



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Public Value Management als missende factor in de zorg? Een analyse naar de mogelijkheid om branche-overstijgend te leren**

Winter, Folkert de

### **Citation**

Winter, F. de. (2022). *Public Value Management als missende factor in de zorg?: Een analyse naar de mogelijkheid om branche-overstijgend te leren.*

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [License to inclusion and publication of a Bachelor or Master thesis in the Leiden University Student Repository](#)

Downloaded from:

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

# Public Value Management als missende factor in de zorg?

Een analyse naar de mogelijkheid om branche-overstijgend te leren



## Voorwoord

Voor u ligt een master-thesis over een relatief veelbesproken onderwerp binnen de Bestuurskunde, Public Value Management (PVM). Het originele werk *Recognizing Public Value* (Moore, 1995) is de aanleiding geweest van vele wetenschappelijke onderzoeken.

De eerste keer dat ik over PVM hoorde was in de collegezaal. De betreffende docent (dr. Schmidt) vertelde vol passie over de inzichten van PVM en zijn bijdrage hieraan vanuit het Leiden Leadership Centre. De inzichten die dr. Schmidt meegaf deden mij sterk denken aan waardegedreven zorg. Met dit concept ben ik namelijk in mijn dagelijkse praktijk als leidinggevende in de zorg bezig. Ik vond het vreemd dat de concepten waardegedreven zorg en PVM op papier zoveel overeenkomsten kennen, maar ik als uitvoerder van waardegedreven zorg in de praktijk nog niet van PVM had gehoord. In de zorg worstelen we met de praktische uitvoering van waardegedreven zorg. Ik hoopte dat PVM het antwoord op deze vragen had.

Zodoende was mijn interesse gewekt, tijdens colleges en daarbuiten ben ik gaan lezen over PVM. De quick win die ik voor ogen had om in mijn dagelijkse praktijk te leren van PVM heb ik in de wetenschappelijke literatuur niet kunnen vinden. Weer terug in het ziekenhuis ben ik wel het gesprek aangegaan over de overeenkomsten tussen deze theorieën. In de praktijk bleek er weerstand te zijn om te leren van een theorie buiten de zorg, zelf het wiel uitvinden lijkt interessanter. Daarnaast lijkt het erop dat mensen die in de zorg werken graag de verschillen met andere branches benadrukken in plaats van opzoek wordt gegaan naar overeenkomsten.

Met de instelling hier wat aan te doen ben ik aan deze masterthesis begonnen. Mede door de waardevolle, strenge, doch rechtvaardige begeleiding van dr. Kleistra is het een onderzoek geworden waar ik trots op ben, ik wil haar bedanken voor de wijze lessen en het snelle schakelen. Ik wil dr. Schmidt graag bedanken voor het meedenken in het vinden van de juiste aanknopingspunten in de literatuur. Hiernaast wil ik ook mijn werkgever bedanken voor het faciliteren van mijn ontwikkeling. Ook wil ik graag mijn vrienden, familie en verloofde bedanken voor de ondersteuning tijdens mijn studie. Het was niet altijd leuk, en tijdens corona-tijd zelfs heftig te noemen, om fulltime te werken en te studeren maar nuttig was het zeker.

Leiden, 4 juni, 2022

*F.R.J.P de Winter*

## Inhoud

|   |    |
|---|----|
| Voorwoord .....                                       | 5  |
| Hoofdstuk 1: Inleiding en onderzoeksvraag.....        | 9  |
| 1.1 Onderzoeksprobleem .....                          | 9  |
| 1.2 Onderzoeksvraag.....                              | 10 |
| 1.3 Academische relevantie .....                      | 11 |
| 1.4 Praktische relevantie .....                       | 11 |
| 1.5 Leeswijzer .....                                  | 12 |
| Hoofdstuk 2: Theoretisch kader .....                  | 12 |
| 2.1 Inleiding .....                                   | 12 |
| 2.2 Literatuur review .....                           | 12 |
| 2.2.1 Afsluiting literatuur review.....               | 17 |
| 2.4 Conceptueel model .....                           | 18 |
| 2.4.1 Afsluiting conceptueel model.....               | 22 |
| Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet en dataverzameling ..... | 23 |
| 3.1 Inleiding .....                                   | 23 |
| 3.2 Research design.....                              | 23 |
| 3.2.1 Intern deskresearch.....                        | 24 |
| 3.2.2 Interviews .....                                | 24 |
| 3.3 Onderzoekstechniek.....                           | 25 |
| 3.3.1 Interviews .....                                | 25 |
| 3.3.2 Deskresearch .....                              | 26 |
| 3.4 Interne validiteit .....                          | 26 |
| 3.5 Externe validiteit .....                          | 27 |
| Hoofdstuk 4: Context .....                            | 27 |
| 4.1 Inleiding .....                                   | 27 |
| 4.2 Context beleidsontwikkelingen .....               | 27 |
| 4.3 Ziekenhuisbranche .....                           | 29 |
| 4.3.1 Financieel perspectief .....                    | 30 |
| 4.3.2 Demografisch perspectief .....                  | 31 |
| 4.3.3 Arbeidsmarktperspectief.....                    | 32 |
| 4.3.4 Technologisch perspectief.....                  | 34 |
| 4.3.5 Maatschappelijk perspectief .....               | 34 |
| 4.4 Gevolgen coronacrisis .....                       | 35 |
| 4.4.1 Impact op technologische ontwikkelingen.....    | 35 |
| 4.4.1.2 Ambitie hybride zorg .....                    | 35 |

|  |    |
|--|----|
| 4.4.2 Impact op financiële ontwikkelingen .....  | 35 |
| 4.4.3 Impact op demografische ontwikkelingen .....   | 36 |
| 4.4.6 Impact op maatschappelijke ontwikkelingen.....                                       | 36 |
| 4.4.7 Impact op ontwikkelingen in de arbeidsmarkt.....                                     | 37 |
| 4.5 Over het St. Antoniusziekenhuis .....  | 37 |
| 4.5.1 Organisatie .....  | 37 |
| 4.5.2 Beleid in het St. Antoniusziekenhuis over waardegedreven zorg.....                   | 38 |
| 4.4.2.3 Medisch onderzoek naar waardegedreven zorg.....                                    | 41 |
| 4.4.2.4 Experimenteren met zorgketens.....   | 42 |
| 4.6 Afsluiting.....  | 43 |
| Hoofdstuk 5: Analyse kernelementen waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis ..... | 44 |
| 5.1 Inleiding .....  | 44 |
| 5.2 Vergelijking conceptueel model met beleidsonderzoek st Antoniusziekenhuis.....         | 44 |
| 5.2.1 Typologie .....  | 45 |
| 5.2.2 Dominante focus .....  | 45 |
| 5.2.3 Management doel .....  | 46 |
| 5.2.4 Definitie van publiek belang .....   | 46 |
| 5.2.5 Prestatiedoelstelling.....   | 46 |
| 5.2.6 Dominant model van verantwoordelijkheid .....  | 47 |
| 5.2.7 Geprefereerd systeem van levering .....  | 47 |
| 5.3 Vergelijking conceptueel model met interviews.....                                     | 48 |
| 5.3.1 Typologie .....  | 48 |
| 5.3.2 Dominante focus .....  | 49 |
| 5.3.3 Management doel .....  | 50 |
| 5.3.4 Definitie van publiek belang .....   | 50 |
| 5.3.5 Prestatiedoelstelling.....   | 51 |
| 5.3.6 Dominant model van verantwoordelijkheid .....  | 51 |
| 5.3.7 Geprefereerd systeem van levering .....  | 51 |
| 5.4 Vergelijking conceptueel model met interviews en beleidsdocumenten.....                | 52 |
| 5.4.1 Typologie .....  | 53 |
| 5.4.2 Dominante focus .....  | 53 |
| 5.4.3 Management doel .....  | 54 |
| 5.4.4 Definitie van publiek belang .....   | 54 |
| 5.4.5 Prestatiedoelstelling.....   | 54 |
| 5.4.6 Dominant model van verantwoordelijkheid .....  | 55 |
| 5.4.7 Geprefereerd systeem van levering .....  | 55 |

|   |    |
|---|----|
| 5.5 Afsluiting.....                             | 55 |
| Hoofdstuk 6: Conclusie & Discussie .....        | 56 |
| 6.1 Inleiding.....                              | 56 |
| 6.2 Antwoord onderzoeksvraag en discussie ..... | 57 |
| 6.2 Beperkingen.....                            | 58 |
| Literatuuroverzicht.....                        | 59 |
| Bijlage 1: Topic Lijst .....                    | 66 |

# Hoofdstuk 1: Inleiding en onderzoeksvraag

## 1.1 Onderzoeksprobleem

De gezondheidszorg in Nederland is van hoog niveau, al jaren behoort de Nederlandse gezondheidszorg zelfs tot de wereldwijde top (World Health Organization, 2020). Echter, door ontwikkelingen als vergrijzing, technologische vooruitgang en een relatieve stijging van het aantal chronisch zieken staat het Nederlands zorgstelsel onder druk (WRR, 2021). Deze ontwikkelingen hebben een kostenstijging tot gevolg. Als de huidige trend doorzet schat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat tegen 2040 de zorgkosten verdubbeld zijn ten opzichte van 2005 (RIVM, 2018). Hierdoor dreigt de Nederlandse zorg onbetaalbaar te worden. In Nederland is zorg een maatschappelijk recht, het recht op zorg is zelfs vastgelegd in de grondwet (art. 22.1. GW). Zodoende heeft de publieke sector dan ook de plicht om de zorg voor Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden (WRR, 2021).

Door deze schaarste is het nodig om binnen de zorg keuzes (afwegingen) te maken welke zorg (maximale) waarde toevoegt (Porter & Olmsted Teisberg, 2006). Een methodiek om zorg zo te organiseren dat maximale waarde ontstaat heet 'Value Based Healthcare' (in het Nederlands: waardegedreven zorg). Waardegedreven zorg wordt internationaal toegepast (van der Nat, 2021). Zowel in het buitenland als in Nederland wordt gezocht naar de meest kosteneffectieve manier om waardegedreven zorg te realiseren (van der Nat, 2021). Binnen de gezondheidszorg wordt steeds vaker de toegevoegde waarde van een specifieke behandeling op de ziektelast van de patiënt gemeten (Hinlopen, 2020). In *Redefining Healthcare* (Porter & Olmsted Teisberg, 2006) beschrijven Porter en Olmsted Teisberg dat er een radicale verandering in de gezondheidszorg zou moeten plaatsvinden. Deze verandering heeft betrekking op het creëren van netwerken binnen de gezondheidszorg. Bij deze netwerken wordt de zorg niet georganiseerd rondom specialismen, maar rondom de patiënt (rondom aandoeningen). Behalve een tal van inhoudelijke voordelen zou deze vorm van organiseren ook het voordeel hebben dat de specifieke meerwaarde van een behandeling gemeten kan worden. Deze vorm van prestatiemeting, is niet alleen zorginhoudelijk, maar neemt ook het kostenperspectief mee. Hiermee is het mogelijk om een waardenafweging te maken voor een specifieke behandeling.

De kern van waardegedreven zorg is het toevoegen van waarde. Echter, zowel het originele werk van Porter & Olmsted Teisberg (2006) als de aanvulling van Van der Nat (2021) gaan niet expliciet in op de organisatie brede operationalisering die nodig is om de transformatie te maken naar het maximaliseren van (publieke) waarde.

Het missen van deze informatie maakt dat zorgorganisaties afzonderlijk het wiel uitvinden om waardegedreven zorg te operationaliseren, waardoor er vele vragen zijn hoe de implementatie van waardegedreven zorg vormgegeven kan worden (Mjåset, Ikram, Nagra, & Feeley, 2020)

Dit is ook het geval in het St. Antonius ziekenhuis. De visie van de organisatie is: 'Samen zorgen voor kwaliteit van leven' (St Antoniusziekenhuis, 2022). In het Meerjaren Beleidsplan 2020-2024 wordt beschreven dat de organisatie door middel van waardegedreven zorg kwaliteit van zorg en werkplezier van medewerkers en specialisten wenst te verhogen. Inmiddels heeft deze organisatie een aantal van de beschreven netwerken opgericht. De inhoudelijke en wetenschappelijke uitkomsten van deze netwerken hebben inhoudelijk bijgedragen aan verbetering van zorg (Santeon, 2021). Echter, de organisatie worstelt met de praktische vormgeving van deze netwerken het lijkt alsof in meerdere organisaties hetzelfde wiel wordt uitgevonden.

Ook buiten de zorg bestaat de behoefte om maatschappelijke meerwaarde centraal te stellen. Door bestuurlijke crisissen als de toeslagenaffaire en de gaswinning in Groningen neemt het vertrouwen van de burger in de overheid af (I&O research, 2021). Mede door dergelijke kwesties ontstaat de vraag of de overheid wel in staat is om grote maatschappelijke knelpunten op te lossen (Leiden Leadership Centre, 2021). Public Value Management (PVM) is een stroming in de bestuurskunde waarbij organisaties hun werkwijzen veranderen zodat de maatschappelijke meerwaarde zichtbaar wordt (Groeneveld, 2019). De kern van PVM is relatief simpel, publieke managers zouden in hun dagelijks werk gefocust moeten zijn op het toevoegen van waarde (Moore, 1995).

De afgelopen jaren is er binnen de bestuurskunde aandacht voor de operationalisering van PVM (Leiden Leadership Centre, 2021; Leiden Leadership Centre, 2019; O'Flynn, 2007; Stoker, 2006). PVM wordt dan ook in steeds meer organisaties in de publieke sector toegepast (Leiden Leadership Centre, 2019).

## 1.2 Onderzoeksvraag

In beginsel vertonen waardegedreven zorg en PVM overeenkomsten. Beide stromingen focussen onder andere op het toevoegen van maatschappelijke waarde. In het literatuuronderzoek van Van Staalduinen, Van den Bekerom & Groeneveld (2022) zijn systematisch artikelen geanalyseerd die onderzoeksresultaten en uitkomsten van waardegedreven zorg presenteren. Uit deze analyse blijkt dat er binnen waardegedreven zorg een conceptueel model mist. Hiernaast blijkt dat organisaties die werken volgens de principes van waardegedreven zorg separaat het wiel uitvinden. Ook is er te weinig aandacht voor de veranderstrategie om tot waardegedreven zorg te komen. Zodoende wordt door Staalduinen et al. aangeraden om vanuit de zorg naar andere branches te kijken met als doel om te onderzoeken of er kruisbestuiving plaats kan vinden. Deze thesis gaat verder op deze uitkomsten van



het onderzoek van Van Staalduinen et al. In deze masterthesis worden overeenkomsten en verschillen tussen waardegedreven zorg en PVM onderzocht met als doel om te bepalen in hoeverre die kruisbestuiving kan plaatsvinden op conceptueel niveau. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

*Hoe kunnen ziekenhuizen de inzichten uit de Public Value Management literatuur gebruiken ten behoeve van de realisatie van waardegedreven zorg?*

Met als doel antwoord te geven op de onderzoeksvraag zal allereerst onderzocht moeten worden op welke onderdelen PVM en waardegedreven zorg met elkaar overeenkomen en verschillen. Deze analyse leidt tot een conceptueel model dat door middel van empirisch onderzoek wordt getoetst.

### 1.3 Academische relevantie

Zoals hiervoor benoemd bouwt dit onderzoek verder op de conclusies uit het onderzoek van Van Staalduinen et al. (2022). Van Staalduinen et al. stellen dat er een conceptueel model voor de realisatie van waardegedreven zorg mist en dat zorgorganisaties die waardegedreven zorg beogen te realiseren vooral naar andere de managementliteratuur in andere branches zouden moeten kijken om dit gat te dichten. Juist door de overeenkomsten tussen PVM en waardegedreven zorg is de keuze gemaakt met deze theorie verder te bouwen op de conclusie van Van Staalduinen et al. Met dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan de onderzoeksliteratuur door te verkennen of er kruisbestuiving kan plaatsvinden tussen PVM en waardegedreven zorg.

### 1.4 Praktische relevantie

Zoals eerder beschreven staat de zorg voor een uitdaging om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, nu en in de toekomst. Fredriksson (2018) beschrijft dat verschillende bedrijfsmodellen, zoals waardegedreven zorg, in toenemende mate worden gebruikt in de gezondheidszorg. Echter de theorie rondom waardegedreven zorg wordt door medewerkers van de onderzochte organisaties slechts oppervlakkig begrepen. Door het missen van begrip over waardegedreven zorg ontstaat het risico dat de implementatie van dergelijke theorieën minder opbrengt.

Dit onderzoek draagt bij aan de praktische toepassing van waardegedreven zorg en draagt daarmee bij aan de oplossing voor de uitdaging van de zorg in het kader van toegankelijkheid en betaalbaarheid. Hopelijk helpt dit onderzoek verpleegkundigen, artsen, beleidsmakers en leidinggevenden in de zorg om zo efficiënt als mogelijk waardegedreven zorg vorm te geven.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding van het probleem gepresenteerd alsmede de onderzoeksvraag en de praktische- en academische relevantie. In hoofdstuk 2 volgt het theoretisch kader en de presentatie van het conceptueel model. Hoofdstuk 3 heeft betrekking op de methode van onderzoek. De context van het St. Antoniusziekenhuis wordt besproken in hoofdstuk 4. De analyse wordt besproken in hoofdstuk 5 en ten slotte is de conclusie opgenomen in hoofdstuk 6.

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

### 2.1 Inleiding

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 inzicht gegeven in de stand van onderzoek ten aanzien van PVM en waardegedreven zorg. Daarna wordt een conceptueel model gepresenteerd, waarin verschillen en overeenkomsten tussen NPM, PVM en waardegedreven zorg naast elkaar worden gezet. Dit met als doel om in het domein van zorg – specifiek bij ziekenhuizen - te kunnen kijken hoe waardegedreven zorg er in de praktijk uitziet.

### 2.2 Literatuur review

Decennialang is New Public Management (NPM) de overwegende manier van werken in de publieke sector geweest. De focus van NPM is om decentralisatie te realiseren waarbij privatisering en marktwerking leidt tot het verminderen van bureaucratie en uiteindelijk tot efficiëntie en effectiviteit (Hood, 1991). De afgelopen decennia is echter het tegenovergestelde gebleken doordat de (individuele) rol van professionals in het kader van toegevoegde waarde in NPM wordt gemarginaliseerd (Bryson, Crosby & Bloomberg, 2014; O'Flynn, 2007). Dit leidt tot inefficiëntie en bureaucratie. De NPM-filosofie is decennialang de leidraad geweest voor het beleid in de publieke sector, alsmede in de zorg (Meehan, Menzies, & Michaelides, 2017). NPM heeft betrekking op prestatiegerichtheid, innovatie, vraagsturing, kortom NPM focust op een bedrijfsmatige overheid (Korsten, 2011). Echter, NPM zou te veel focussen op private waarden waardoor publieke waarden verdrongen zouden worden (Bozeman, 2002).

PVM is een reactie op de zwakheden van het systeem NPM (O'Flynn, 2007). Moore (1995) schrijft in zijn boek *'Creating Public Value: Strategic Management in Government'* als eerste over dit gedachtegoed. De kern van PVM is dat publieke managers in hun dagelijks werk gefocust zouden moeten zijn op het toevoegen van waarde. Moore geeft PVM vorm door middel van de strategische driehoek. De strategische driehoek biedt visuele uitleg op de uitvoering van strategisch management en hiermee het creëren van maatschappelijke meerwaarde. Wanneer managers zorgdragen voor de elementen uit de strategische driehoek zou er volgens Moore publieke meerwaarde ontstaan.

De strategische driehoek van Moore is een veelgebruikte leidraad met betrekking tot de vormgeving van PVM (Bryson, Sancino, Bernington, & Sorensen, 2017). In het concept van Moore (1995) wordt gesproken over de verschillende elementen die nodig zijn om maatschappelijke meerwaarde te creëren.



*Figuur 1: strategische driehoek van Moore*

Met 'Publieke waarde propositie' wordt duidelijkheid bedoeld van de toegevoegde waarde van het betreffende doel. 'Legitimiteit en steun' heeft betrekking op het bestaansrecht van de organisatie. Stakeholders van de betreffende organisatie, zowel in- als extern, erkennen dat het bestaan van de organisatie toegevoegde waarde kent. Met het laatste onderdeel: 'Operationele capaciteit' geeft Moore aan dat het belangrijk is dat er voldoende operationele middelen beschikbaar zijn om dit doel te behalen.

Moore (1995) geeft niet aan in hoeverre de balans binnen deze driehoek van toegevoegde waarde is voor het gewenste effect. Bacharach, Bamberger & Sonnenstuhl (1996) stellen dat verandering een constante is binnen organisaties, maar dat transformaties in organisaties pas plaatsvinden wanneer de juiste balans is gevonden tussen factoren die van invloed zijn op de realisatie van de transformatie. Deze theorie is ook specifiek getoetst op de strategische driehoek (Alford & O'Flynn, 2009). Zodoende wordt dan ook gesteld dat juiste vormgeving van de strategische driehoek van Moore haar toegevoegde waarde pas maximaliseert als er voldoende aandacht is voor alle drie de onderdelen.

Het is opvallend te noemen dat het model van Moore (1995) breed ingezet wordt in de praktijk alsmede een onderwerp is voor vele academici om onderzoek naar te doen (Alford & O'Flynn, 2009). Onder andere Barzelay (2007) beschrijft namelijk dat in het originele stuk van Moore (1995) geen duidelijkheid wordt gegeven of PVM een empirische theorie of een normatieve instructie geeft hoe publieke managers zouden moeten handelen. Echter, uit onderzoek van Alford & O'Flynn (2009) blijkt dat PVM in ieder geval inzetbaar is ten behoeve van het verduidelijken van een bestaande situatie en

voor het in gang zetten van een veranderproces. Stoker (2006) stelt dat PVM een nieuw paradigma in de publieke sector betreft. Stoker (2006) beschrijft vier kenmerken van PVM. Binnen PVM wordt getracht publieke waarden te formuleren. Binnen PVM is tussen actoren van verschillende niveaus overleg nodig met als doel het verkrijgen van mandaat in de keten. Er moet sprake zijn van een 'open-minded' mentaliteit waar (over)heersende structuren losgelaten kunnen worden. Het is belangrijk om te streven naar een compromis en maatwerk waarbij iedere partij voordeel heeft. Als vierde kenmerk beschrijft Stoker dat er binnen PVM ruimte is om te verbeteren en leren.

Bij wetenschappers lijkt er consensus te zijn dat PVM in theorie een waardevolle aanvulling is (Alford & O'Flynn, 2009; Bryson, Crosby & Bloomberg, 2014; Geuijen, Moore, Cederquist, Ronning & van Twist, 2016; O'Flynn, 2007). Tegelijkertijd wordt ook gesteld dat empirisch bewijs voor deze uitspraak mist. Twee factoren maken het complex om empirisch onderzoek naar PVM te doen. Allereerst bestaan er verschillende definities van publieke waarde. Publieke waarde is het kernconcept van PVM. Hartley, Alford, Knies & Douglas (2016) beschrijven drie benaderingen van het concept publieke waarde. De eerste benadering (Benington, 2011) is het concept dat publieke waarde in ieder geval verder gaat dan het private goed, publieke waarde voegt iets toe, niet alleen aan een private partij maar aan een groep, het collectief. Deze toegevoegde waarde gaat verder dan NPM waarden voortkomend uit het private gedachtegoed (Bozeman, 2002). De tweede benadering ter conceptualisering van het concept publieke waarde is de toegevoegde waarde die publieke organisaties en managers door activiteiten toevoegen. Dit concept, origineel bedacht door Moore (1995) gaat ervanuit dat publieke organisaties en ambtenaren in hun doen en laten verder gaan dan private waarden. De publieke waarde die ambtenaren toevoegen zou het private overstijgen. Moore gaat er hierbij vanuit dat de overheid publieke waarde creëert, dit in tegenstelling tot Benington (2011) die ervan uitgaat dat het publiek verantwoordelijk is voor het formuleren van publieke waarden. Het derde concept, beschreven door Hartley et al (2016), gaat uit van de strategische driehoek zoals eerder beschreven. Wanneer men de drie voorwaarden van de driehoek volgt zal publieke waarde vergroot worden. Naast het missen van een algemeen concept van de betekenis van publieke waarde is de tweede complicerende factor om tot empirisch bewijs voor PVM te komen het perspectief waaruit onderzoek gedaan wordt (Hartley et al., 2017). Het is namelijk aannemelijk dat er verschil zit in de perceptie van publieke waarde uit het perspectief van de publieke manager ten opzichte van de burger. Wel hebben Hartley et al (2016) een basis gelegd hoe empirisch onderzoek naar PVM kan plaatsvinden.

Door de vele verschillende interpretaties van de theorie van Moore (1995) en het achterwege blijven van een wetenschappelijk onderbouwd conceptueel framework is een verscheidenheid aan uitvoeringsmethodieken ontstaan (Nag, Hambrick & Chen, 2007; O'Flynn, 2021; Rhodes & Wanna,

2007. Wel geeft het Leiden Leadership Centre een leidraad voor managers die proberen PVM vorm te geven in publieke organisaties (Leiden Leadership Centre, 2019) (Leiden Leadership Centre, 2021).

Hiernaast heeft O'Flynn (2007) onderzoek gedaan naar de verschillen tussen NPM en PVM. Aan de hand van bestaande literatuur heeft hij empirische data gebruikt om overzicht te verschaffen in de verschillen en overeenkomsten tussen deze theorieën. Deze informatie wordt in deze thesis gebruikt om PVM en waardegedreven zorg te vergelijken.

Tijdens de realisatie van waardegedreven zorg wordt de omschakeling gemaakt van betalen voor volume naar betalen voor waarde (Ahaus, 2018). Om waardegedreven zorg te creëren is volgens Porter en Lee (2013) een fundamenteel nieuwe strategie nodig. Volgens Bohmer (2016) vraagt zo'n strategie niet alleen om organisatorische veranderingen maar begint het met een andere manier van denken. De werkwijze om deze strategie te bereiken wordt in 'Redefining Healthcare' uiteengezet (Porter & Olmsted Teisberg, 2006), dit is een theoretisch raamwerk dat aangeeft wat nodig is om waardegedreven zorg te realiseren. De definitie van waardegedreven zorg komt volgens Porter en Olmsted Teisberg neer op het maximaleren van zorguitkomsten tegen de laagst mogelijke kosten.

Porter en Olmsted Teisberg beschrijven dat het doel van waardegedreven zorg is om maximale waarde voor patiënten te creëren. Maximale waarde voor de patiënt komt neer op de vergelijking tussen uitkomsten van behandeling en de kosten van deze behandeling. De zorg voor een patiënt is over het algemeen georganiseerd bij verschillende organisaties (ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten et cetera). Uiteraard bestaan er in deze organisaties overhead kosten, denk hierbij aan de HR-afdeling, leidinggevenden, de afdeling communicatie, kwaliteit et cetera. Om de zorgkosten rondom een specifieke aandoening toch inzichtelijk te maken wordt met waardegedreven zorg beoogd de zorgvraag van de patiënt als (zelfverantwoordelijke) keten te organiseren. Hierdoor is het ook mogelijk om de kwaliteit te meten van ieder toegevoegd product. Dit wordt praktisch vormgegeven door de realisatie van Integrated Practise Units (zorgketens in het Nederlands). Normaliter zijn afdelingen in ziekenhuizen georganiseerd rondom een specifiek specialisme, waardegedreven zorg pleit voor de organisatie rondom een aandoening. In deze zorgketens worden achtereenvolgens de volgende stappen gerealiseerd om waardegedreven zorg te realiseren:

- Meten van uitkomsten en kosten van iedere patiënt
- Realiseren van waardegedreven kwaliteitsverbetering
- Integreren van waarde in patiënt informatie
- Organiseer in zorgketens
- Realiseer integrale bekostiging voor aandoeningen
- Integreren van verschillende organisaties rondom aandoeningen

- Realiseer schaalvergroting met als doel kwaliteitsverbetering
- Realiseer een informatietechnologie platform
- Investeer in een cultuur waarbij waarde voorop staat

Van der Nat (2021) heeft in het model van Porter en Olmsted Teisberg een stap toegevoegd, namelijk het realiseren van een cultuur waar zorgorganisaties die waardegedreven zorg realiseren gestimuleerd worden om van elkaar te leren.

Sinds 2006 wordt door verschillende zorginstellingen geprobeerd waardegedreven zorg in de praktijk vorm te geven (van der Nat, 2021; Santeon, 2021). Deze initiatieven hebben geleid tot nieuwe inzichten ten aanzien van het concept waardegedreven zorg. Zipfel, Van der Nat & Rensing (2019) beschrijven dat steun, persoonlijk belang, betrokkenheid, leiderschap, sfeer en continue monitoring belangrijk zijn voor de implementatie van waardegedreven zorg. Tegelijkertijd ervaren zorgprofessionals dat het relatief veel tijd en moeite kost om de overstap te maken naar waardegedreven zorg. Betere organisatorische ondersteuning en conceptualisering van het model kunnen helpen om waardegedreven zorg te realiseren (van Engen, Bonfrer, Ahaus, & Buljac-Samardzic, 2022).

In een recent artikel van Van Staalduinen et al. (2022) is de uitvoering van waardegedreven zorg onderzocht. Aan de hand van een literatuuronderzoek zijn 1.729 artikelen onderzocht naar de wijze waarop waardegedreven zorg is geïmplementeerd. De onderzoekers concluderen dat de implementatiestrategie veelal ontbreekt tijdens de realisatie van waardegedreven zorg.

Uit onderzoek van Plesk en Wilson (2011) blijkt dat zorg van nature complex en onvoorspelbaar is (Plesk & Wilson, 2011). Dit maakt in hun ogen dat een one-size fits all oplossing om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden waarschijnlijk een utopie betreft. Ohrling (2021) gaat in zijn PhD thesis in op de behoefte van zorgmanagers om decentralisatie te realiseren. Ohrling gebruikt de term decentralisatie om aan te geven dat zorgprofessionals bepaalde verantwoordelijkheid krijgen (die eerst bij de manager lag), om zorg vanuit een inhoudelijk perspectief te verbeteren. Hij beschrijft dat autonomie, vertrouwen en pro-activiteit belangrijke elementen zijn die nodig zijn om decentralisatie te realiseren. Ook in het kader van waardegedreven zorg is er in bepaalde mate sprake van decentralisatie. Eén van de onderdelen van de theorie van Porter & Olmsted Teisberg (2006) betreft het organiseren in zorgketens. Het concept van zorgketens zorgt voor decentralisatie van mandaat en eigenaarschap rondom de aandoeing waardoor inhoudelijk professionals meer eigenaarschap krijgen in de organisatie. Mintzberg (2017) stelt dat de zorg niet top-down gemanaged zou moeten worden,

maar dat er juist integratie zou moeten plaatsvinden tussen management en de inhoudelijke professionals. Deze uitkomsten vragen een verandering in het gedrag van zorgprofessionals.

### 2.2.1 Afsluiting literatuur review

Allereerst blijkt uit de literatuur dat er overeenkomsten tussen PVM en waardegedreven zorg zijn te benoemen. Niet alleen focussen beide theorieën op het toevoegen van waarde, ook mist in beide theorieën een empirisch onderbouwd conceptueel kader. Door het ontbreken van dit kader worden beide theorieën in de praktijk verschillend uitgevoerd. Dit euvel, op abstract niveau een conceptueel kader bedenken en niet de stap zetten naar wezenlijk empirisch onderzoek, maakt dat er in deze masterthesis veelal het wiel uitgevonden moest worden met als doel te trachten wel de stap te maken naar empirische onderbouwing.

Helaas is het in het verleden nog niet tot kruisbestuiving tussen PVM en waardegedreven zorg gekomen. Staalduinen et al (2022) sluiten hun onderzoek af met de oproep om interdisciplinair inzichten uit de gezondheidszorg en de managementonderzoeksgemeenschap te integreren. Deze scriptie bouwt voort op dit advies door PVM en waardegedreven zorg te verbinden.

## 2.4 Conceptueel model

In het schema hieronder is voortgebouwd op het artikel van O'Flynn (2007). Deze leidraad wordt gebruikt om overeenkomsten en verschillen tussen NPM, PVM en waardegedreven zorg vorm te geven met als doel om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Aan de hand van literatuur is het schema bijgesteld en aangevuld door waardegedreven zorg hierin op te nemen. Verderop wordt per onderdeel uitgelegd aan de hand van welke literatuur het onderdeel waardegedreven zorg is aangevuld.

*Figuur 2: verschillen en overeenkomsten tussen NPM, Public Value Management en Waardegedreven zorg op onderdelen*

| Onderdelen                                     | NPM  | Public Value Management  | Waardegedreven zorg <sup>1</sup>   |
|--|--|--|--|
| <b>Karakterisering</b>                         | Post-bureaucratische, concurrerende overheid   | Post-competitief   | Post-competitief met intern verbeterement  |
| <b>Dominante focus</b>                         | Resultaten   | Relationeel  | Relationeel  |
| <b>Management doel</b>                         | Behalen van afgesproken prestatiedoelen  | Meerdere doelen, waaronder inspelen op de voorkeuren van burgers/gebruikers, het vernieuwen van mandaat en vertrouwen door middel van kwaliteitsdiensten, stuurnetwerk | Verhogen van: kwaliteit van zorg (uit het perspectief van de patiënt), (financiële) gezondheid van de organisatie en het betaalbaar houden van de Nederlandse zorg |
| <b>Definitie van publiek belang</b>            | Individuele voorkeuren worden geaggregeerd   | Collectieve voorkeuren worden uitgedrukt   | Publiek belang is belangrijk maar ook het individuele belang van patiënten of werknemers   |
| <b>Prestatiedoelstelling</b>                   | Beheer van input en output om te zorgen voor zuinigheid en reactievermogen van consumenten | Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit  | Focus op toevoegen van waarde in de keten  |
| <b>Dominant model van verantwoordelijkheid</b> | Opwaartse verantwoording via prestatiecontracten; naar klanten via marktmechanismen        | Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit  | Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit  |
| <b>Geprefereerd systeem van levering</b>       | Particuliere sector of strak gedefinieerde overheidsinstantie op armlengte                 | Pragmatische opties  | Door afdelingen, teams en organisaties heen het 'volgen van het inhoudelijk proces'  |

<sup>1</sup> Theoretische weergave van de kenmerken van waardegedreven zorg model aan de hand van (Hinloopen, 2019; Porter & Lee, 2013, Porter & Olmsted Teisberg, 2007; Van der Nat, 2021; Zipfel et al, 2019)



### *Onderdeel 1: Typologie*

Porter en Olmsted Teisberg (2006) beschrijven dat waardegedreven zorg geen ruimte is voor de klassieke vorm van concurrentie tussen organisaties. Wel is er vanwege het transparant vergelijken van uitkomsten tussen organisaties sprake is van competitie tussen organisaties. Concreet betekent het dat waardegedreven zorg verder gaat dan het klassieke model van concurrentie volgens NPM waarden. O'Flynn (2007) beschrijft post-competitief als netwerkorganisaties, om over organisaties heen (publieke) waarde toe te voegen. Dit past ook in het gedachtegoed van Porter en Olmsted Teisberg (2006). Hierbij dient wel de opmerking geplaatst te worden dat concurrentie niet hetzelfde is als competitief. Porter en Olmsted Teisberg geven aan dat competitie op kwalitatief niveau (als organisatie de beste willen zijn in een specifieke behandeling) juist past bij waardegedreven zorg.

### *Onderdeel 2: Dominante focus*

Door zorg rondom aandoeningen te organiseren worden verbeteringen voor de individuele patiënt makkelijker vormgegeven (Hinlopen, 2020). Waardegedreven zorg gaat echter verder dan de betreffende aandoening. Een belangrijk element van PVM is het betrekken van de maatschappij met als doel om in gezamenlijkheid te bepalen welke maatschappelijke waarden nagestreefd zouden moeten worden (Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014). Om dit te bewerkstelligen is het nodig om te organiseren in netwerken waardoor over de grenzen van bestaande organisaties waarde door de hele keten heen toegevoegd kan worden.

Ook zorg stopt niet bij de grenzen van bestaande organisaties. In de zorg kent men verschillende soorten organisaties, denk aan huisartsen, fysiotherapeuten, academische ziekenhuizen, regionale ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra. De zorg voor specifieke aandoeningen stopt niet bij de grenzen van deze organisaties. Om waardegedreven zorg te realiseren is het daarom niet alleen van belang om te focussen op het vergroten van de patiëntwaarde in de interne keten maar ook daarbuiten. Zodoende past de aanpak van PVM, om te organiseren in netwerken, ook in de zorg.

Juist deze netwerken en afhankelijkheden maken dat het collectieve van groot belang is binnen waardegedreven zorg. Om deze netwerken te realiseren is het nodig om een relationele dominante focus te hebben.

### *Onderdeel 3: Management doel*

Van der Meer beschrijft dat: *'De samenleving en het openbaar bestuur elkaar nodig hebben voor een goede voor gemeenschappelijke (collectieve) zaken'* (van der Meer, 2021, p. 25). Deze verbondenheid en gemeenschappelijk zorg wordt het multi-level governance systeem genoemd. Dit netwerk van publieke en private actoren hebben het collectieve doel om publieke diensten te verbeteren. Deze gedachtegang, dat meerdere actoren uit verschillende sectoren nodig zijn om tot juist publiek management te komen, wordt gezien als een onderdeel van PVM (Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014). Deze multischaligheid van management verantwoording past binnen het gedachtegoed van PVM.

Multischaligheid past ook bij waardegedreven zorg. Porter en Omsted Teisberg (2006) beschrijven dat het doel van waardegedreven zorg het vergroten van de patiëntwaarde in de hele keten betreft. Hierbij suggereren Porter en Olmsted Teisberg om zorg in ketens te organiseren, waarbij bestaande afdelingen vorm krijgen rondom een specifieke aandoening. Porter en Olmsted Teisberg noemen specifiek de organisatieveranderingen die nodig zijn in ziekenhuizen. Er wordt niet ingegaan op implicaties in andere sectoren die binnen dezelfde keten werken, wel hebben Porter en Olmsted Teisberg een multilevel blik door onder andere te beschreven dat het toepassen van waardegedreven zorg een bredere maatschappelijke impact heeft dan alleen het verbeteren van een behandeling (Porter & Olmsted Teisberg, 2006, p. 97). Er wordt beschreven dat er binnen waardegedreven zorg is sprake van een driehoek van management doelen. Deze driehoek, bestaande uit kwaliteit van zorg (uit het perspectief van de patiënt), (financiële) gezondheid van de organisatie en het betaalbaar houden van de zorg.

### *Onderdeel 4: Definitie van publiek belang*

Binnen waardegedreven zorg is het kader van het definiëren van het publiek belang sprake van een trapsgewijze definiëring dat het perspectief op dit onderdeel complex en diffuus maakt. Het toevoegen van waarde voor de ene patiënt hoeft niet te betekenen dat iedere patiënt beter wordt. Sterker nog, veelal kan het tegenovergestelde waar zijn (Balfour-Lynn, 2014) . Door meer focus op één patiënt te leggen wordt weliswaar veel waarde toegevoegd voor deze patiënt, maar deze aandacht kan niet aan andere patiënten gegeven worden, wat ervoor zorgt dat deze patiënten minder waarde ervaren. Deze praktische uitleg is ook op collectiever vlak van toepassing. De constante afweging tussen het individuele en collectieve is complex. Denk bijvoorbeeld aan de vertrekking van dure medicatie ten opzichte van de kosten voor de maatschappij (Haycox, Pirmohamed, McLeod, Houten, & Richards, 2014). Deze constante afweging tussen het individuele en collectieve is van belang binnen waardegedreven zorg.

### *Onderdeel 5: Prestatiedoelstelling*

Moore (2013) beschrijft maatschappelijke meerwaarde als een rekensom van kosten en opbrengsten. Waarbij kosten, de kosten zijn van het gebruik van overheidsinstanties en collectieve eigendommen. De opbrengsten formuleert Moore als collectieve resultaten.

Porter & Olmsted Teisberg (2006) beschrijven (patiënt)waarde als de rekensom zoals hieronder beschreven.

$$\text{Patiëntwaarde} = \frac{\text{zorguitkomsten}}{\text{kosten}}$$

*Figuur 3: definitie waardegedreven zorg*

Hieruit valt te concluderen dat beide theorieën (PVM en waardegedreven zorg) focussen op het toevoegen van publieke meerwaarde, waarbij waardegedreven zorg uitgaat van de branche specifieke term 'patiëntwaarde'.

### *Onderdeel 6: Dominant model van verantwoordelijkheid*

Door NPM waarden in publieke organisaties toe te passen riskeert het risico men om in een zogenoemde 'audit'-cultuur terecht te komen (Lapsley, 2009). Deze cultuur kenmerkt zich door te focussen op controle waarbij wordt vastgehouden aan beleid en te weinig aandacht is voor eigen inbreng, initiatief en eigenaarschap bij publieke medewerkers. Het systeem NPM heeft negatieve impact op het gevoel van eigenaarschap en toegevoegde waarde van medewerkers. Met PVM wordt juist het tegenovergestelde geprobeerd te bereiken, door terug te gaan naar de bedoeling ontstaat er een gevoel van dat het werk van de medewerker waarde toevoegt. Dit gevoel is niet alleen positief voor de burger of het betreffende proces, maar lijkt ook positieve impact te hebben op de motivatie en werkplezier van de medewerker in de publieke sector (Leiden Leadership Centre, 2021). Een organisatie die volgens het principe van PVM georganiseerd is werkt in netwerken (Benington, 2011).

Deze ommekeer van NPM naar PVM vraagt van de moderne ambtenaar ander gedrag (van der Meer, 2021). Gedrag waarin medewerkers in de publieke sector niet alleen hun functie als ambtenaar vervullen, maar ook een rol hebben in netwerkorganisaties en problemen herkennen en oplossingen initiëren en realiseren. In het kader van waardegedreven zorg zou dit betekenen dat leidinggevenden verantwoordelijkheid hebben af te leggen die verder gaat dan de eigen afdeling. Leidinggevenden zijn zowel verantwoordelijk voor het (financieel) welbevinden van de organisatie, als het verhogen van kwaliteit van zorg als het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg.

### *Onderdeel 7: Geprefereerd systeem van levering*

Waar zorgorganisaties in het verleden georganiseerd waren rondom specialismes zijn zorgorganisaties die waardegedreven zorg realiseren georganiseerd rondom het inhoudelijk proces (Porter & Lee, 2013). Met deze manier van organiseren wordt het verbeterpotentieel van een aandoening duidelijker en is er meer mandaat voor de inhoudelijk professional (Ohrling, 2021). Ook is er binnen waardegedreven zorg aandacht voor het transparant maken van geleverde zorg. Het transparant delen van resultaten is zoals eerder aangegeven noodzakelijk om inhoudelijke verbeteringen in het proces te realiseren. Hiernaast is het delen van resultaten ook noodzakelijk om draagvlak te creëren voor deze nieuwe organisatie inrichting (waardegedreven zorg). Dit draagvlak wordt gecreëerd door duidelijk te zijn in wat de opbrengst van waardegedreven zorg. De betreffende zorgorganisatie dient dan ook een systeem van levering te hebben dat deze transparantie faciliteert (Zipfel, et al., 2019).

#### 2.4.1 Afsluiting conceptueel model

In dit subhoofdstuk is aan de hand van wetenschappelijke literatuur een conceptueel model gepresenteerd waarin NPM, PVM en waardegedreven zorg met elkaar worden vergeleken. Dit conceptueel model is de basis voor het verdere onderzoek. In het volgende hoofdstuk zal worden beschreven hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden.

## Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet en dataverzameling

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de gemaakte keuzes ten opzichte van het empirisch onderzoek. Allereerst wordt ingegaan op het researchdesign. Hierna volgt een beschrijving van de manier waarop de data verzameld is. Dit hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de interne en externe validiteit.

### 3.2 Research design

Deze studie heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de wijze waarop kruisbestuiving tussen PVM en de realisatie van waardegedreven zorg kan plaatsvinden. Om die reden is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Kwantitatief onderzoek wordt voornamelijk gebruikt om hypothesen te toetsen. Kwalitatief onderzoek is met name geschikt voor vergroten van inzicht rondom een specifiek thema.

De gezondheidszorg waarbinnen waardegedreven zorg zich afspeelt bestaat uit een veelheid aan organisaties. Om de uitvoerbaarheid van het onderzoek te behouden is de keuze gemaakt om empirisch onderzoek te doen in ziekenhuizen. Deze keuze is gemaakt omdat de ervaring leert dat er op dit moment vooral binnen de Nederlandse ziekenhuizen wordt gewerkt aan de realisatie van waardegedreven zorg. Ook wordt het merendeel van de maatschappelijke kosten voor gezondheidszorg in het ziekenhuis gemaakt (CBS, 2020). Omdat waardegedreven zorg een mogelijke oplossing is voor de besproken kostenstijging in de inleiding is het logisch om ook onderzoek te doen naar organisaties die bijdragen aan deze kostenstijging. Het onderzoek is uitgevoerd binnen één ziekenhuis, te weten het St. Antoniusziekenhuis. Deze keuze is gemaakt vanwege een aantal redenen. Ten eerste was het niet mogelijk om binnen de korte tijd die er voor het onderzoek beschikbaar is meer ziekenhuizen te onderzoeken. Hiernaast is het St. Antoniusziekenhuis één van de ziekenhuizen waar waardegedreven zorg structureel wordt gerealiseerd (Santeon, 2021). Ten tweede blijkt uit het jaarverslag dat het ziekenhuis met ongeveer 600 miljoen omzet relatief groot is maar ook financieel gezond is, dit maakt het mogelijk dat er geïnnoveerd wordt (St. Antoniusziekenhuis, 2020). Ten derde heeft het bestuur van het ziekenhuis zich uitgesproken om waardegedreven zorg vorm te geven in de organisatie (St Antoniusziekenhuis, 2022). Daarmee is dit ziekenhuis een geschikte organisatie voor een casestudie om aan de hand van het conceptuele model te gaan verkennen hoe waardegedreven er in de praktijk van ziekenhuizen uit ziet.

Hartley et al. (2017) hebben onderzoek gedaan naar welke onderzoeksmethoden passen bij onderzoek naar PVM. In dit artikel wordt aangeraden bij onderzoeken die bijdragen aan de conceptualisering van het model een casestudy passend is waarbij stakeholders en managers onderdeel zijn van het onderzoek. Zodoende is ook de keuze gemaakt deze lijn in dit onderzoek te volgen. Zodoende bestaat de casestudy uit twee onderdelen. Er vinden interviews plaats met sleutelfiguren in de organisatie die bezig zijn met het realiseren van waardegedreven zorg. Ook is er deskresearch verricht naar het beleid van het St. Antoniusziekenhuis.

Op basis van het conceptuele model wordt in kaart gebracht hoe per element de praktijk van de realisatie van waardegedreven zorg kan worden geduid. Met de empirische data uit het onderzoek wordt geanalyseerd of de gegeven uitwerking van de elementen van 'waardegedreven zorg' in de organisatie terugkomen. Zo nee, wordt bekeken met welke omschrijving de elementen wel overeenkomen. Allereerst wordt in de analyse het conceptueel model vergeleken met de analyse van het beleid. Vervolgens wordt de analyse van de interviews vergeleken met het conceptueel model. Als laatste komen de beleidsanalyse en analyse van de interviews bij elkaar met als doel de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis te vergelijken.

### 3.2.1 Intern deskresearch

Door middel van deskresearch is onderzoek gedaan naar de manier waarop waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis is vormgegeven. Met deze documenten is een analyse gemaakt. Deze analyse is onderdeel gemaakt van deze masterthesis (zie hoofdstuk Context). Deze data is gebruikt om de vergelijking te maken tussen het conceptuele model en het beleid van het St. Antoniusziekenhuis. Er is gebruik gemaakt van de volgende documenten: (documenten zijn op aanvraag beschikbaar):

- Het meerjarenbeleidsplan 2020-2024 (MJBP)
- Jaaroverzicht 2019,2020 en 2021 (St. Antoniusziekenhuis, 2020)
- Droom of werkelijkheid? Waardegedrevenzorg (Santeon, 2021)
- Besturingsfilosofie (St Antoniusziekenhuis, 2022)
- Update stuurgroep waardegedreven zorg
- Stand van zaken waardegedreven zorg st. Antoniusziekenhuis
- De website van het St. Antoniusziekenhuis

### 3.2.2 Interviews

Er hebben zes semigestructureerde interviews plaatsgevonden van ongeveer 45 minuten per interview. De respondenten zijn niet gerandomiseerd gekozen, de respondenten zijn specifieke medewerkers van het St. Antoniusziekenhuis die in hoge mate betrokken zijn bij de realisatie van waardegedreven zorg. De organisatie brede realisatie van waardegedreven zorg staat in relatieve zin

nog in kinderschoenen. Bij de selectie van respondenten is in het bijzonder gekeken naar de mate van betrokkenheid bij het realiseren van waardegedreven zorg in de praktijk van het ziekenhuis. Hierdoor is de keuze gemaakt om leidinggevend en leiders van zorgketens te interviewen.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topic lijst (zie bijlage 2). Er is gekozen voor deze manier van interviewen zodat de respondenten ruimte hebben ervaren om een gesprek te voeren waar ruimte is voor doorvragen wanneer nodig, maar respondenten vooral hun eigen verhaal hebben kunnen vertellen. Deze verhalen die zijn opgehaald aan de hand van de topic lijst hebben tot doel om een compleet beeld te krijgen van 'beleid in de praktijk' als het gaat om de realisatie van waardegedreven zorg in het ziekenhuis.

### 3.3 Onderzoekstechniek

#### 3.3.1 Interviews

Alle zes interviews hebben plaatsgevonden in de maand april. Ieder interview is opgenomen met de telefoon door middel van het spraakrecoder programma van het Android besturingssysteem. In dit programma is het mogelijk om tijdens de opname bladwijzers te maken. Door middel van deze mogelijkheid is tijdens het gesprek aangegeven wanneer een nieuw topic is begonnen. Op deze manier was het mogelijk om per topic de interviews uit te werken. Aan de hand van de besproken topic lijst (zie bijlage 1) is per topic een geparafraseerd overzicht gemaakt van het interview. Hierbij is gebruik gemaakt van Excel en de opgenomen interviews om citaten te verzamelen betreffende de topics. Om de resultaten leesbaar te houden is tijdens het verwerken van de audio geparafraseerd. Het besproken interviewverslag en de originele opnames zijn op aanvraag beschikbaar.

Zoals eerder aangegeven is de keuze gemaakt om medewerkers van het St. Antoniusziekenhuis te interviewen die direct vormgeven aan waardegedreven zorg in het ziekenhuis. Hieronder volgt een uiteenzetting van de respondenten, diens functie en de datum van het interview:

- Dr. Teunissen, neuroloog en medisch leider zorgketen Slaapgeneeskunde (Utrecht, 20 april 2022)
- Dhr. Jansen, fysiotherapeut en voormalig organisatorisch leider van de zorgketen Borstkanker en voorzitter van de OR (Nieuwegein, 19 april 2022)
- Dr. van Swol, klinisch fysicus en organisatorisch leider van de zorgketen Borstkanker (Utrecht, 4 mei 2022)
- Drs. Polman, manager van de zorgeenheid Long Neuro en lid van de stuurgroep waardegedreven zorg (Nieuwegein, 3 mei 2022)
- Dhr. Sjors van der Maat, afdelingshoofd en organisatorisch leider van de zorgketen Trauma geriatrie (Utrecht, 26 april 2022)

- Dhr. van Manen, afdelingshoofd en lid van een verbeterteam (Nieuwegein, 20 april 2022)

### 3.3.2 Deskresearch

In het kader van het interne deskresearch zijn de documenten benoemd bij 3.1.2 verzameld en geanalyseerd. Deze documenten zijn op aanvraag beschikbaar. Deze documenten zijn verwerkt in een analyse waarbij een beeld is geschetst van het beleid rondom waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis. Deze analyse is ook nuttig om de juiste context over de gekozen organisatie te presenteren waardoor de lezer in staat is de informatie uit de onderzoeken te interpreteren. Zodoende is er een beschrijving van de organisatie en de analyse van de onderzochte beleidsdocumenten opgenomen in Hoofdstuk 4: Context.

### 3.4 Interne validiteit

Zoals uit het literatuuronderzoek blijkt is er geen sprake van een algemeen conceptueel model waarin elementen van waardegedreven zorg of PVM worden geïntegreerd. Dit kwalitatieve onderzoek is dan ook gebouwd op een theoretisch conceptueel model, waar bestaande literatuur als bouwstenen fungeren ter realisatie van het conceptueel model. Met als doel validiteit te bewaken, is in dit onderzoek data-triangulatie toegepast betreffende deskresearch en (semi)gestructureerde interviews. Enerzijds komt dit de betrouwbaarheid ten goede, door het gebruik van meerdere bronnen kunnen deze met elkaar vergeleken worden. Hierdoor wordt een uitspraak niet op een enkele bron gebaseerd. Anderzijds heeft dit een nadelig effect voor de data-analyse omdat de keuze is gemaakt open tekst te analyseren.

Hiernaast dient benoemd te worden dat de schrijver van deze masterthesis werkzaam is als leidinggevende in het St. Antoniusziekenhuis. Met als doel dat interview vragen niet sociaal wenselijk worden beantwoord is de keuze gemaakt geen medewerkers van het St. Antoniusziekenhuis te interviewen die een lagere hiërarchische plek in de organisatie hebben dan de schrijver. Ook zijn er geen medewerkers van de organisatie geïnterviewd die verantwoording afleggen aan de schrijver van deze masterthesis.



### 3.5 Externe validiteit

Deze casestudy is slechts toegepast op één organisatie en heeft als voornaamste doel het vergroten van inzicht rondom waardegedreven zorg. Deze scriptie heeft niet tot doel om een hypothese te toetsen, er is namelijk nog te weinig onderzoek gedaan naar de mogelijkheid tot kruisbestuiving tussen PVM en waardegedreven zorg. Mocht er voldoende empirisch bewijs gevonden worden om tot een hypothese te komen is het van belang dat er breder (kwantitatief) onderzoek gedaan wordt naar dit onderwerp. Mede door de verkennende vorm van dit onderzoek is zullen gevonden onderzoeksresultaten slechts op minimale wijze te generaliseren zijn.

## Hoofdstuk 4: Context

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op ontwikkelingen en context die relevant zijn om de empirische onderzoeksdata op de juiste manier te interpreteren. Door de context te schetsen waarin de ziekenhuisbranche en daarmee het St. Antoniusziekenhuis zich in bevinden wordt duidelijk voor welke uitdagingen de branche staat en waarom de ontwikkeling richting waardegedreven zorg is ingezet. Deze ontwikkelingen hebben mogelijk ook impact op welke waarden in beleid en praktijk naar voren komen in de onderzochte organisatie. Zodoende wordt vrij uitgebreid ingegaan op de context waarbinnen het St. Antoniusziekenhuis zich bevindt. Om de context te schetsen wordt allereerst ingegaan een drietal omvangrijke besluiten die het Nederlands zorgstelsel de afgelopen jaren hebben gevormd. Hierna worden er ontwikkelingen in de ziekenhuisbranche beschreven. Deze ontwikkelingen worden vormgegeven vanuit het perspectief vanuit de arbeidsmarkt en vanuit financieel, demografisch, technologisch, maatschappelijk oogpunt. Dit hoofdstuk sluit vervolgens af met een beschrijving van de context die specifiek van belang is voor het St. Antoniusziekenhuis. Hierbij is ook een onderdeel opgenomen betreffende een analyse van de beleidsontwikkelingen ingezet in de organisatie om waardegedreven zorg te realiseren.

### 4.2 Context beleidsontwikkelingen

In dit onderdeel van de context worden een drietal omvangrijke besluiten beschreven die dermate grote impact hebben op het zorgstelsel dat deze van waarde zijn voor de context waarbinnen de zorg zich bevindt.

#### 4.2.1 Ziekenfonds

In 1941 werd het ziekenfonds ingevoerd. Voor de volledigheid, dit werd opgelegd door de bezetters tijdens de 2<sup>e</sup> wereldoorlog. Echter, ook tegenstanders van de bezetting zagen het ziekenfonds als idee uit eigen koker (van Klaveren, 2015). Van Klaveren beschrijft in zijn proefschrift dat vanwege het enthousiasme aan beide kanten geconstateerd kan worden dat het ziekenfonds goed bij de

ontwikkelingen in de maatschappij paste. Hij beschrijft dan ook dat de waarden van die tijd meer bij het principe van de verzorgingsstaat passen.

In hetzelfde proefschrift wordt ook beschreven dat brede uitvoering van de verzorgingsstaat binnen de Nederlandse maatschappij op weinig steun kon rekenen. Behalve praktische bezwaren, was er ook angst om bepaalde keuzevrijheid en daarmee verantwoordelijk kwijt te raken wanneer de ideologie van de verzorgingsstaat verder werd ingevoerd binnen de gezondheidszorg.

In de decennia daarna kwam de verzorgingsstaat onder vuur te liggen. De verzorgingsstaat werd te duur en bureaucratisch bevonden. Deze mening is geen politiek gevolg van de omslag van links naar rechts, in de late jaren '70 was ook kritiek te horen aan de linkse kant. Deze kritiek richtte zich vooral op de omvang van de verzorgingsstaat. Tegelijkertijd uitte deze kritiek zich ook met betrekking tot de ideologie rondom de verzorgingsstaat. Het gedachtegoed groeide dat de verzorgingsstaat een perverse prikkel tot gevolg had en dat burgers er ook onzelfstandig van werden (Bertens, 2015).

Echter, het duurde tot de jaren '80 totdat er concrete plannen kwamen de verzorgingsstaat te hervormen. Met het rapport van de Commissie-Dekker kwam het advies over hervormingen van de gezondheidszorg die zouden leiden tot de zorgverzekering (Roscam Abbing, 1987).

Met het rapport van de commissie-Dekker (1986) werd het marktdenken in de zorg geïntroduceerd (Bertens, 2015). Deze vorm van gezondheidszorg is radicaal verschillend ten opzichte van het ziekenfonds. De commissie-Dekker stelde dat de patiënt (lees: burger) keuze moest hebben, het hebben van deze keuze impliceert een bepaalde mate van zelfredzaamheid. De commissie-Dekker zag deze keuze als mechanisme om concurrentie binnen de zorg te realiseren. Dezelfde commissie verwachtte door concurrentie de zorg doelmatig en toekomstbestendig te houden.

Het zou toch nog 20 jaar duren totdat de wet Marktordering de Gezondheidszorg van kracht werd (Overheid, 2021). Met deze wet werd marktwerking met alle gevolgen van dien met betrekking tot zelfredzaamheid van de burger structureel vastgelegd binnen de maatschappij.

#### *4.2.2 Invoering DBC-systematiek*

In 2003 werd een nieuwe manier van financiering in de zorg geïmplementeerd, Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Deze financieringsmethode is niet opgelegd door VWS, maar het initiatief komt van een aantal individuele medisch specialisten en ziekenhuizen (Hoogervorst, 2003). De doelstelling van deze systematiek was: *'prestatiebekostiging als basis voor transparantie van de bedrijfsvoering van ziekenhuizen, hetgeen nodig is als opmaat voor de introductie van marktwerking'* (Hoogervorst, 2003, p. 3).

Voor dit onderzoek is het niet relevant om in te gaan op de inhoud van DBC-systematiek. Wel is het interessant om de reacties uit het werkveld te peilen. Opvallend is dat verschillende brancheverenigingen positief zijn wat betreft de invoering van DBC-systematiek (Tweede kamer, 2006). Echter, individuele medisch specialisten vinden de systematiek over het algemeen ingewikkeld, omslachtig en bureaucratisch (Nivel, 2016).

#### 4.2.3 De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)

Waardegedreven zorg wordt in de beleidsnota 2021 niet specifiek als term gebruikt, wel beoogt het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een realiteit te bereiken die lijkt op waardegedreven zorg. Sinds 2018 is het programma De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) onderdeel geworden van de beleidsagenda (VWS, 2017). Het doel van JZOJP is het activeren van zorgprofessionals, het vinden van ruimte voor verandering zonder stelselwijzigingen en het vergroten van goede voorbeelden (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018). Dit wordt gedaan door ideeën uit het werkveld te faciliteren en uit te vergroten. Dit heeft inmiddels geleid tot ruim 200 goede voorbeelden. Met het programma JZOJP beoogt VWS maximale waarde voor de patiënt, zorgprofessional en de maatschappij te realiseren (VWS, 2021),

Het valt op dat de denkrichting met betrekking tot de JZOJP niet betwist wordt tijdens debatten (Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). De manier waarop de JZOJP acteert lijkt relatief veel steun te krijgen binnen de politiek. Dit blijkt ook uit reacties uit het toenmalige kabinet als: *'We waren al goed in de zorg op deelterreinen, nu zijn we ook goed in het leveren van zorg en ondersteuning in samenhang, in aansluiting op wat mensen echt nodig hebben'* (Bruins, 2018).

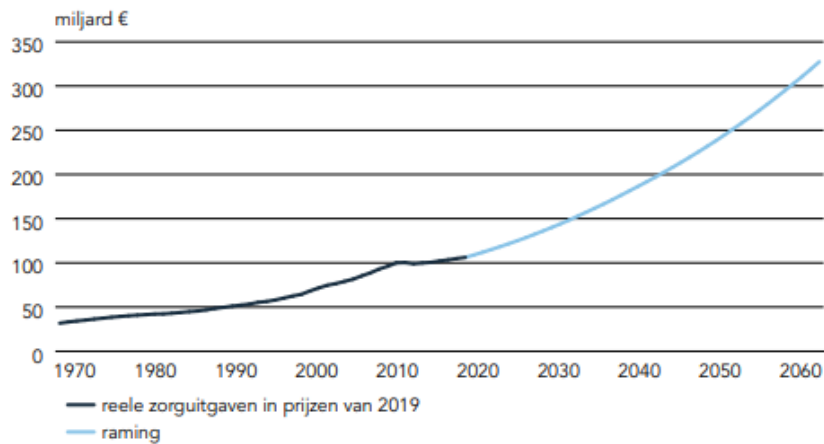
De werkwijze van het programma lijkt zich te kenmerken door de rol die de ambtenaren aannemen. In het rapport dat is uitgebracht ter ondersteuning van het programma (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018) wordt gesteld dat de praktijk leidend en de ambtenaar slechts een faciliterende rol heeft. De ambtenaar heeft als voornaamste rol om in het proces van verbetering samen met de professional, patiënt en verzekeraar goede voorbeelden te creëren en deze voorbeelden als een olievlek uit te vergroten.

#### 4.3 Ziekenhuisbranche

De beschrijving van de context van de ziekenhuisbranche bestaat uit een analyse van feitelijke ontwikkelingen uit financieel perspectief, ontwikkelingen vanuit de arbeidsmarkt, maatschappelijk perspectief en technologisch perspectief. Hiernaast wordt specifiek aandacht besteed aan de impact van de coronacrisis op deze factoren.

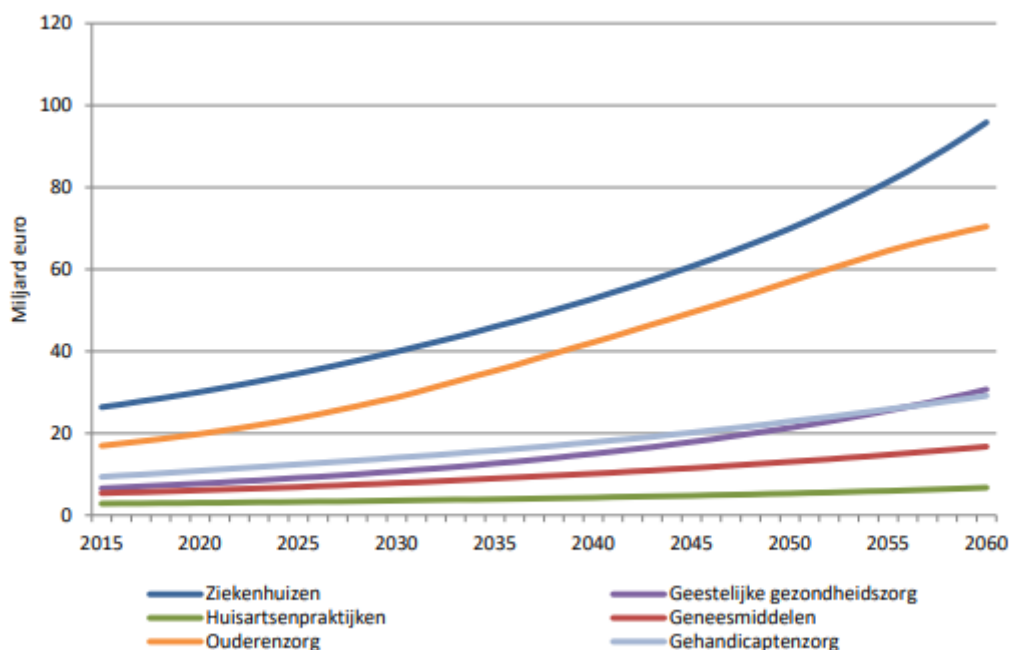
### 4.3.1 Financieel perspectief

Het WRR-rapport (WRR, 2021) beschrijft dat de kosten in de zorg de komende jaren stijgen.



*Figuur 4: Raming van de totale reële zorguitgaven tot 2060 (miljarden euro's) (Vonk, Hilderink, Plasman, Kommer, & Polder, 2020)*

Met de informatie uit deze raming is te concluderen dat in 2060 gemiddeld 19,1% van het bruto binnenlands product (BBP) aan zorg besteed zal worden. Dit tegenover 4,4% in 1980. Deze stijging is op zijn zachtst gezegd flink te noemen. Echter, ten behoeve van antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag is het nodig om dit expliciet te onderzoeken voor ziekenhuiszorg. In figuur 5 is zichtbaar dat deze trend ook doorzet in de verwachte kosten van ziekenhuiszorg.



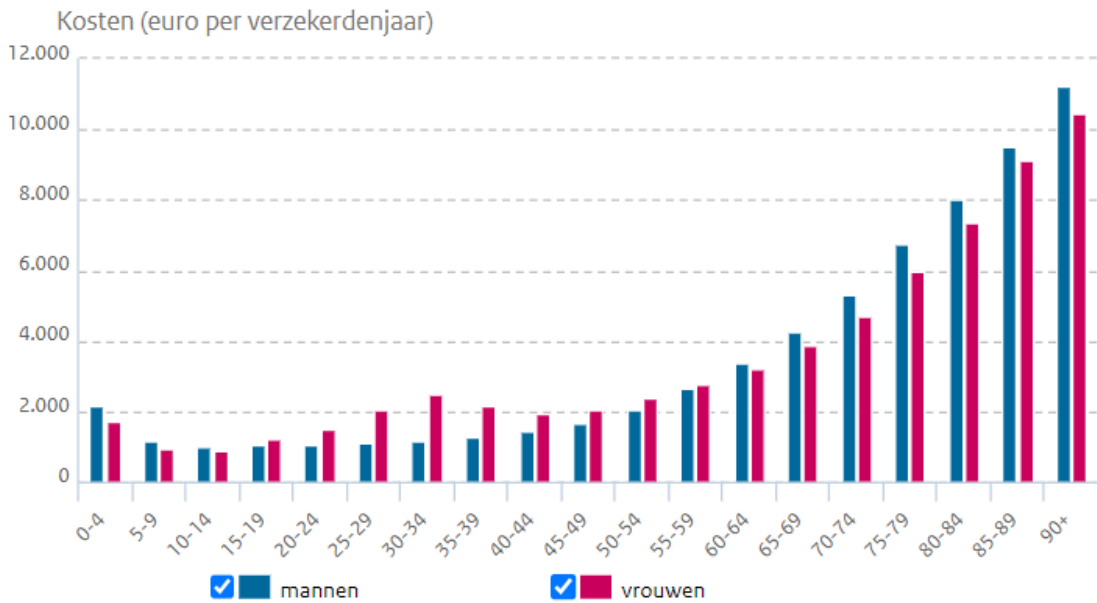
Figuur 5: Toekomstprojectie zorguitgaven voor afzonderlijke sectoren, 2015-2060 (Vonk, Hilderink, Plasman, Kommer, & Polder, 2020)

Uit bovenstaande informatie zijn een aantal zaken te concluderen die van belang zijn voor dit onderzoek. Ten eerste is de verwachting dat de kosten van de Nederlandse (ziekenhuis)zorg de komende jaren stijgen. Ten tweede de ziekenhuiskosten relatief gezien het hardst.

#### 4.3.2 Demografisch perspectief

De afgelopen eeuw is het inwonersaantal in Nederland verdrievoudigd (CBS, 2003). Echter, realistische schattingen over demografische ontwikkelingen in de komende jaren zijn complex. Demografische ontwikkelingen hangen namelijk samen met factoren als migratie, geboorte en sterfte (WRR, 2021). In het rapport 'Bevolking 2050 in beeld' worden een aantal zekerheden geformuleerd (NIDI en CBS, 2021). Het aantal ouderen zal stijgen ten opzichte van de beroepsbevolking. Dat betekent dat het aandeel van de bevolking dat in arbeid participeert afneemt ten opzichte van de totale bevolking. Dit zal erin resulteren dat er met een relatief kleiner aantal burgers de kosten voor het publieke apparaat dienen te worden gefinancierd. Hiernaast valt te concluderen dat dit ook impact heeft op de kosten voor de gezondheidszorg. Gemiddeld gezien wordt een groot gedeelte van de totale zorgkosten besteed aan burgers in een hogere leeftijdscategorie (zie figuur 7).

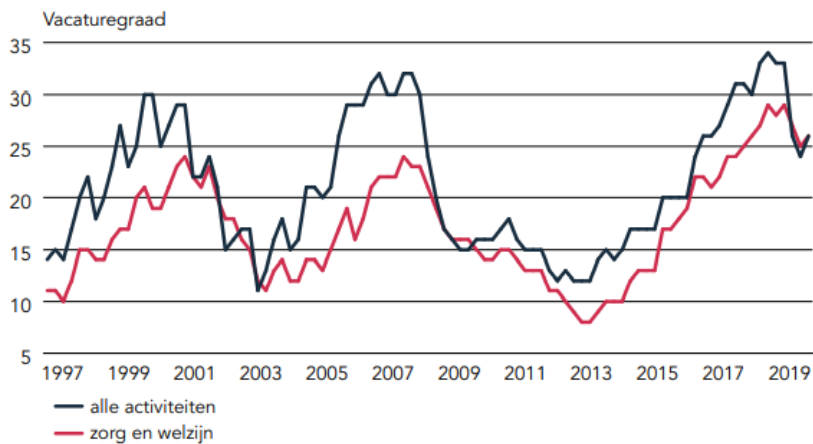
## Declaraties basisverzekering



Figuur 6: Zorgkosten naar leeftijd (2018) (CBS, 2021)

### 4.3.3 Arbeidsmarktperspectief

In figuur 8 is te zien dat de vacaturegraad<sup>2</sup> in de zorg oploopt. Vanwege de oplopende werkdruk en groeiende vraag naar personeel wordt het personeelsprobleem in de zorg versterkt. Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat deze tekortkomingen overeenkomen met andere branches zoals de IT.



Figuur 7: Vacaturegraad in de zorg (WRR, 2021, p. 48)

Het is opvallend dat ondanks de oplopende vacaturegraad en werkdruk het aantal personen dat werkt in de ziekenhuiszorg sinds 2010 ongeveer gelijk is gebleven, terwijl de kosten substantieel stijgen (zie figuur 8 en 9).

<sup>2</sup> Het aantal openstaande vacatures per 1000 banen

|   | Absoluut (personen x1000) |       |       |       | Aandeel |
|---|---------------------------|-------|-------|-------|---------|
|   | 2010                      | 2013  | 2016  | 2019  | 2019    |
| Universitair medische centra            | 67                        | 69    | 71    | 77    | 6,2%    |
| Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg | 215                       | 213   | 213   | 217   | 17,6%   |
| Geestelijke gezondheidszorg             | 83                        | 92    | 86    | 94    | 7,6%    |
| Huisartsen en gezondheidscentra         | 25                        | 25    | 28    | 32    | 2,6%    |
| Overige zorg en welzijn                 | 106                       | 116   | 116   | 125   | 10,2%   |
| Verpleging, verzorging en thuiszorg     | 412                       | 427   | 386   | 425   | 34,5%   |
| Gehandicaptenzorg                       | 155                       | 165   | 162   | 178   | 14,5%   |
| Jeugdzorg                               | 34                        | 31    | 28    | 32    | 2,6%    |
| Sociaal werk                            | 62                        | 51    | 51    | 53    | 4,3%    |
| Totaal zorg en welzijn*                 | 1.158                     | 1.189 | 1.141 | 1.233 | 100,0%  |
| Groei per jaar                          |                           | 0,9   | -1,4  | 2,6   |         |

Figuur 8: Aantal personen werkzaam per zorgbranche (WRR, 2021, p. 102)

Het is duidelijk dat de het aanbod (de zorgvraag) de komende jaren (nog) verder stijgt waardoor de schaarste toeneemt. Dit heeft impact op het aantal banen dat nodig is om aan de vraag te voldoen. Figuur 10 laat zien dat er tegen 2060 één vijfde van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg zou moeten werken om aan de verwachte vraag te voldoen.

|                                       | 2019   | 2030   | 2040   | 2050   | 2060   |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bevolking                             | 17.282 | 18.354 | 19.072 | 19.482 | 19.830 |
| Potentiele beroepsbevolking           | 12.221 | 12.524 | 12.284 | 12.620 | 12.974 |
| Beroepsbevolking                      | 9.267  | 9.440  | 9.259  | 9.512  | 9.779  |
| Niet-actieve beroepsbevolking         | 2.954  | 3.084  | 3.025  | 3.108  | 3.195  |
| Onbenut potentieel in personen        | 402    | 414    | 406    | 417    | 429    |
| Arbeidsvraag zorg                     | 1.485  | 1.873  | 2.342  | 2.897  | 3.574  |
| Arbeidsaanbod zorg bij huidig aandeel | 1.485  | 1.513  | 1.484  | 1.524  | 1.567  |
| Totaal tekort bij huidig aandeel      |        | 360    | 858    | 1.373  | 2.007  |
| Totaal tekort als % beroepsbevolking  |        | 3,8%   | 9,3%   | 14,4%  | 20,5%  |
| Aandeel zorg in beroepsbevolking      | 16,0%  | 19,8%  | 25,3%  | 30,5%  | 36,5%  |

Figuur 9: Langetermijnprojectie van de beroepsbevolking en de arbeidsvraag (WRR, 2021, p. 105)

Bovenstaande gegevens maken duidelijk dat er in de zorg steeds meer inzet van personeel nodig is om aan de vraag te voldoen. Dit terwijl er ook sprake is van een relatief kleinere beroepsbevolking.

Dit gegeven maakt de druk in de zorg om voldoende personeel te hebben steeds groter. Mogelijk is het zelf onrealistisch om aan de verwachting te voldoen in het kader van benodigd personeel.

#### 4.3.4 Technologisch perspectief

Technologische vooruitgang is goed voor twee derde van de kostenstijging in de zorg (RIVM, 2018). In hetzelfde rapport wordt aangegeven dat de relatie tussen het terugdringen en verhogen van zorgkosten door inzet van technologie complex is. Technologische vooruitgang zorgt er namelijk ook voor dat steeds meer ziekten behandelbaar zijn of dat de medische wetenschap van het bestaan af weet. Dit zorgt ervoor dat er nu en in de toekomst steeds meer chronisch zieken zijn. Ook wordt een stijging verwacht van het aantal Nederlandse burgers met multimorbiditeit. Er is namelijk vanuit technologisch perspectief op te merken dat de er steeds meer (technologisch) mogelijk is in de gezondheidszorg. Zo zal er in 2040 drie keer zoveel uitgegeven worden aan de behandeling van kanker als in 2015 (RIVM, 2018).

Door kosteneffectieve technologische interventies is het mogelijk om kosten te besparen (RIVM, 2020). Het kabinet zet hier dan ook flink op in (de Jonge, 2021). Het kabinet ziet digitale en hybride vormen van zorg als onderdeel van de oplossing om de kostenstijging in de zorg tegen te gaan. Deze vorm van inzet van technologie in de zorg (genaamd eHealth) is vooral gericht op het effectiever inzetten van mensen en middelen in de gezondheidszorg en het bevorderen van zelfmanagement bij patiënten (Nictiz, 2019).

#### 4.3.5 Maatschappelijk perspectief

Mede door de technologische vooruitgang in de zorg verwachten patiënten steeds meer van de gezondheidszorg (WRR, 2021). Voorbeelden die hierbij worden genoemd zijn het tot een laat stadium doorbehandelen van kanker of het etiketteren van druk gedrag bij kinderen met bijvoorbeeld ADD of ADHD. Deze verwachtingen dragen bij aan de personaliseren van de gezondheidszorg. Dit is het effect waarbij burgers een persoonlijk afgestemde behandeling verwachten, genaamd personalised medicine. Deze manier van zorg organiseren maakt zorg vele malen duurder (WRR, 2021). In de wetenschap wordt de macro kosteneffectiviteit van dit effect sterk betwist (Balfour-Lynn, 2014; Haycox, Pirmohamed, Mclead, Houten & Richards, 2021; Maughan, 2017). Het valt op te merken dat de trend om aan persoonlijk ingerichte zorg te voldoen ondanks dergelijke uitkomsten zich steeds meer wortelt in de gezondheidszorg (Botham, Shilling, & Jones, 2021).

Er zou beredeneerd kunnen worden dat de ziekenhuisbranche ondanks de negatieve neveneffecten toch aan de vraag van de klant zou kunnen voldoen om gepersonaliseerde zorg te bieden. Hiernaast kan beredeneerd worden dat hier ook een menselijk effect invloed op heeft. De individuele zorgprofessional zal het liefst de beste zorg voor iedere patiënt bieden ondanks toenemende kosten.



Het is immers op individueel niveau emotioneel complex om een geldbedrag aan een bepaalde behandeling toe te voegen en daarmee de afweging te maken minder goede zorg te leveren. Op macroniveau worden deze afwegingen wel gemaakt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020), echter is deze manier van bedrijfsvoering in de ziekenhuiszorg op zijn zachtst gezegd nog controversieel te noemen in de maatschappij (Rand & Kesselheim, 2021).

#### 4.4 Gevolgen coronacrisis

Deze uiteenzetting van de situatie in de ziekenhuisbranche zou niet compleet zijn zonder de impact van de coronapandemie mee te nemen. Hieronder wordt ingegaan op de factoren waarbij een (mogelijk structurele) relatie is gevonden met de coronapandemie.

##### 4.4.1 Impact op technologische ontwikkelingen

Tijdens de coronapandemie hebben zorgprofessionals relatief minder tijd gehad voor de reguliere patiënten, Covid-19 is immers bovenop de huidige vraag gekomen. Doordat zowel reguliere patiënten als Covid-19 patiënten behandeld moesten worden en niet op de reguliere manier aan deze vraag voldaan kon worden, is er sinds het begin van de pandemie meer noodzaak gecreëerd voor de realisatie van eHealth (Shah, Shalini, Siwan, Sudhir, Kohan & Lynn, 2020). Hieronder zullen hier een aantal voorbeelden van genoemd worden.

###### 4.4.1.1 Thuismonitoring covidpatiënten

Aan het begin van de coronapandemie hebben geneeskunde studenten in samenwerking met het St. Antoniusziekenhuis in een aantal weken een app ontwikkeld waarmee corona patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden (Grutters LA, 2021). Deze app heeft in de afgelopen jaren duizenden opnamedagen bespaard en wordt inmiddels internationaal ingezet. Verschillende onderzoeken wijzen erop dat de ervaring die medisch specialisten, verpleegkundigen en organisaties hiermee hebben opgedaan, de transformatie in de zorg mogelijk is versneld (Onderzoeksgroep Population Health Governance, 2021).

###### 4.4.1.2 Ambitie hybride zorg

De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) hadden de ambitie dat er aan het einde van 2021 op nationaal niveau 25% minder fysieke polibezoeken plaatsvinden in Nederland (NVZ, 2021). Inmiddels is bekend geworden dat deze ambitie ook is behaald (NVZ, 2022).

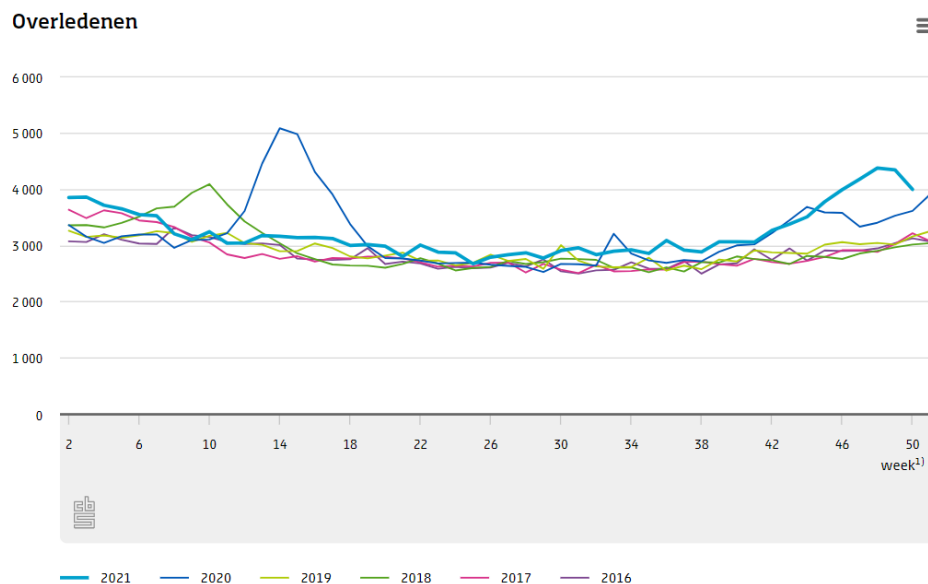
##### 4.4.2 Impact op financiële ontwikkelingen

De rapportage 'Zorgcijfers Monitor' heeft tot doel de kosten in de zorg in beeld te brengen (Zorginstituut Nederland, 2021). Mede door uitgestelde (of verdampte) zorg is de kostenstijging van de ziekenhuiszorg minder dan verwacht (Zorginstituut Nederland, 2021). Echter, deze trend lijkt weer doorbroken te worden. De ziekenhuiskosten stijgen vrijwel weer zo hard als voorheen. Ook brengt het

rapport in beeld hoeveel catastrofekosten<sup>3</sup> ziekenhuizen hebben ontvangen in 2020 en 2021. Cumulatief bedraagt dit ongeveer 2,2 miljard euro. Het is echter de verwachting dat deze kosten, mits de coronapandemie onder controle is, niet meer worden gemaakt. Ook is tijdens de pieken van de coronapandemie zorg afgeschaald (IGJ-LNAZ-NZa, 2021). Helaas is het nog niet mogelijk om de financiële impact weer te geven van dit beleid.

#### 4.4.3 Impact op demografische ontwikkelingen

De impact van corona op demografische ontwikkelingen zit op twee factoren. Enerzijds oversterfte en anderzijds op aantal geboren burgers. Uit figuur 11 is op te maken dat er sprake is van oversterfte, echter de bevolking groeit dermate hard dat deze aantallen op macroniveau weinig impact hebben. Hier staat ook tegenover dat er in 2021 6800 meer baby's geboren zijn dan het jaar daarvoor (CBS, 2021). De impact van de coronapandemie op de demografische ontwikkeling is zodoende nihil te



noemen.

<sup>1)</sup> Om alleen volledige weken te tonen zijn weeknummers 1, 52 en 53 niet opgenomen.

*Figuur 10: Aantal overledenen per week (CBS, 2021)*

#### 4.4.6 Impact op maatschappelijke ontwikkelingen

Tijdens de pieken van de pandemie wordt ziekenhuiszorg landelijk afgeschaald (IGJ-LNAZ-NZa, 2021). Tijdens een peiling blijkt dat patiënten zich zorgen maken over de uitgestelde zorg en de gevolgen daarvan voor de eigen gezondheidszorg (RIVM, 2021). Zoals eerder benoemd verwachten burgers steeds meer van de gezondheidszorg. Wellicht dat de coronapandemie en de uitgestelde zorg heeft bijgedragen aan enig begrip dat er niet ontoereikend zorg geleverd kan worden. Echter, hier is nog geen bewijs voor gevonden en blijft slechts een aanname.

<sup>3</sup>Kosten die ziekenhuizen maken maar door de overheid terugbetaald worden

#### 4.4.7 Impact op ontwikkelingen in de arbeidsmarkt

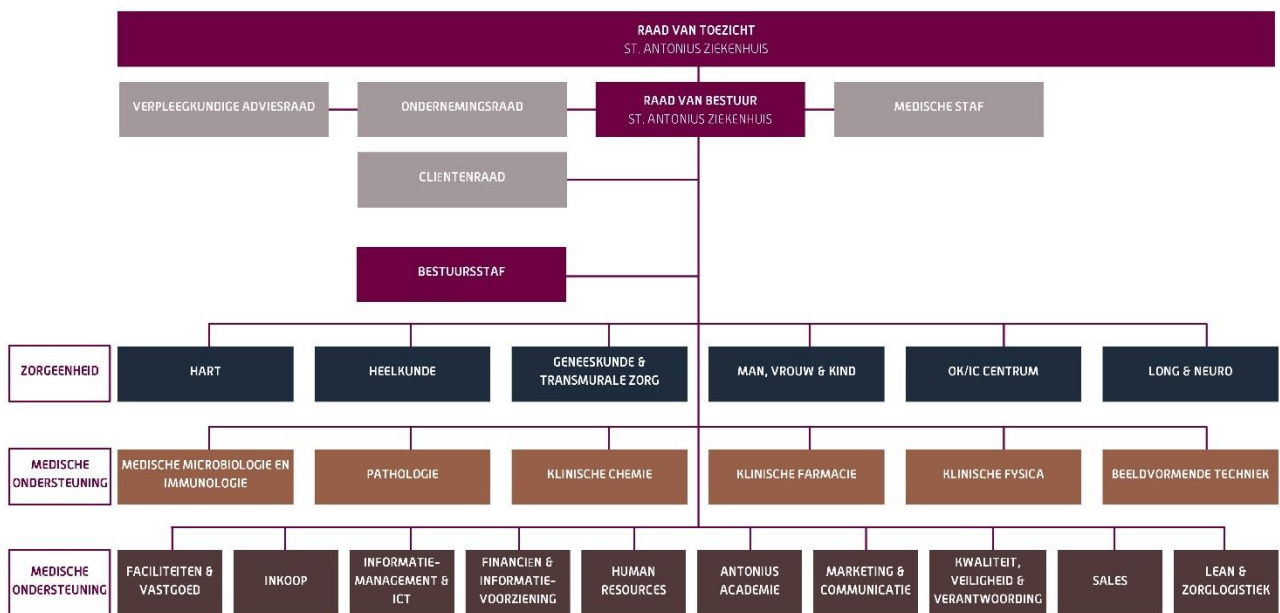
Tijdens het begin van de coronapandemie nam de werkloosheid tussen maart 2020 en augustus 2020 met 56% toe (CBS, 2021). Echter, in maart 2021 was het niveau weer vergelijkbaar met het niveau van voor de coronapandemie. Vanaf maart 2021 tot heden is de werkloosheid structureel nog verder gedaald.

### 4.5 Over het St. Antoniusziekenhuis

In dit onderdeel van het hoofdstuk context wordt de organisatie beschreven waar de casestudy is uitgevoerd.

#### 4.5.1 Organisatie

Het St. Antonius is een topklinisch ziekenhuis met locaties in Woerden, Utrecht en Nieuwegein. De organisatie is op onderstaande manier georganiseerd.



Figuur 11: Organogram St. Antoniusziekenhuis

Het St. Antonius maakt deel uit van de Samenwerking Topklinische Ziekenhuizen (STZ). Dit is een samenwerkingsverband van ziekenhuizen die samenwerken aan de beste kwaliteit van patiëntenzorg door middel van gericht wetenschappelijk onderzoek, topklinische zorg en opleiding (STZ, z.d.). Hiernaast maakt het St. Antonius deel uit van de ziekenhuisgroep Santeon, in deze relatief kleine groep aan organisaties (zeven ziekenhuizen) wordt samengewerkt om medische zorg te verbeteren door continue verbetering (Santeon, z.d.). In de praktijk uit dit samenwerkingsverband in bijvoorbeeld het vergelijken van uitkomsten van zorg en kosten en inkoopvoordelen. Het St. Antoniusziekenhuis is een fusie ziekenhuis te noemen, in de afgelopen decennia is de organisatie meermalen gefuseerd.

De organisatie is gespecialiseerd in hart&vaat, long en kanker. Met 5.924 medewerkers (waarvan 367 medisch specialisten en 1.853 verpleegkundigen) en een omzet van bijna 680 miljoen euro is het St. Antoniusziekenhuis een relatief groot ziekenhuis (St. Antoniusziekenhuis, 2020).

Ook is het relevant om stil te staan bij de organisatiestructuur. Over het algemeen zijn specialismen binnen ziekenhuizen georganiseerd in maatschappen, dit zijn Bv's binnen het ziekenhuis die zelf verantwoordelijk zijn voor hun inkomsten. Door deze organisatiestructuur en de huidige financieringsstructuur binnen de gezondheidszorg is er soms sprake van verschillende belangen tussen maatschappen en het ziekenhuis.

De visie van de organisatie is: 'Samen Zorgen voor Kwaliteit van Leven'. Het St. Antonius werkt volgens vier kernwaarden: Samen, Betrokken, Continu Verbeteren en innovatief. In het MJBP wordt beschreven dat de organisatie door middel van waardegedreven zorg kwaliteit van zorg en werkplezier van medewerkers en specialisten verhoogd. Zodoende focust de organisatie het genereren en sturen op patiëntgerichte uitkomsten. In het MJBP wordt verder beschreven dat de basis om deze focus in de organisatie aan te brengen ligt bij de inrichting van informatiemanagement.

#### 4.5.2 Beleid in het St. Antoniusziekenhuis over waardegedreven zorg

In dit onderdeel van de context wordt een beschrijving gegeven van het beleid in het St. Antoniusziekenhuis. Deze beschrijving wordt gegeven met als doel om de lezer de juiste informatie te geven waarmee het analyse hoofdstuk op de juiste manier geïnterpreteerd kan worden.

##### 4.5.2.1 Waardegedreven zorg op papier in het St Antonius ziekenhuis

In dit onderdeel van de analyse wordt eerst onderzocht hoe waardegedreven zorg als thema op de beleidsagenda staat en welke lijn de raad van bestuur hiermee volgt. Vervolgens worden twee andere manieren beschreven hoe het St. Antoniusziekenhuis op dit moment vorm geeft aan waardegedreven zorg.

#### 4.5.2.2 Thema in de beleidsagenda

In het meerjarenbeleidsplan 2020-2024 (MJBP) van de organisatie wordt gepresenteerd welke beleidsrichtingen de komende jaren worden gevolgd. In de managenetsamenvatting van het MJBP is het volgende uitgangspunt opgenomen: *'We focussen ons op die onderdelen van het zorgproces en zorgaanbod waar we vanuit het gezamenlijk perspectief van de patiënt en de organisatie de meeste waarde kunnen toevoegen'* (MJBP 2020-2024 blz. 6).

Het daaropvolgende hoofdstuk in het MJBP (genaamd Value Based Healthcare) benoemt een aantal doelstellingen en daarbij behorende succesindicatoren in het kader van waardegedreven zorg.

1. Meer bekendheid en bewustwording
  - a. In 2022 streven we naar 100% scholing van medewerkers en medisch specialisten in VBHC, zodat men in staat is de principes van VBHC toe te passen in de eigen werkpraktijk;
  - b. Periodieke bespreking van uitkomsten op de afdelingen en binnen eenheden is in 2021 gerealiseerd;
  - c. In alle nieuwe interne en externe samenwerkingsafspraken vormt VBHC zichtbaar het uitgangspunt. Hiervoor wordt de komende jaren een standaard ontwikkeld;
  - d. In 2020 is een communicatieprogramma rondom VBHC opgesteld en in 2022 in de organisatie uitgevoerd;
  - e. Uiterlijk in 2020 communiceren we intern en extern welke verbeterresultaten van uitkomsten van zorg de VBHC-verbetersteams hebben gerealiseerd.
  
2. Doelstellingen bij 'inzicht in waarde van zorg voor patiënt en medewerker'
  - a. Informatievoorziening is eind 2024 volledig toegespitst op aandoeningen (zorgpaden, dashboards, inbouwen van PROM's, automatiseren van rapportages);
  - b. In 2022 is voor alle aandoeningen inzicht in de kostprijzen beschikbaar
  - c. Kortcyclisch en lang cyclisch is inzicht in kwaliteit gerealiseerd met bijbehorende real time informatie en mogelijkheid tot eenvoudige analyses in het EPD ten behoeve van rapportages;
  - d. Voor een aanzienlijk deel (minimaal 30%) van de aandoeningen worden behandelbeslissingen ondersteund door predictiemodellen in 2024;
  - e. In 2021 is een plan opgesteld om over te gaan tot aandoeningsgerichte verantwoordingslijnen en overlegstructuren. Dit wordt in de komende jaren uitgerold;

- f. In 2020 wordt gericht samengewerkt door de ondersteunende structuur van de organisatie op het gebied van KVV, Lean en Zorglogistiek en VBHC, waarbij de intentie is om vervolgens over te gaan tot de integratie naar één afdeling;
  - g. In 2021 is naar aanleiding van de ervaringen binnen Santeon een beslissing genomen over het al dan niet (gefaseerd) uitrollen van shared decision making in de organisatie. Een nulmeting is hiervoor in 2020 uitgevoerd.
3. Betekenisgeving door verbeteringsgericht denken en handelen door medewerkers en medisch specialisten
- a. We geven betekenis aan het werk volgens de principes ‘Samen sturen’ (nauw verweven met VBHC);
  - b. In 2021 is een plan opgesteld om verbeterteams te integreren in de lijnorganisatie. Het uitgangspunt hierbij is dat (zorg)professionals meer in de lead komen;
  - c. Enkel doelmatige registraties leggen we vast op gebied van kwaliteit en kosten. Andere vormen van registratie leggen we niet langer vast om de administratieve last te reduceren. In 2024 is dit organisatie breed (en waar mogelijk in de keten of binnen Santeon) uitgerold en geëffectueerd, waarbij gestreefd wordt de registratielast met 40% te reduceren voor verpleegkundigen en medisch specialisten;
  - d. In 2024 is iedere zorgprofessional dagelijks bezig met continu verbeteren volgens de VBHC-principes. Hij/ zij kent teamgerichte en individuele doelstellingen en is zich bewust van de eigen rol in het geheel. Hierbij zetten we in op taakverschuiving en -optimalisatie binnen het primaire proces.
4. Anders organiseren van de zorg
- a. Vanaf 2020 wordt geëxperimenteerd met 3-5 zorgketens, die uiterlijk in 2022 leiden tot besluitvorming over een primair verticaal, horizontaal of matrixvorm besturingsmodel.
  - b. In 2021 is voor de aandoeeningen die zijn ondergebracht in de verbeterteams een visie ontwikkeld op samenwerking met ketenpartners met waar mogelijk gezamenlijke sturing op kwaliteit en kosten en eventueel gezamenlijke contractering.

Uit deze beleidsagenda blijkt dat het St. Antoniusziekenhuis inzet op verankering van waardegedreven zorg in de organisatie. Dit blijkt ook uit de werkwijze die het St. Antoniusziekenhuis kiest om waardegedreven verbeteren te realiseren. Deze werkwijze kenmerkt zich door de focus op kwaliteit, door de ambitie om aandoeningsgericht te organiseren, door het meten en door het vergelijken van

zorguitkomsten. Deze werkwijze is visueel vormgegeven in Figuur 13. Deze werkwijze is nog een concept en is nog niet organisatie breed gedeeld of geïmplementeerd.



Figuur 12: Werkwijze st. Antoniusziekenhuis (St Antoniusziekenhuis, 2022)

Ondanks dat bovenstaand figuur nog een zorgconcept betreft zegt de voorgestelde werkwijze iets over de manier die het St. Antoniusziekenhuis kiest om waardegedreven zorg vorm te geven. Het is duidelijk dat er wordt beoogd bottom-up te sturen waarin inhoudelijk zorgprofessionals een belangrijke rol hebben. Hiernaast is samenwerking met de patiënt een punt van aandacht en het meten en vergelijken van uitkomsten.

#### 4.4.2.3 Medisch onderzoek naar waardegedreven zorg

Zoals eerder beschreven is er in het St. Antoniusziekenhuis relatief veel aandacht voor onderzoek. Ook in het kader van waardegedreven zorg. In het theoretisch kader is beschreven dat de patiëntwaarde een rekensom is tussen opbrengsten en kosten. Deze rekensom lijkt relatief simpel. Echter, de 'opbrengst' van een behandeling berekenen is geen makkelijke opgave. Het St. Antoniusziekenhuis heeft hierop een aantal medisch inhoudelijke onderzoeken uitgevoerd die hebben geleid tot meer

inzichten in de opbrengst van een specifieke behandeling (Van Veghel, 2020; Kampstra et al, 2019; Santeon, 2021).

Deze onderzoeken vinden niet alleen intern plaats maar juist in samenwerking met andere partners, in netwerken. Deze netwerken met andere ziekenhuis of zorginstellingen delen resultaten met als doel de zorg op zowel kwalitatief als financieel gebied te verbeteren (Santeon, z.d.).

#### 4.4.2.4 Experimenteren met zorgketens

Het St. Antoniusziekenhuis is in 2020 gestart met een viertal zorgketens (prostaatkanker, darmkanker, traumageriatrie en borstkanker). Uit de evaluatie blijkt dat de zorgketens hebben gerealiseerd dat binnen de keten de organisatie beter is aangesloten op het traject rondom de patiënt. Er zijn in de zorgketens meer verbeterinitiatieven ontstaan dan op andere afdelingen en zorgketens zouden een positieve impact hebben op het werkplezier (St Antoniusziekenhuis, 2022).

Deze zorgketens worden integraal aangestuurd door een organisatorisch leider, een verpleegkundig leider en een medisch leider. De organisatie heeft in beeld dat het aansturen in ketens iets anders vraagt van medewerkers en leidinggevenden. Zodoende zijn er voor alle drie de leiders profielen opgesteld (St. Antoniusziekenhuis, 2021). De expertise van iedere leider is verschillend, echter het gedragsprofiel van de leiders van de zorgketens komen met elkaar overeen. Het profiel focust op een aantal kenmerken:

- Is zeer communicatief vaardig;
- Staat stevig in zijn/haar schoenen;
- Kan pionieren;
- Is een verbinder;
- Is sterk in dialoogvoering;
- Gelooft in value-based werken;
- Heeft passie voor het leveren van kwaliteit van zorg;
- Is een resultaatgerichte veranderaar;
- Kan procesmatig over verschillende kwadranten kijken;
- Kan persoonlijke belangen opzijzetten voor het collectief belang;
- Is in staat als lerende organisatie te werken waar continu verbeteren onderdeel van is;
- Heeft een coachende leiderschapsstijl.



## 4.6 Afsluiting

Dit hoofdstuk is gestart met een beschrijving van een aantal beleidskeuzes binnen de Nederlandse gezondheidszorg zodoende wordt duidelijk welke omvangrijke hervormingen er de afgelopen jaren plaats hebben gevonden. Het zou te kort door de bocht zijn om dit overzicht volledig te noemen of naar aanleiding van deze drie ontwikkelingen aan te geven dat ook beleidskeuzes de trend van NPM naar PVM hebben gevolgd. Wel wordt met deze korte beschrijving benoemd in welke beleidscontext het St. Antoniusziekenhuis zich bevindt er waar de organisatie vanuit beleidsniveau rekening mee dient te houden. Tijdens de invoering van de DBC-systematiek is het aannemelijk dat er veel aandacht binnen de organisatie uit ging naar de financiële organisatie. Met het programma JZJP is het aannemelijk dat het St. Antoniusziekenhuis gefaciliteerd wordt in het vormgeven van netwerken en nuttige zorg vanwege het kader dat VWS hierop vast heeft gesteld.

Uit de analyse van ontwikkelingen binnen de ziekenhuisbranche is duidelijk geworden dat er door verschillende ontwikkelingen verwachtingen zijn dat de zorg in Nederland een steeds schaarser goed zal worden. De verwachte situatie in nabije toekomst is reden om bezorgd te zijn. Zoals in de inleiding beschreven is zorg in Nederland een maatschappelijk goed, waar iedere Nederlander recht op heeft. Echter, de verwachte situatie maakt dat ontwikkelingen ervoor zorgen dat de vanzelfsprekendheid dat Nederlanders van zorg gebruik kunnen blijven maken onder druk komt te staan. Mede door de vergrijzende populatie, maatschappelijke trends en technologische ontwikkelingen stijgen kosten waardoor een steeds kleinere beroepsbevolking een steeds hogere rekening gepresenteerd krijgt.

De impact die de Covid-19 pandemie op deze ontwikkelingen heeft gehad is nog steeds niet helemaal duidelijk, wel is duidelijk de Covid-19 pandemie heeft bijgedragen aan een gevoel van noodzaak tot verandering in ieder geval in het gebruik van E-health.

De beschrijving van het beleid van het St. Antoniusziekenhuis geeft in beeld welke keuzes de organisatie heeft gemaakt in de realisatie van waardegedreven zorg. Deze informatie is nuttig om de analyse in Hoofdstuk 6 op de juiste manier te kunnen interpreteren.

## Hoofdstuk 5: Analyse kernelementen waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis

### 5.1 Inleiding

In de analyse wordt waardegedreven zorg in de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis vergeleken met het conceptueel model. Allereerst wordt de data uit de beleidsstukken vergeleken, daarna volgt de vergelijking met de data uit de interviews. Welk onderdeel het beste past bij de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis wordt visueel vormgegeven in het conceptueel model door het aanwezige onderdeel te benadrukken. Wanneer uit onderzoek blijkt dat meerdere onderdelen passend zijn in de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis worden meerdere onderdelen benadrukt. Hierna wordt onder iedere tabel beschrijving van de data gegeven waaruit blijkt waarom deze keuze is gemaakt. Vervolgens wordt aan het einde van dit hoofdstuk de vergelijking gemaakt tussen de interviews en beleidsstukken waarbij ook de beschreven context in het vorige hoofdstuk wordt meegenomen. Deze vergelijking is op dezelfde manier vormgegeven als de vergelijking van de uitkomsten van de interviews en het beleidsonderzoek.

### 5.2 Vergelijking conceptueel model met beleidsonderzoek st Antoniusziekenhuis

In dit onderdeel wordt het conceptueel model met het beleidsonderzoek vergeleken.

*Figuur 13: conceptueel model met visuele vergelijking beleidsonderzoek van het St. Antoniusziekenhuis*

| Onderdelen                          | NPM   | Public Management   | Value | Waardegedreven zorg  |
|-------------------------------------|---|---|-------|--|
| <b>Typologie</b>                    | <u>Post-bureaucratische, concurrerende overheid</u> | Post-competitief  |       | <u>Post-competitief met intern verbeterement</u>   |
| <b>Dominante focus</b>              | Resultaten  | <u>Relationeel</u>  |       | <u>Relationeel</u>   |
| <b>Management doel</b>              | Behaal afgesproken prestatiedoelen                  | <u>Meerdere doelen, waaronder inspelen op de voorkeuren van burgers/gebruikers, het vernieuwen van mandaat en vertrouwen door middel van kwaliteitsdiensten, stuurnetwerk</u> |       | Verhogen van: kwaliteit van zorg (uit het perspectief van de patiënt), (financiële) gezondheid van de organisatie en het betaalbaar houden van de Nederlandse zorg |
| <b>Definitie van publiek belang</b> | Individuele voorkeuren worden geaggregeerd          | Collectieve voorkeuren worden uitgedrukt  |       | <u>Publiek belang is belangrijk maar ook het individuele belang van patiënten of werknemers</u>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Prestatiedoelstelling</b>                   | <u>Beheer van input en output om te zorgen voor zuinigheid en reactievermogen aan consumenten</u> | Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit        | <u>Focus op toevoegen van waarde in de keten</u>   |
| <b>Dominant model van verantwoordelijkheid</b> | <u>Opwaartse verantwoording via prestatiecontracten; naar klanten via marktmechanismen</u>        | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u> | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u> |
| <b>Geprefereerd systeem van levering</b>       | Particuliere sector of strak gedefinieerde overheidsinstantie op armlengte                        | <u>Pragmatische opties</u>   | <u>Door afdelingen, teams en organisaties heen het 'volgen van het inhoudelijk proces'</u>                                   |

### 5.2.1 Typologie

Uit het onderzoek naar het beleid van het St. Antoniusziekenhuis rondom waardegedreven zorg blijkt dat het beleid van het St. Antoniusziekenhuis gebaseerd is op zowel de typologie van NPM als waardegedreven zorg. Uit de beleidsstukken is een bepaalde trotsheid op de organisatie te bemerken. Mede blijkt uit het MJB (2020-2024) dat de organisatie op een bepaalde manier trots is op behaalde resultaten en zich hier ook op wil onderscheiden ten opzichte van andere organisaties. Door te focussen op wetenschap en innovatie onderscheidt het St. Antoniusziekenhuis zich van andere soortgelijke organisaties. Deze wil om zich te onderscheiden neigt naar NPM waarden doordat deze focus bijdraagt aan een bepaalde concurrentiepositie in de markt. Uit de onderzochte documenten blijkt niet dat deze manier van onderscheiden uitsluitend is bedoeld om maximale waarde voor de patiënt toe te voegen, deze manier van concurreren heeft mogelijk ook tot doel om als organisatie financieel gezond te blijven. Tegelijkertijd blijkt ook uit beleidsdocumenten dat de organisatie op inhoudelijk niveau vooral samenwerkt met als doel de zorg te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerkingen op STZ en Santeon niveau, maar ook praktischer zoals de samenwerking met partners uit de regio met als doel de zorg in de gehele keten te verbeteren.

### 5.2.2 Dominante focus

In het MJB zijn doelen gesteld met de focus op relationeel perspectief. Samenwerking, zowel intern als extern, draagt volgens beleidsdocumenten van de organisatie bij aan de missie van de organisatie: 'Samen Zorgen voor Kwaliteit van Leven'. Ook doelen uit andere onderzochte beleidsdocumenten als het inzichtelijk maken van kostprijzen hebben een relationele basis als reden waarom er aandacht aan wordt besteed. Door kostprijzen inzichtelijk te maken is het beter mogelijk om met soortgelijke organisaties kosten te vergelijken, deze samenwerking draagt vervolgens bij aan het doel om kwaliteit van zorg te verhogen.

Hiernaast is het opvallend dat het samenwerkingsverband Santeon zowel in jaarplannen als in het MJBP specifieke aandacht krijgt. Het is duidelijk uit de beleidsdocumenten dat het St. Antoniusziekenhuis Santeon als integraal onderdeel van de organisatie ziet.

Vervolgens neemt het St. Antoniusziekenhuis ook een leidende rol in de regio als het gaat om samenwerking, of de basis formuleren om verder samen te werken. Initiatieven om de samenwerking in regio Woerden, met het Diaconessenhuis of het UMCU te verbeteren worden genoemd. Uit de beschrijving van deze doelen blijkt het zo te zijn dat het St. Antoniusziekenhuis de wens heeft om met een relationele focus de zorg te verbeteren.

### 5.2.3 Management doel

Het managementdoel in de onderzochte beleidsdocumenten sluit het beste aan bij het managementdoel van PVM. Dit komt omdat het managementdoel van PVM vooral gericht is op de klant. In de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis is de patiënt de klant te noemen. Het managementdoel in het conceptuele model bij waardegedreven zorg past onvoldoende. Dit vanwege de kern van het managementdoel van waardegedreven zorg. Dit doel gaat uit van een balans tussen het toevoegen van patiëntwaarde, waarde voor de organisatie en het toevoegen van waarde voor de maatschappij. Ondanks dat er wel aandacht voor de balans tussen deze drie onderdelen in het MJBP, blijkt onvoldoende uit de onderzochte beleidsdocumenten dat de organisatie ook focust op een balans tussen deze drie onderdelen. De voornaamste focus lijkt op de patiënt (in dit model dus klant) te liggen.

### 5.2.4 Definitie van publiek belang

Uit de beleidsdocumenten blijkt dat focus op de collectieve definitie van publiek belang (in de vorm van patiëntgroepen) ligt in de organisatie. De focus lijkt niet te liggen op een maatschappelijke verantwoordelijkheid om zorgkosten te verlagen. Wel is er aandacht voor interne verantwoordelijkheid. De rol en plichten van individuele medewerkers wordt ook besproken, echter wordt niet besproken hoe om te gaan met het belang van individuen. De focus van de organisatie ligt daarom vooral bij patiëntengroepen, in de zorgketens. Deze ketens hebben het publieke belang zorg (uitkomsten) te verbeteren voor de betreffende patiëntengroep. Dit maakt dat volgens het beleid van het St. Antoniusziekenhuis het publieke belang vooral iets medisch inhoudelijks is, waarbij patiënten ervaring en medewerkerstevredenheid van ondergeschikt belang lijken te zijn.

### 5.2.5 Prestatiedoelstelling

Het onderzochte beleid in het St. Antoniusziekenhuis focust op het toevoegen van waarde in de keten. Dat de organisatie deze prestatiedoelstelling heeft blijkt onder andere uit de moeite die de organisatie neemt om waarde in de keten inzichtelijk te maken. Hiernaast heeft de organisatie meerdere doelen gesteld die naar deze prestatiedoelstelling toe werken.

### 5.2.6 Dominant model van verantwoordelijkheid

Het dominante model van verantwoordelijkheid heeft zowel kenmerken van NPM als waardegedreven zorg en PVM. In de onderzochte documenten kunnen termen als PROM (behandeluitkomsten), maar ook het decentraliseren van beleid opgevat worden modellen ter verantwoording die passen bij PVM. Tegelijkertijd is er ook aandacht voor het doel om te bouwen aan vertrouwen en legitimiteit van waardegedreven zorg in de organisatie. De veelheid aan beschreven doelen waarvoor men verantwoordelijk wordt gehouden past ook bij PVM. Ook zijn ook meer bureaucratisch gerichte doelen als efficiëntie en effectiviteit onderdeel van het model van verantwoordelijkheid.

### 5.2.7 Geprefereerd systeem van levering

De organisatie volgt beleidsmatig gezien de kenmerken die het beste bij waardegedreven zorg passen. Dit blijkt onder andere uit de manier waarop besluiten in de zorgketens worden genomen (door gemandateerde inhoudelijk professionals), maar ook de ambitie van de organisatie om meer aandoeningsgericht te organiseren. Uit de beleidsdocumenten blijkt dat de organisatie de manier van organiseren wil kantelen waardoor zorg geleverd wordt vanuit aandoeningsgerichte ketens waarbij de inhoud leidend is voor de manier van levering. Ook dient benoemd te worden dat volgens de onderzochte stukken de voornaamste reden om te organiseren in ketens praktische redenen zijn. Deze redenen zijn bijvoorbeeld dat het in een keten makkelijker is om uitkomsten te meten of dat veranderingen makkelijker vorm te geven zijn. Dit past bij PVM kenmerken.

### 5.3 Vergelijking conceptueel model met interviews

In dit onderdeel wordt het conceptueel model met de informatie uit de interviews vergeleken.

Figuur 14: conceptueel model met visuele vergelijking interviews

| Onderdelen                                     | NPM   | Public Management  | Value | Waardegedreven zorg   |
|--|---|--|-------|---|
| <b>Typologie</b>                               | <u>Post-bureaucratische, concurrerende overheid</u>   | Post-competitief   |       | <u>Post-competitief met intern verbeterement</u>  |
| <b>Dominante focus</b>                         | Resultaten  | Relationeel  |       | <u>Relationeel</u>  |
| <b>Management doel</b>                         | <u>Behaal afgesproken prestatiedoelen</u>   | Meerdere doelen, waaronder inspelen op de voorkeuren van burgers/gebruikers, het vernieuwen van mandaat en vertrouwen door middel van kwaliteitsdiensten, stuurnetwerk |       | <u>Verhogen van: kwaliteit van zorg (uit het perspectief van de patiënt), (financiële) gezondheid van de organisatie en het betaalbaar houden van de Nederlandse zorg</u> |
| <b>Definitie van publiek belang</b>            | Individuele voorkeuren worden geaggregeerd  | Collectieve voorkeuren worden uitgedrukt   |       | <u>Publiek belang is belangrijk maar ook het individuele belang van patiënten of werknemers</u>   |
| <b>Prestatiedoelstelling</b>                   | <u>Beheer van input en output om te zorgen voor zuinigheid en reactievermogen aan consumenten</u> | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u>   |       | <u>Focus op toevoegen van waarde in de keten</u>  |
| <b>Dominant model van verantwoordelijkheid</b> | Opwaartse verantwoording via prestatiecontracten; naar klanten via marktmechanismen               | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u>   |       | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u>  |
| <b>Geprefereerd systeem van levering</b>       | Particuliere sector of strak gedefinieerde overheidsinstantie op armlengte                        | <u>Pragmatische opties</u>   |       | <u>Door afdelingen, teams en organisaties heen het 'volgen van het inhoudelijk proces'</u>  |

#### 5.3.1 Typologie

Alle respondenten zien waardegedreven zorg als middel om maximale patiëntwaarde toe te voegen. Echter, meerdere respondenten geven hiernaast aan dat dit niet het enige is dat waardegedreven zorg als model typeert. In de zorg is (zoals in het hoofdstuk Context beschreven) in toenemende mate

sprake van schaarste. Respondenten geven aan dat schaarste een nieuw concept in de zorg is. Door deze schaarste zou het nodig zijn om in medisch beleid een balans te vinden tussen kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid, een financieel gezonde organisatie en zou medisch beleid tegelijkertijd moeten bijdragen aan een maatschappelijk gezien gezond zorgstelsel. Deze informatie maakt dat in het kader van de interviews er geconcludeerd moet worden dat er vanuit de interviews zowel sprake is van NPM kenmerken als waardegedreven zorg kenmerken. Respondenten geven hiernaast ook aan dat concurrentie met andere ziekenhuizen eigenlijk niet bestaat, de zorg zou dermate hard groeien dat het er geen sprake is van concurrentie. Er is eerder een tekort aan aanbod. Dit maakt het bedrijfsmatig gezien makkelijker om uitkomsten te delen met als doel zorg kwalitatief te verbeteren. De uitkomsten kunnen namelijk lastig tegen de organisatie gebruikt worden omdat er een tekort aan aanbod is, het is namelijk niet dat de patiënten makkelijk bij een andere organisatie terecht kunnen. Tegelijkertijd geven respondenten ook aan dat het delen van kostprijzen en leren van deze informatie ook onderdeel is van waardegedreven zorg omdat hiermee de som tussen opbrengsten en kosten gemaakt kan worden.

### 5.3.2 Dominante focus

Uit de afgenomen interviews blijkt dat respondenten dominante focus hebben op de relatie. Wel blijkt dat deze manier van werken vooral intern is gericht. Het blijkt al een stap te zijn om bijvoorbeeld als polikliniek beter samen te worden met onder andere de kliniek, helemaal als dit een ander specialisme betreft. Waardegedreven zorg binnen de muren van de afdelingen realiseren lijkt niet de dominante focus te zijn, de focus ligt meer op het toevoegen van waarde buiten de afdeling maar in de organisatie door verbinding te maken. Eén van de respondenten geeft hierbij het voorbeeld dat een collega verantwoordelijk voor een ondersteunende afdeling toch prominent de projectposters van de betreffende keten op haar kantoor had hangen. Dit ondanks het feit dat de collega niet verantwoordelijk wordt gehouden voor de resultaten in de keten. De reden dat de besproken collega deze posters op de kamer had hangen was (naar eigen zeggen door de respondent) omdat er duidelijk was gemaakt welk nut de zorgketen heeft en hoe er waarde voor de patiënt toegevoegd kan worden door aansluiting van de ondersteunende afdeling. Respondenten geven veelvuldig aan dat dergelijke samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de realisatie van de zorgketens minder veelvoorkomend was en meer lijken voor te komen in de besproken zorgketens. Dergelijke voorbeelden zijn veelgehoord tijdens de interviews, mede door het duidelijk maken van (inhoudelijke) nut en noodzaak lijken relationele banden te ontstaan tussen afdelingen waardoor verbinding ontstaat tussen afdeling die nodig is om waarde toe te voegen.

### 5.3.3 Management doel

Respondenten geven aan dat waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis gaat om het verbeteren van kwaliteit van zorg, patiëntervaring en dat men hier dan ook op gefocust zou moeten zijn. In mindere mate is er aandacht voor inefficiëntie en verspillingen. Wanneer er hierop doorgevraagd wordt blijkt dat resultaten nog steeds belangrijk zijn. Volgens de respondenten mag het ziekenhuis in kosten niet groeien, ook als hogere kosten ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg beter wordt. Het devies van de organisatie is waarde toe te voegen met het liefst minder kosten, maar in ieder geval niet met meer kosten. Concreet betekent deze werkwijze dat het erop lijkt dat NPM waarden een plek hebben binnen de realisatie van waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis. Een aantal respondenten geven aan dat het zorgsysteem van Nederland niet is gebouwd om waarde toe te voegen in de keten. Wanneer een enkele organisatie in de keten meer kosten maakt die de investering verder in de keten (bij een andere organisatie) waard zijn, betekent dit nog steeds dat de organisatie die de investering doet een negatief begrotingsverschil heeft waarmee binnen het huidige systeem geen makkelijke oplossing voor handen is. Wel geven respondenten aan dat het St. Antoniusziekenhuis de transitie aan het maken is dat boven op de NPM waarden ook waarden uit waardegedreven zorg tot de management doelen behoren. Een voorbeeld hiervan is dat één van de zorgketens de opdracht heeft gekregen om te focussen op het verhogen van patiënttevredenheid.

### 5.3.4 Definitie van publiek belang

De respondenten definiëren binnen de praktijk van waardegedreven zorg het publiek belang in eerste instantie met individuele waarden. Na doorvragen blijkt er volgens de meeste respondenten wel degelijk plek is voor het collectieve belang in de realisatie van waardegedreven zorg. Respondenten geven aan dat dit collectieve concept wennen is. De respondenten geven aan dat decennialang artsen en verpleegkundigen vooral gefocust hebben op individuele patiënten. Eén van de respondenten geeft aan dat kwaliteit van leven bij individuele patiënten een paar decennia terug als indicator werd gebruikt om te bepalen of de betreffende zorg van de patiënt goed was. Echter, het focussen op die ene patiënt in een situatie van schaarste heeft potentieel negatieve impact op het collectieve belang. Uit de interviews blijkt dat de term 'patiëntwaarde' onvoldoende uniform wordt gebruikt. Echter, uit de interviews blijkt ook dat de respondenten betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg nastreven. Dit wordt onder andere vormgegeven door het programma JZJP (zie hoofdstuk 4: Context). Hierbij benoemen de respondenten wel dat het huidige financieringssysteem in de zorg ervoor zorgt dat het publiek belang onvoldoende nagestreefd kan worden. De organisatie wordt namelijk niet betaald voor kwaliteit maar wordt louter betaald door middel van productie en efficiëntie. Ondanks de goede bedoelingen is er in praktijk van de organisatie weinig focus op het collectieve wegens het uitblijven van de juiste stimulans.



### 5.3.5 Prestatiedoelstelling

Uit de interviews blijkt dat er sprake is van meerdere prestatiedoelstellingen. Deze doelstellingen, zowel gebaseerd op input als output, zijn kenmerkend voor zowel NPM als waardegedreven zorg en PVM. Respondenten geven voorbeelden van prestatiedoelstellingen als het binnen begroting blijven en het verhogen van patiënttevredenheid. Het daadwerkelijk verlagen van kosten door veranderingen te implementeren binnen de keten wordt niet als primaire prestatiedoelstelling genoemd. Wel wordt het prestatiedoel patiënttevredenheid nagestreefd, waarbij uit de interviews blijkt dat pas gesproken wordt van een succesvolle verandering in de keten zowel positieve gevolgen heeft voor de patiënt als voor de organisatie. Eén van de respondenten geeft hierbij het voorbeeld dat binnen een specifieke keten een minder belastend onderzoek voor de patiënt wordt ingezet. Pas wanneer de uitslag van het minder belastende onderzoek positief is wordt het oude belastende (en kostbare) onderzoek ingezet. Volgens de respondenten is dit voorbeeld bij uitstek een prestatiedoelstelling binnen de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis.

### 5.3.6 Dominant model van verantwoordelijkheid

De respondenten worden in beginsel verantwoordelijk gehouden middels financiële indicatoren, een begroting en kostenkader. Secundair worden respondenten verantwoordelijk gehouden middels kwalitatieve indicatoren zoals medewerkerstevredenheidsonderzoeken en patiënttevredenheid. De respondenten geven aan dat deze secundaire inductoren veelal wel gemeten worden, maar dat zij niet verantwoordelijk worden gehouden voor dan wel positieve dan wel negatieve resultaten. Hier valt wel bij op te merken dat meerdere respondenten zich wel verantwoordelijk voelen voor deze kwalitatieve indicatoren. De respondenten geven verder aan dat er binnen de zorgketens geen uniform model van verantwoordelijkheid is. De consensus is dat DB's van zorgketens idealiter verantwoordelijk zijn voor kosten, productie en kwaliteit. Dit is echter nog niet vormgegeven in de dagelijkse praktijk. Ook speelt de zorgverzekeraar een rol in dit onderwerp. Respondenten geven aan dat het verantwoordingsmodel naar de verzekeraar toe verouderd is en niet faciliteert aan zorgverbetering in de keten.

### 5.3.7 Geprefereerd systeem van levering

Alle respondenten hebben een voorkeur voor een praktische en op de inhoud aansluitende manier van leveren. Er wordt aangegeven dat de organisatie zo groot is dat deze soms onbestuurbaar lijkt. Door mandaat bij de inhoudelijk professionals neer te leggen wordt de organisatie flexibeler en kan er worden ingespeeld op de veranderende context in de zorg. Deze wijze van delegeren is echter nog niet uitgekristalliseerd, waardoor de respondenten nog veel vraagtekens hebben over hoe er binnen waardegedreven zorg precies zorg geleverd wordt. Het lijkt de respondenten namelijk niet mogelijk vanwege de hoge overhead om alle aandoeeningen te besturen in ketens. Respondenten benoemen dat dit is uitprobeerde in een ziekenhuis in Zweden en heeft ervoor gezorgd dit ziekenhuis bijna failliet

is gegaan. Geen van de respondenten geven aan een oplossing te hebben voor het probleem. Wel geven de respondenten aan dat de zij niet van de organisatie hoeven te wachten op een kader. Het kader vormt zich namelijk door de praktijk experimenten, de zorgketens.

#### 5.4 Vergelijking conceptueel model met interviews en beleidsdocumenten

In dit onderdeel worden de verschillen tussen de interviews en beleidsdocumenten geanalyseerd.

| Onderdelen                                     | NPM   | Public Value Management  | Waardegedreven zorg   |
|--|---|--|---|
| <b>Typologie</b>                               | <u>Post-bureaucratische, concurrerende overheid</u>   | Post-competitief   | <u>Post-competitief met intern verbeterement</u>  |
| <b>Dominante focus</b>                         | Resultaten  | Relationeel  | Relationeel   |
| <b>Management doel</b>                         | <u>Behaal afgesproken prestatiedoelen</u>   | Meerdere doelen, waaronder inspelen op de voorkeuren van burgers/gebruikers, het vernieuwen van mandaat en vertrouwen door middel van kwaliteitsdiensten, stuurnetwerk | <u>Verhogen van: kwaliteit van zorg (uit het perspectief van de patiënt), (financiële) gezondheid van de organisatie en het betaalbaar houden van de Nederlandse zorg</u> |
| <b>Definitie van publiek belang</b>            | Individuele voorkeuren worden geaggregeerd  | Collectieve voorkeuren worden uitgedrukt   | <u>Publiek belang is belangrijk maar ook het individuele belang van patiënten of werknemers</u>   |
| <b>Prestatiedoelstelling</b>                   | <u>Beheer van input en output om te zorgen voor zuinigheid en reactievermogen aan consumenten</u> | Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit  | <u>Focus op toevoegen van waarde in de keten</u>  |
| <b>Dominant model van verantwoordelijkheid</b> | <u>Opwaartse verantwoording via prestatiecontracten; naar klanten via marktmechanismen</u>        | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u>   | <u>Er worden meerdere doelen nagestreefd, waaronder service-output, tevredenheid, resultaten, vertrouwen en legitimiteit</u>  |
| <b>Geprefereerd systeem van levering</b>       | Particuliere sector of strak gedefinieerde overheidsinstantie op armlengte                        | <u>Pragmatische opties</u>   | <u>Door afdelingen, teams en organisaties heen het 'volgen van het inhoudelijk proces'</u>  |

#### 5.4.1 Typologie

Zowel uit de interviews als de onderzochte beleidsdocumenten blijkt dat waardegedreven zorg in het St. Antoniusziekenhuis past bij kenmerken die passen bij zowel NPM, PVM als waardegedreven zorg. Uit beleidsdocumenten blijkt dat de organisatie zich wil onderscheiden in de markt. Tegelijkertijd blijkt uit de beleidsdocumenten ook dat de organisatie in financieel perspectief belangeloos samenwerkt met andere partijen in de markt. Aanvullend hierop geven respondenten in interviews aan dat er minder sprake is van concurrentie dan voorheen, dit vanwege de schaarste die in de zorg ontstaat. Dit komt overeen met de geschetste context in hoofdstuk 4. Vanwege de oplopende vraag naar zorg is er eerder een tekort aan aanbod dan aan vraag, dit heeft mogelijk effect op de typologie van de organisatie zonder dat het concept waardegedreven zorg hier impact op heeft. Het is daarom maar de vraag of de organisatie zich ook post-concurrerend zou opstellen wanneer er minder sprake is van schaarste. De vraag bestaat of de organisatie ook deze lijn van belangeloze samenwerking zou kiezen wanneer de organisatie hier financieel slechter van wordt. Wel blijkt zowel uit de interviews als de beleidsdocumenten dat de organisatie inzet op samenwerking met andere organisaties met als doel de zorg te verbeteren waarbij de organisatie zich post-concurrerend opstelt.

#### 5.4.2 Dominante focus

Het St. Antoniusziekenhuis lijkt dominante focus te hebben die het beste past bij PVM en waardegedreven zorg kenmerken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er een verschil is tussen intern en extern perspectief. De organisatie zet zowel beleidsmatig als in de praktijk stappen om van de klassieke organisatie, georganiseerd rondom specialismen, te kantelen naar een organisatie die meer is georganiseerd rondom aandoeningen. Hierdoor zou het makkelijker worden om waardegedreven zorg te realiseren. Dit interne perspectief op de dominante focus is relatief ver doorgevoerd, voorbeelden hiervan zijn de structurele verbeterteams maar ook de zorgketens. Samenwerking wordt duidelijk en structureel vormgegeven waarbij focus is op de relatie. Op extern niveau is het St. Antoniusziekenhuis lid van verschillende samenwerkingsverbanden. Deze samenwerkingsverbanden zijn veelal vormgegeven met andere ziekenhuizen, niet in de regio. Het is duidelijk dat deze samenwerkingsverbanden een focus hebben op het verbeteren van zorg door het vergelijken van uitkomsten. De organisatie heeft wel de ambitie om verregaande samenwerking in de regio aan te gaan maar slechts één van de respondenten wist een samenwerkingsverband te benoemen dat bestaat om de directe keten te verbeteren. Uit beleidsdocumenten en de interviews blijkt dat het St. Antoniusziekenhuis focus heeft op het relationele, maar de organisatie is nog niet zo ver in het structureel doorvoeren van deze focus.

#### 5.4.3 Management doel

Dit onderdeel van de wijze waarop het St. Antoniusziekenhuis waardegedreven zorg realiseert past het minste bij de PVM elementen. Wel heeft het onderdeel management doel elementen die passen bij zowel waardegedreven zorg als NPM. Uit het beleidsdocument blijkt dat de organisatie wel van plan is de kanteling naar waardegedreven zorg elementen te maken rondom dit onderdeel. Echter, uit de interviews blijkt dat de organisatie nog niet zo ver is in de praktijk. In de praktijk blijkt dat er geen model of opdracht is waarnaartoe gewerkt wordt om deze balans te bereiken, maar is het management doel uitsluitend het zorgdragen voor een financieel gezonde organisatie.

#### 5.4.4 Definitie van publiek belang

Bij dit onderdeel zijn weinig verschillen tussen de beleidsdocumenten en praktijk gevonden. In het St. Antoniusziekenhuis is zowel ruimte voor de individuele waarden rondom publiek belang als het individuele perspectief. Dat dit perspectief zichtbaar is in de organisatie is gezien de context niet vreemd te noemen. Zoals in het contextuele hoofdstuk geschetst is de (financiële) druk op de ziekenhuisbranche groot, tegelijkertijd blijven technologische ontwikkelingen bijdragen aan het verhogen van deze druk. De maatschappij laat het verhogen van deze financiële druk ook toe. Dit blijkt onder andere uit de opkomst van personalised medicine (zie context). Deze aanpak in de zorg zal naar verwachting de komende jaren voor oplopende kosten zorgen, terwijl de potentiële opbrengst voor het collectief gering is te noemen. De respondenten geven aan dat schaarste in de zorg een nieuw begrip is, een begrip waar de maatschappij nog geen antwoord of visie op heeft. Tegelijkertijd blijkt uit beleidsdocumenten en uit de interviews dat het St. Antoniusziekenhuis zich wel degelijk bewust is van de maatschappelijke opdracht en neemt de organisatie verantwoordelijkheid voor dit maatschappelijke probleem. Wel is de organisatie nog zoekend hoe dit probleem op te lossen binnen de invloedssfeer van de organisatie.

#### 5.4.5 Prestatiedoelstelling

Bij dit onderwerp zijn verschillen te benoemen tussen de praktijk en de onderzochte beleidsdocumenten. Uit het beleid wordt de ambitie om aandoeningsgerichte meetbare indicatoren te formuleren en hierop te sturen. Hiervoor is het nodig om op verschillende niveaus een systeem te realiseren waarmee prestatie kan worden gemeten. Uit de praktijk blijkt dat de organisatie nog niet zo ver is. De respondenten geven aan dat slechts een paar onderdelen op aandoeningsniveau kunnen rapporteren en dat de algehele tendens rondom prestatiedoelstellingen op NPM kenmerken gebaseerd is.

#### 5.4.6 Dominant model van verantwoordelijkheid

In het kader van verantwoordelijkheid zijn kenmerken gevonden van NPM, PVM en waardegedreven zorg, waarbij NPM waarden de overhand hebben. De respondenten geven aan dat er in de praktijk sprake is van verouderd verantwoordelijkheidsmodel bij de zorgverzekeraar. Dit model zou vooral gebaseerd zijn op NPM waarden. Uit de onderzochte data blijkt dat de organisatie graag de stap zou willen zetten om ook in de keten verantwoordelijk te worden gehouden voor kwaliteit, productie en kosten. Dit betekent dat er verregaande samenwerking, of zelfs fusie zou moeten plaatsvinden om te kunnen organiseren in organisatie overstijgende keten. Het Nederlands zorgstelsel is echter nog niet zo ver. Intern heeft de organisatie wel verschillende meetmethoden die ervoor zorgen dat er niet alleen sprake zou hoeven zijn van een verantwoordelijkheidssysteem gebaseerd op NPM waarden. In de praktijk worden leidinggevendenden echter nauwelijks verantwoordelijk gehouden voor kwaliteit of tevredenheid en wordt vooral gestuurd op financiële verantwoordelijkheid.

#### 5.4.7 Geprefereerd systeem van levering

Het St. Antoniusziekenhuis zit hier tussen PVM en waardegedreven zorg kenmerken in, waarbij er iets meer focus lijkt te zijn op kenmerken die passen bij waardegedreven zorg. Zoals eerder beschreven maakt de organisatie de keuze om te organiseren in zorgketens. Deze ketens volgens het inhoudelijke proces en passen bij kenmerken beschreven onder waardegedreven zorg. Echter, de keuze welke zorgketens mee doen aan het huidige experiment, welke aandoeningen niet passen in een keten en welke wel, zijn vooral gebaseerd op praktische argumenten. Zowel op praktisch als beleidsmatig niveau is men zich ervan bewust dat het financieel niet haalbaar is om voor iedere aandoening een zorgketen te realiseren, dit zou te hoge overhead met zich meebrengen. Zodoende wordt nog gezocht naar de juiste manier om te leveren, het is wel duidelijk dat in ieder geval bij de huidige experimenten de inhoud wordt gevolgd en zorgketens ruimte hebben om het systeem aan te passen op de inhoud.

### 5.5 Afsluiting

In dit hoofdstuk is de vergelijking gemaakt tussen de data gegenereerd uit onderzoek en is deze data vergeleken met het conceptueel model. Allereerst is de data van de onderzochte beleidsdocumenten geanalyseerd, door dit te vergelijken met het conceptueel model. Vervolgens is ditzelfde gedaan met de data uit de interviews. Ten slotte zijn de verschillende databronnen met elkaar vergeleken. Met deze laatste vergelijking is duidelijk geworden in hoeverre het St. Antoniusziekenhuis aan de kernconcepten van NPM, PVM en waardegedreven zorg voldoet.

Uit de analyse blijkt dat er in de organisatie op verschillende onderdelen van NPM, PVM als waardegedreven zorg elementen te herkennen zijn. Elementen die voorkomen in organisaties die volgens het concept waardegedreven zorg werken zijn het meest passend voor het St.

Antoniusziekenhuis. Wel dient hierbij de kanttekening te worden gemaakt dat het element passend bij waardegedreven zorg veelal wel voorkomt in de onderzochte beleidsdocumenten maar nog niet volledig geïmplementeerd is in de organisatie. Hierdoor kan de conclusie getrokken worden dat de organisatie nog zoekend is naar de juiste manier van implementeren.

## Hoofdstuk 6: Conclusie & Discussie

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag hoe ziekenhuizen de inzichten uit de Public Value Management literatuur gebruiken ten behoeve van de realisatie van waardegedreven zorg.

Deze scriptie heeft voortgebouwd op de conclusie van Van Staalduinen et al. (2022). De auteurs van dit artikel concluderen namelijk aan de hand van empirische data dat het waardevol is om tijdens de realisatie van waardegedreven zorg gebruik te maken van bestaande kennis uit de wetenschappelijke literatuur. In deze scriptie is eerst onderzocht of er op wetenschappelijke basis voldoende aanknopingspunten zijn om PVM en waardegedreven zorg met elkaar te vergelijken. Hieruit is gebleken dat waardegedreven zorg en PVM in de literatuur overeenkomsten met elkaar vertonen. Tijdens het onderzoek is eerst bestaande literatuur onderzocht, uit het literatuur review is gebleken dat dat ervoor zowel waardegedreven zorg als PVM geen conceptueel model bestaat.

Voortbouwend op deze conclusie is het model van O'Flynn (2007) gebruikt als basis om NPM, waardegedreven zorg en PVM te vergelijken. Het bestaande model van O'Flynn is aangevuld met kernelementen die vanuit theoretisch perspectief bij waardegedreven zorg zouden kunnen passen. Met deze informatie is een conceptueel model ontwikkeld. Helaas heeft zowel PVM als waardegedreven zorg geen empirisch bewezen model dat beschrijft hoe de theorie uitgevoerd zou moeten worden. Vanwege het uitblijven van deze duidelijkheid is de keuze in dit onderzoek gemaakt om aan de hand van bestaande literatuur een conceptueel model te ontwikkelen. Dit model is vervolgens getoetst aan de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis.

Het onderzoek ten behoeve van beantwoording van de hoofdvraag is opgesteld aan de hand van de leidraad van Hartley et al. (2017). Zodoende is er een casestudy uitgevoerd waarbij interviews zijn afgenomen met managers van het St. Antoniusziekenhuis die een sleutelpositie bekleden in het realiseren van waardegedreven zorg. Ook is er een analyse van het beleid rondom waardegedreven zorg van het St. Antoniusziekenhuis uitgevoerd. De informatie uit deze onderzoeken is gebruikt om het conceptuele model te toetsen.

Uit de analyse blijkt dat het St. Antoniusziekenhuis bezig is met het realiseren van waardegedreven zorg en hierbij ook kernelementen van zowel NPM, PVM als waardegedreven zorg laat zien.

## 6.2 Antwoord onderzoeksvraag en discussie

*Hoe kunnen ziekenhuizen de inzichten uit de Public Value Management literatuur gebruiken ten behoeve van de realisatie van waardegedreven zorg?*

Uit de vergelijkende analyse blijkt dat zowel NPM, PVM als waardegedreven zorg elementen in de praktijk van het St. Antoniusziekenhuis te herkennen zijn. Deze conclusie heeft verschillende implicaties. De eerste implicatie is dat het ideaaltypische conceptueel model niet overeenkomt met de praktijk. De vraag is ook in hoeverre dit mogelijk is, het St. Antoniusziekenhuis heeft de mogelijkheid om intern te veranderen maar is afhankelijk van externe factoren als opgelegd beleid vanuit bijvoorbeeld het ministerie.

De tweede implicatie van bovenstaande conclusie is dat er wel degelijk theoretische en praktische overeenkomsten zijn tussen PVM en waardegedreven zorg. Dit maakt dat de mogelijkheid bestaat dat inzichten en kennis uit beide theorieën van waarde zijn voor beide theorieën. Voor dit onderzoek gaat het te ver om te impliceren dat waardegedreven zorg een branche specifieke vorm van PVM is. Dit valt ook niet binnen de scope van het onderzoek. Wel zijn er voldoende aanknopingspunten gevonden om verder onderzoek te doen naar overeenkomsten tussen waardegedreven zorg en PVM.

De derde implicatie van de uitkomsten van dit onderzoek heeft te maken met het doel van waardegedreven zorg, het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg. In deze scriptie is relatief veel aandacht gegeven aan het schetsen van de context van de ziekenhuisbranche en het St. Antoniusziekenhuis. Deze keuze is gemaakt om een beeld te geven van de complexe factoren waar de ziekenhuisbranche mee te maken heeft. De oplossing voor de knelpunten die zijn beschreven in de hoofdstuk 4 liggen niet allemaal binnen de cirkel van invloed van het St. Antoniusziekenhuis. Wel is in dit hoofdstuk de context geschetst dat de zorg onbetaalbaar en ontoegankelijk dreigt te worden. Deze context is geschetst in de hoop dat duidelijker wordt dat de tijd voor actie is aangebroken en dat het St. Antoniusziekenhuis genoodzaakt is om de transitie naar waardegedreven zorg te realiseren. Het blijkt echter niet uit de onderzochte literatuur of waardegedreven zorg de oplossing is voor deze problemen. Wel is duidelijk geworden dat inhoudelijk professionals achter het concept waardegedreven zorg staan en er het nut van inzien. Het is vervolgens aan de wetenschap om te onderzoeken of waardegedreven zorg ook daadwerkelijk een onderdeel van de oplossing kan zijn. Ook is het aan de wetenschap om successen en mislukkingen tijdens het realiseren van waardegedreven zorg te onderzoeken met als doel dichterbij een model te komen waarmee zorgprofessional gefaciliteerd wordt waardegedreven zorg in de praktijk vorm te geven.

## 6.2 Beperkingen

De inzichten naar aanleiding van het onderzoek zijn slechts gebaseerd op de bevindingen in één organisatie. De inzichten uit dit onderzoek die leiden naar de hypothese dat waardegedreven zorg en PVM afhankelijk van elkaar zijn is prematuur te noemen. Voordat deze hypothese bewezen of ontkracht kan worden is diepgaander onderzoek nodig bij verschillende organisaties. Hiernaast dient benoemd te worden dat het vergelijkend onderzoek is gebaseerd op een model (O'Flynn, 2007) dat multi-interpretabel is. Helaas is er geen beter model gevonden om het onderzoek vorm te geven.



## Literatuuroverzicht

- Ahaus, K. (2018). Essenties van waardegedreven zorg. *Qruux*. Opgeroepen op maart 12, 2022, van <https://www.qruux.com/essenties-van-waardegedreven-zorg/>
- Alford, J., & O'Flynn, J. L. (2009). Making sense of public value: concepts, critiques and emergent meanings. *International Journal of Public Administration*, 171-191.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Sonnenstuhl, W. J. (1996). The Organizational Transformation Process: The Micropolitics of Dissonance Reduction and the Alignment of Logics of Action. *Administrative Science Quarterly*, 477-506.
- Balfour-Lynn, I. M. (2014). Personalised medicine in cystic fibrosis is unaffordable. *Paediatric Respiratory Reviews*. Opgeroepen op Januari 1, 2021, van <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054214000335>
- Barzelay, M. (2007). Learning from Second-Hand Experience: Methodology for Extrapolation-Oriented Case Research. *Governance*, 521-543.
- Benington, J. (2011). From Private Choice to Public Value. *Public Value: Theory and Practice*, 31-49.
- Bertens, R. (2015, juni 17). *Gezondheid tussen staat en markt*. Opgehaald van <https://scripties.uba.uva.nl/document/612877>
- Bohmer, R. M. (2016). The hard work of health care transformation. *The New England Journal of Medicine*, 709-711.
- Botham, J., Shilling, V., & Jones, J. (2021). Patient and public understanding of the concept of 'personalised medicine' in relation to cancer treatment: a systematic review. *The future of healthcare*, 703-708.
- Bozeman, B. (2002). Public-Value Failure: When Efficient Markets May Not Do. *Public Administration Review*, 145-161.
- Bruins, B. (2018, oktober 11). Opgeroepen op april 27, 2020, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-938.html>
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 445-456.
- Bryson, J., Sancino, A., Benington, J., & Sørensen, E. (2017). Towards a multi-actor theory of public value co-creation. *Public Management Review*, 640-654.
- Bryson, J., Sancino, A., Benington, J., & Sørensen, E. (2017). Towards a multi-actor theory of public value co-creation. *Public management review*, 640-654.
- CBS. (2020, juni 11). *Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering*. Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84053ned>
- CBS. (2003, April 2). *Demografische informatie*. Opgeroepen op januari 1, 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2003/14/demografische-informatie>

- CBS. (2021, december 24). *gezondheid in coronatijd*. Opgeroepen op Januari 1, 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/welvaart-in-coronatijd/gezondheid-in-coronatijd>
- CBS. (2021, november 11). *Hoogste aantal geboorten in 10 jaar tijd*. Opgeroepen op december 25, 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/46/hoogste-aantal-geboorten-in-10-jaar-tijd>
- CBS. (2021, December 16). *Wat zijn de gevolgen van corona voor arbeid en inkomen?* Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/50/werkloosheid-verder-gedaald>
- CBS. (2021, april 19). *Zorgkosten naar leeftijd en geslacht*. Opgeroepen op Januari 1, 2022, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/zorgverzekering/cijfers-context/huidige-situatie#node-zorgkosten-naar-leeftijd-en-geslacht>
- de Jonge, H. (2021, oktober 25). *Kamerbrief over motie digitale en hybride zorg*. Opgeroepen op oktober 30, 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/10/25/kamerbrief-over-motie-de-vries-digitale-en-hybride-zorg>
- Dennis van Veghel, E. J.-d. (2020). Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 49-54.
- Fredriksson, J. J. (2018, december 21). *how can care organizations create value? Business model explorations*. Opgeroepen op oktober 29, 2021, van <https://www.proquest.com/docview/2570168152/abstract/B194856195164BB4PQ/1?accountid=12045>
- Geuijen, K., Moore, M., Cederquist, A., Ronning, R., & van Twist, M. (2016). Creating public value in global wicked problems. *Public Management Review*, 621-639.
- Groeneveld, S. (2019). Balanceren en experimenteren. Wetenschap en praktijk van publiek management. *Bestuurskunde*, 67-74.
- Grutters LA, M. K.-M. (2021). Home-monitoring reduces hospital stay of COVID19 patients. *European Respiratory Journal*. Opgeroepen op oktober 10, 2021, van <https://erj.ersjournals.com/content/early/2021/09/16/13993003.01871-2021>
- Hartley, J., Alford, J., Knies, E., & Douglas, S. (2017). Towards an empirical research agenda for public value theory. *Public Management Review*, 670-685.
- Haycox, A., Pirmohamed, M., McLeod, C., Houten, R., & Richards, S. (2014). Through a Glass Darkly: Economics and Personalised Medicine. *PharmacoEconomics*, 1055-1061.
- Hinloopen, H. (2020, februari 13). De nieuwe strategische agenda voor implementatie van value-based healthcare. *Qruux*, pp. <https://www.qruux.com/de-nieuwe-strategische-agenda-voor-implementatie-van-value-based-healthcare/>.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, Vol. 69, 3-19.
- Hoogervorst, J. F. (2003, Oktober 10). *Brief minister over de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek in de ziekenhuiszorg - Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)*. Opgehaald van <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vi3aljzdzq4zu>
- I&O research. (2021). *Vertrouwen in overheid na drie grote kwesties*. Amsterdam: i&o research.

- IGJ-LNAZ-NZa. (2021, november 26). *Brief IGJ-LNAZ-NZa aan zorgrelaties over bevestiging fase 2d*. Opgeroepen op januari 2, 2022, van [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_691871\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691871_22/)
- Jonge, H. d. (2019, juni 20). *Kamerbrief J. de Jonge*. Opgeroepen op april 27, 2020, van <https://www.sociaalweb.nl/cms/files/2019-06/kamerbrief-met-reactie-op-evaluatie-hervorming-langdurige-zorg.pdf>
- Kampstra, N. A., Grutters, J. C., van Beek, F. T., Culver, D. A., Baughman, R. P., Renzoni, E. A., . . . van der Nat, P. B. (2019). First patient-centred set of outcomes for pulmonary sarcoidosis: a multicentre initiative. *BMJ open respiratory research*, 1-8.
- Korsten, P. d. (2011). *New public management*. Opgeroepen op mei 24, 2021, van <https://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Nieuw%20overheidsmanagement.pdf>
- Lapsley, I. (2009). New Public Management: The Cruellest Invention of the Human Spirit? *Abacus*, 1-21.
- Leiden Leadership Centre. (2019). *Publiek leiderschap en maatschappelijke meerwaarde*. Den Haag: Leiden Leadership Centre. Opgeroepen op mei 6, 2022, van <https://www.universiteitleiden.nl/binaries/content/assets/governance-and-global-affairs/bsk/leiden-leadership-centre/eindrapportage-llc.pdf>
- Leiden Leadership Centre. (2021). *Publiek leiderschap en werken volgens de bedoeling*. Leiden. Opgeroepen op november 27, 2021, van <https://www.universiteitleiden.nl/binaries/content/assets/governance-and-global-affairs/bsk/leiden-leadership-centre/rapportage-publiek-leiderschap-en-werken-volgens-de-bedoeling.pdf>
- Maughan, T. (2017). The Promise and the Hype of 'Personalised Medicine'. *The New Bioethics*, 13-20.
- Meehan, J., Menzies, L., & Michaelides, R. (2017). The long shadow of public policy; Barriers to a value-based approach in healthcare procurement. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 229-241.
- Meynhardt, T. (2009). Public Value Inside: What is Public Value Creation? *International Journal of Public Administration*, 192-219.
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*. Berrett-Koehler Publishers.
- Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S., & Feeley, T. W. (2020). Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst*. Opgeroepen op Maart 5, 2022, van <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0530>
- Moore, M. H. (2013). *Recognizing Public Value*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moore, M. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge: Harvard university press.
- Nag, R., Hambrick, D. C., & Chen, M.-J. (2007). What is strategic management really? Inductive derivation of a consensus definition of the field. *Strategic Management Journal*, 935-955.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2020). *Monitor Weesgeneesmiddelen in de praktijk 2020*. Diemen: NZA. Opgeroepen op december 23, 2021, van

- <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/12/10/monitor-weesgeneesmiddelen-2020>
- Neumann, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (7e ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Nictiz. (2019). *E-Health, wat is dat?* Den Haag: Nictiz. Opgeroepen op mei 9, 2022, van <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>
- NIDI en CBS. (2021). *Eindrapport Verkenning Bevolking 2050*. Den Haag: NIDI en CBS. Opgeroepen op Januari 1, 2021, van <https://publ.nidi.nl/output/2021/nidi-cbs-2021-bevolking-2050-in-beeld.pdf>
- Nivel. (2016). *De medisch specialist en correct registreren: een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten*. Utrecht: Nivel. Opgeroepen op mei 14, 2022, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-medisch-specialist-en-correct-registreren-een-onderzoek-naar-de-beleving-van-medisch>
- NVZ. (2021, juli 16). *Monitor digitale zorg online*. Opgeroepen op Januari 1, 2022, van <https://nvz-ziekenhuizen.nl/nieuws/monitor-digitale-zorg-online>
- NVZ. (2022, April 25). *Meer dan 1 op de 4 poliklinische consulten in 2021 digitaal*. Opgeroepen op juni 6, 2022, van NVZ.NL: <https://nvz-ziekenhuizen.nl/nieuws/meer-dan-1-op-de-4-poliklinische-consulten-2021-digitaal>
- O'Flynn, J. (2007). From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications. *Australian Journal of Public Administration*, 353-366.
- O'Flynn, J. (2021). Where to for Public Value? Taking Stock and Moving On. *International Journal of Public Administration*, 867-877.
- Ohrling, M. (2021, juni 23). *Enterprise Within the Enterprise: A Study of Management and Performance in a Public Health Care Delivery Organisation*. Opgeroepen op oktober 29, 2021, van <https://www.proquest.com/docview/2572529720?accountid=12045&pq-origsite=primo>
- Onderzoeksgroep Population Health Governance. (2021). *COVID-crisis of COVID-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio*. Leiden: Universiteit Leiden. Opgeroepen op mei 5, 2022, van <https://www.universiteitleiden.nl/binaries/content/assets/governance-and-global-affairs/bsk/eindrapport-covid-19.pdf>
- Overheid. (2021, januari 1). *Wet marktordening gezondheidszorg*. Opgehaald van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2021-01-01>
- Plsek, P. E., & Wilson, T. (2011). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*, 746-749.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: A comparative analysis – new public management, governance, and the neo-weberian state*. Oxford: Oxford University Press.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, 50-70.
- Porter, M. E., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Healthcare*. Boston: Harvard Business Review Press.

- Rand, L. Z., & Kesselheim, A. S. (2021). Controversy Over Using Quality-Adjusted Life-Years In Cost-Effectiveness Analyses: A Systematic Literature Review. *Health affairs*, 1402-1410.
- Rhodes, R. W., & Wanna, J. (2007). The Limits to Public Value, or Rescuing Responsible Government from the Platonic Guardians. *The Australian Journal of Public Administration*, 406-421.
- RIVM. (2018, augustus 9). *VTV-2018*. Opgeroepen op November 27, 2021, van <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-een-gezond-voorzicht>
- RIVM. (2020). *Verkenning e-healthmonitor: de digitale transitie in de zorg in beeld*. Den Haag: RIVM. Opgeroepen op sep 19, 2021, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0090.pdf>
- RIVM. (2021). *Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid*. Bilthoven: RIVM. Opgeroepen op januari 1, 2022, van <https://rivm.openrepository.com/bitstream/handle/10029/624583/2020-0183.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roscam Abbing, H. D. (1987). De weg naar een gezond bestel; het advies van de Commissie Dekker. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 1136-1140.
- Santeon. (2021). *Droom of werkelijkheid? Waardegedrevenzorg* (2e druk ed.). Utrecht: Bon Stafleu van Loghum.
- Santeon. (z.d.). *Wie zijn we en wat doen we*. Opgeroepen op mei 28, 2021, van <https://santeon.nl/over-santeon/missie/>
- Shah, S., Siwan, S., Kohan, L., Rosenblum, D., Gharibo, C., Soin, A., . . . Provenzano, D. A. (2020). The Technological Impact of COVID-19 on the Future of Education and Health Care Delivery. *Pain Physician*, 367-380.
- St Antoniusziekenhuis. (2020). *MJBP 2020-2024*.
- St Antoniusziekenhuis. (2021). *Profiel medisch leider*.
- St Antoniusziekenhuis. (2021). *Profiel organisatorisch leider*.
- St Antoniusziekenhuis. (2022). *Besturingsfilosofie*.
- St Antoniusziekenhuis. (2022). *Evaluatie van de vier zorgketens*.
- St Antoniusziekenhuis. (2021). *Profiel verpleegkundig leider*.
- St. Antoniusziekenhuis. (2020, juni). *Jaaroverzicht*. Opgeroepen op mei 27, 2021, van <https://st-antoniuziekenhuis.foleon.com/jaaroverzicht/jaaroverzicht-2019/home/>
- Stoker, G. (2006). Public Value Management: A New Narrative for Networked. *American Review of Public Administration*, 41-57.
- STZ. (z.d.). *Over de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen*. Opgeroepen op mei 27, 2021, van <https://www.stz.nl/1006/over-ons>
- Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2018, april 1). *Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek*. Opgehaald van de juiste zorg op de juiste plek: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/rapporten/2018/4/1/taskforce-rapport>

- Tweede kamer. (2006, januari 23). *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)*. Opgehaald van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29248-23.html>
- van der Meer, F. (2021). *Openbaar bestuur en het ambtelijk apparaat*.
- van der Nat, P. B. (2021). The new strategic agenda for value transformation. *Health Services Management Research*. Opgeroepen op november 27, 2021, van <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09514848211011739>
- van Engen, V., Bonfrer, I., Ahaus, K., & Buljac-Samardzic, M. (2022). Value-Based Healthcare From the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review. *Public Health*. Opgeroepen op maart 12, 2022, van <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.800702/full>
- van Klaveren, C. J. (2015, september 30). *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel*. Opgeroepen op maart 26, 2021, van [https://pure.uva.nl/ws/files/2544663/164487\\_DEFINITIEF\\_Van\\_Klaveren\\_proefschrift\\_compleet.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/2544663/164487_DEFINITIEF_Van_Klaveren_proefschrift_compleet.pdf)
- van Staalduinen, D. J., van den Bekerom, P., Groeneveld, S., Kidanemariam, M., Stiggelbout, A. M., & van den Akker - van Marle, E. M. (2022). The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Services Research*.
- van Staalduinen, D. J., van den Bekerom, P., Groeneveld, S., Kidanemariam, M., Stiggelbout, A. M., & van den Akker-van Marle, E. M. (2022). The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Services Research*. Opgeroepen op maart 19, 2022, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-022-07489-2.pdf>
- Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019, november 2019). *officiële bekendmakingen.nl*. Opgehaald van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34104-T.html>
- Vonk, R., Hilderink, H., Plasman, M., Kommer, G., & Polder, J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*. Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- VWS. (2017, september 19). *Rijksoverheid.nl*. Opgeroepen op april 27, 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2017/09/19/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2018>
- VWS, M. v. (2021). *beleidsprioriteiten 2022*. Den Haag: VWS. Opgeroepen op juni 5, 2022, van <https://www.rijksfinancien.nl/memoriedocumenten/2022/OWB/XVI/onderdeel/1060686>
- World Health Organization. (2020). *Global Spending on Health: Weathering the Storm*. Geneve: WHO. Opgeroepen op november 15, 2021, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>
- WRR. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag: WRR. Opgeroepen op september 19, 2021, van <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
- Zipfel, N., van der Nat, P. B., Rensing, B. J., Daeter, E. J., Westert, G. P., & Groenewoud, S. A. (2019). The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC Health Services*, 643. Opgeroepen op november 19, 2021

ZonMw. (2018, januari 30). *Eerste Evaluatie Jeugdwet*. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-jeugdwet>

Zorginstituut Nederland. (2021, december 23). *Zorgcijfers monitor*. Opgehaald van <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/rapport/2021/12/23/zorgcijfers-monitor-december-3e-kwartaalbericht-2021>

## Bijlage 1: Topic Lijst

- Definitie van waardegedreven zorg
- Hoe realiseert het ziekenhuis waardegedreven zorg?
- Hoe realiseert u waardegedreven zorg?
- Hoe komt het dat dit lukt? (Succesfactoren)
- Wat is randvoorwaardelijk om waardegedreven zorg te realiseren?
- Wat zijn de 'lessons learnt'?
- Wat heeft u van de organisatie nodig om waardegedreven zorg te realiseren?
- Wat vraagt waardegedreven zorg van de medewerker?
- Wat voor leiderschap past daarbij?