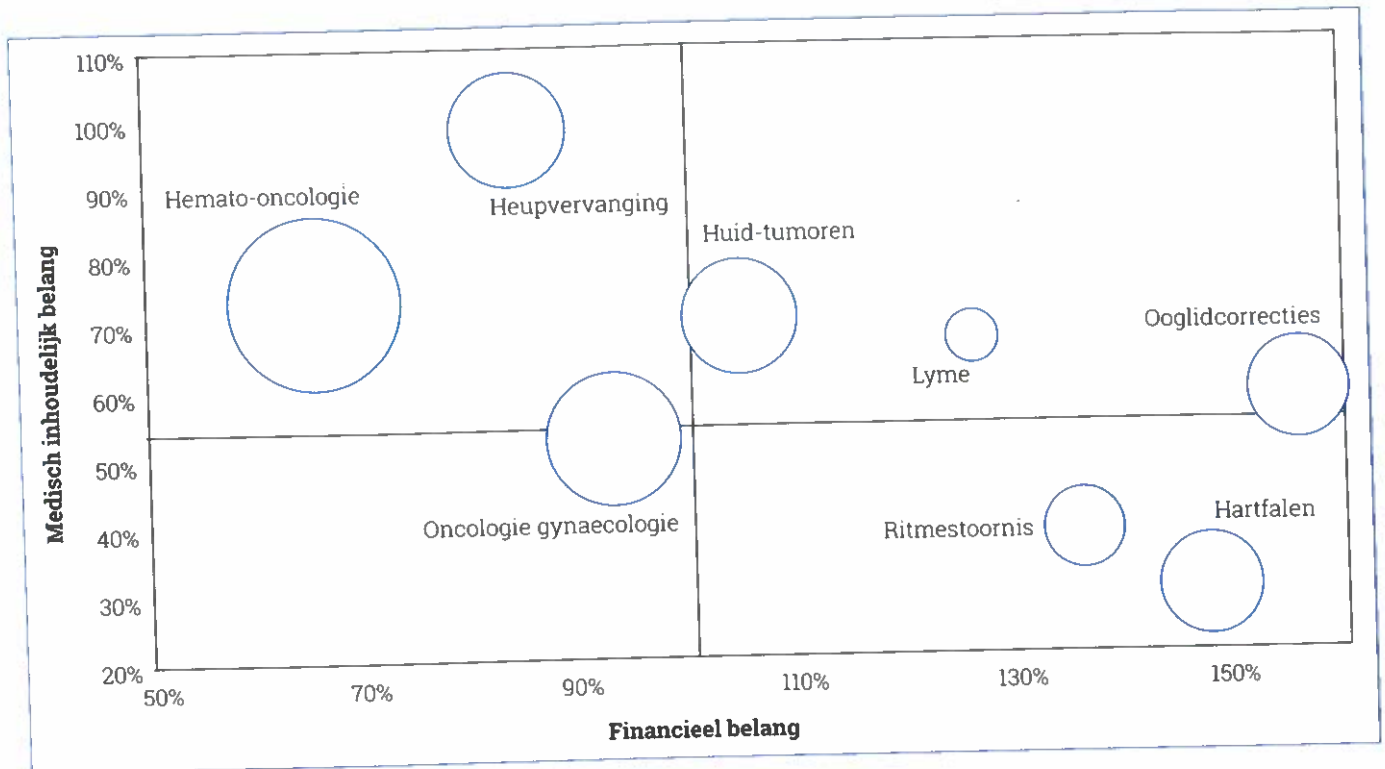
Case-mix informatie werd steeds belangrijker om de juiste beslissingen te nemen ten aanzien van het type en de volumes van de patiënten.

In Amsterdam UMC werd een CMI-iteratief ontworpen en geïmplementeerd voor het top (medisch) management, waarbij de ontwerpcyclus van ontwerpen, implementeren, gebruiken en evalueren meerdere keren werd doorlopen. Het top (medisch) management bestond uit medische afdelingshoofden, divisiebestuurders en leden van de Raad van Bestuur, in totaal ongeveer 70 managers. Bij het ontwerp van deze informatieproducten werden de patiëntengroepen van de medische specialismen centraal gesteld op grond van de aanname, dat het type en volume van patiënten (case-mix) een grote invloed heeft op de prestaties in alle kerntaken en middelen van het Amsterdam UMC. Voor dit doel definieer-



Figuur 1: integratie van medische, financiële en patiënten-data (Asselman, 2017)

den de afdelingshoofden voor hun specialisme een aantal (maximaal tien) hanteerbare patiëntengroepen in een taal die aansloot bij hun taal en belevingswereld. De patiëntengroepen werden meestal samengesteld op basis van het soort ziektebeeld, soms werd aanvullende criteria gebruikt, bijvoorbeeld de leeftijd van de patiënt (kind/ volwassenen) of het soort ingreep dat werd uitgevoerd.



Figuur 2: fictief voorbeeld van een portfoliomatrix

Er was een consensus tussen de managers over wat voor soorten informatie er minimaal in het CMI beschikbaar moesten zijn (minimale dataset). Deze bestond uit:

- *systeemgegevens*: patiëntkenmerken (leeftijd, postcode), diagnoses, capaciteit, zorgmarkt en financiën;
- *niet-systeemgegevens*: relevantie van de zorg (voor profilering, onderzoek, opleiding), onderscheidend vermogen (ten opzichte van andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld vanwege de patiëntenpopulatie of beschikbare expertise en infrastructuur).

Vervolgens werden er verschillende informatieproducten ontwikkeld, waaronder een *Standaardrapportage patiëntenzorg*, een *Portfoliomatrix* en *Benchmarkanalyse*. In de Standaardrapportage Patiëntenzorg worden systeem- en niet-systeemgegevens per patiëntengroep naast elkaar gepresenteerd om onderlinge vergelijking tussen patiëntengroepen en medische afdelingen mogelijk te maken en om strategische alternatieven te evalueren. De Portfoliomatrix (zie figuur 2) werd ontworpen om snel inzicht te geven in het medisch inhoudelijk en financieel belang per patiëntengroep.

Voor elk kwadrant van de Portfoliomatrix kunnen acties worden gedefinieerd om het portfolio te optimaliseren. Bijvoorbeeld: voor patiëntengroepen die medisch inhoudelijk gezien heel relevant worden geacht, maar niet kostendekkend zijn, kunnen maatregelen worden gedefinieerd om deze wel kostendekkend te maken, bijvoorbeeld door optimalisatie van het zorgproces of onderhandelingen met verzekeraars. Voor patiëntengroepen die zowel vanuit medisch inhoudelijk als financieel perspectief laag scoren kan overwogen worden om deze over te laten aan andere ziekenhuizen in de regio. De benchmarkanalyse werd uitgevoerd om de zorgprocessen te optimaliseren door kosten en activiteiten per zorgproduct te vergelijken met andere ziekenhuizen. Uit de benchmarkana-

lyse blijkt per diagnose en zorgproduct het gemiddelde type en aantal zorgactiviteiten (zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen, laboratoriumonderzoek) en kostprijzen in Amsterdam UMC vergeleken met andere Nederlandse ziekenhuizen.

Naar een verantwoord gebruik van case-mixinformatie

In de Nederlandse (academische) ziekenhuizen was er tot voor de invoering van de DBC-systematiek in 2006 eigenlijk geen kennis beschikbaar over welk soort case-mixinformatie kon worden ontworpen en hoe dit succesvol kon worden geïmplementeerd. Tot dan toe waren er geen studies gedaan in deze context. In de literatuur waren er wel verhalen van zowel successen als mislukkingen van CMI's in andere landen (Doolin, 2004). Sommige implementaties waren succesvol en hadden geleid tot positieve resultaten, zoals betere geïnformeerde keuzes, het verhogen van kostenbewustzijn, het rationaliseren van de operationele processen en kostenbesparingen. Maar er zijn ook gevallen geweest waarin implementaties mislukten en leidden tot negatieve effecten, zoals machtsconflicten en discussies over de kwaliteit van gegevens (Lehtonen, 2017). Voor een verantwoord gebruik is het vooral van belang dat de CMI in het ziekenhuis wordt geïntroduceerd als een dialoog- en leerinstrument en niet bedoeld is als afrekeninstrument.

De management game

Om het top (medisch) management in staat te stellen het CMI op een effectieve en verantwoorde manier te gebruiken voor besluitvorming werd een management game ontworpen. Management games komen overeen met de onderwijstheorie die pleit voor 'leren door ervaring' (Cromwell et al, 1998). De game is voortgekomen uit promotie-onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van strategische case-mixinformatie in Amsterdam UMC (Asselman, 2016). In dit kader zijn vele gesprekken gevoerd met het top management

waaronder leden van de Raad van Bestuur, divisiebestuurders en medische afdelingshoofden over het maken van strategische keuzes, welke factoren hierbij een rol spelen en welke informatie kan ondersteunen om deze afwegingen te maken.

Bij deze game wanen de deelnemers zich in de wereld van een fictieve medische afdeling die acht uiteenlopende patiëntengroepen behandelt. Iedere deelnemer vervult een eigen rol in de management game met specifieke (tegenstrijdige) belangen, namelijk de rol van medisch afdelingshoofd, hoofd verpleegkundige, directeur bedrijfsvoering en coördinator opleidingen & onderzoek. Gezamenlijk vormen zij het management team, bestaande dus uit vier personen. Deelnemers krijgen bewust een rol toebedeeld die zij niet in de praktijk vervullen, met als doel dat zij zich leren verdiepen in de belangen van anderen. De management game wordt doorgaans met 3-4 teams tegelijk gespeeld en duurt gemiddeld vier uur.

Simuleren van de strategische management cyclus

Tijdens de game doorlopen de deelnemers aan de hand van een fictieve casus stapsgewijs de verschillende fasen uit de strategische management cyclus zoals deze daadwerkelijk jaarlijks in Amsterdam UMC wordt doorlopen: de analysefase, de besluitvormingsfase, de realisatiefase en evaluatiefase. Gedurende de game worden de deelnemers ondersteund met verschillende soorten informatie over de

patiëntengroepen die daadwerkelijk in het CMI van Amsterdam UMC beschikbaar zijn, maar met fictieve data. In de data zijn verschillende onzekerheden en tegenstellingen zijn verwerkt, bijvoorbeeld dat een bepaalde patiëntengroep medisch inhoudelijk gezien tot de speerpunten van de afdeling behoort, maar financieel gezien zwaar verlieslatend is

In de eerste ronde van de management game maken de managementteams strategische keuzes in het zorgportfolio waarbij zij per patiëntengroep moeten bepalen wat de gewenste volumetrends voor het komende jaar zijn (groeien, stabiliseren of afbouwen) en met welke mutatiepercentages. Ze worden hierbij ondersteund door verschillende soorten kwantitatieve en kwalitatieve case-mixinformatie per patiëntengroep, maar nog zonder capaciteits- en financiële informatie. In deze ronde wordt van de deelnemers gevraagd om alleen op basis van (medisch) inhoudelijke argumenten keuzes te maken en nog geen rekening te houden met de beschikbare middelen (capaciteit en geld). Iedere deelnemer wordt gevraagd om op basis van hun toebedeelde rol en de verkregen informatie standpunten in te nemen en te verdedigen in de groep. Vervolgens moet de groep binnen een bepaalde tijd tot consensus komen en een voorstel voor het gewenste portfolio indienen.

In de tweede ronde wordt financiële, capaciteits- en benchmarkinformatie per patiëntengroep geïntroduceerd, en dan



blijkt dat bij het realiseren van het gewenste portfolio van de eerste ronde onvoldoende capaciteit beschikbaar zal zijn in termen van verpleegdagen en operatiekameruren en een aanzienlijk negatief financieel resultaat zal ontstaan. Het managementteam moet maatregelen definiëren waarmee de overeengekomen portefeuille binnen de beschikbare capaciteit kan worden gerealiseerd. De oplossingen kunnen betrekking hebben op kostenreducties door efficiencymaatregelen of het verhogen van de omzet door onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Tijdens deze ronde leren deelnemers hoe zij case-mixinformatie kunnen gebruiken om mogelijkheden voor kostenreducties en opbrengstverhoging op een snelle manier te ontdekken. Hierbij moeten zij niet alleen aangeven welke maatregelen zij gaan nemen, maar ook hoe zij deze denken te realiseren in de praktijk. In de derde ronde moet het managementteam beslissen welke prestatie-indicatoren voor hun afdeling zullen worden gebruikt om de mate van succes van hun beleid te bepalen.

Na iedere ronde geeft ieder managementteam een toelichting op de gehanteerde werkwijze en uitkomsten. Vervolgens kunnen de andere teams vragen stellen en vindt er een plenaire bespreking plaats. Hierin komt ook aan bod hoe zij de geleerde lessen kunnen vertalen naar hun praktijk. Hoewel de casus fictief is, is deze behoorlijk realistisch omdat deze zoveel mogelijk de werkelijke praktijk van de managers van Amsterdam UMC simuleert. Via deze game leren deelnemers hoe case-mixinformatie hen kan helpen in de verschillende fasen van de strategische managementcyclus. Ook leren ze omgaan met verschillende rollen en belangen, en gedeelde besluitvorming. De management Game werd gespeeld op werkconferenties en management development programma's en werd telkens goed ontvangen.

Hoewel de management
game zich afspeelt in de
context van de ziekenhuiszorg,
is deze aanpak goed bruikbaar
in andere maatschappelijke
organisaties.

Bruikbaarheid in andere contexten

Hoewel de management game zich afspeelt in de context van de ziekenhuiszorg, is deze aanpak goed bruikbaar in andere maatschappelijke organisaties. Immers, ook in deze organisaties worden soortgelijke management cycli gehanteerd waarbij strategische keuzes moeten worden gemaakt, geïmplementeerd en geëvalueerd. Bijvoorbeeld als een schoolbestuur keuzes moet maken vanwege personeelstekort en toch kwaliteit wil blijven leveren. Op basis waarvan maak je deze keuzes, welke stuurinformatie heb je dan nodig, in welke fase stel je deze informatie beschikbaar en met welke begeleiding? De resultaten van het promotie-onderzoek naar dit onderwerp zijn te vinden op: www.casemixinformatie.nl.

Referenties

- Asselman, F. (2016). The design and implementation of a case-mix information system in a Dutch university medical center: A design-oriented approach
- Asselman, F. (2017). Case-mix information makes hospital care cheaper and better. *VBHC Magazine Christmas Edition*
- Cromwell, D. et al (1998). Using simulation to educate hospital staff about casemix. *Health care management science*, 1, 87-93.
- Doolin, B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system.
- Integraal Zorgakkoord (2022)
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting - Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, 18 (3), 367-395.
- Reid, B. (2013). Casemix systems and their applications. *Studies in Health Technology and Informatics*, 193, 316-331.
- Zijlstra, E. Dröge, A. (2010). Zorg voor een gebalanceerd portfolio. *ZM Magazine*, 7/8, 14-19.