

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Erasmus School of Economics



'De toenemende concurrentie binnen de gezondheidszorg: biedt de implementatie van de Balanced Scorecard uitkomst?'

Bachelorscriptie Economie en Bedrijfseconomie

Datum eindversie: 25-06-2018

Naam student: Wouter van den Berg

Studentnummer: 433046

Begeleider: dhr. T.P.M. (Ted) Welten

Samenvatting

Door de toenemende concurrentie in de gezondheidszorg zijn steeds meer organisaties die de Balanced Scorecard implementeren, zij zien dit namelijk als manier om zich te wapenen tegen de toenemende concurrentie. In deze bachelorscriptie is door middel van theoretisch onderzoek een framework geschetst van de Balanced Scorecard, door het implementeren van dit framework zijn organisaties gewapend tegen de toegenomen concurrentie. Dit framework is theoretisch vergeleken met praktijkcases en aan de hand van deze vergelijking is een conclusie getrokken over de mate waarin organisaties in de gezondheidszorg zich wapenen tegen de toegenomen concurrentie.

De Balanced Scorecard is een prestatie-meetsysteem dat door de tijd heen is geëvolueerd richting een management control systeem. Dit systeem is ontworpen door Kaplan en Norton, als reactie op de overmatige focus op het financiële perspectief van ondernemingen. In dit systeem worden de strategie en missie van de organisatie vertaald in 'leading' en 'lagging' prestatie-indicatoren verdeeld over vier perspectieven: financieel, klanten, interne processen en het leerperspectief van de onderneming.

Organisaties in de gezondheidszorg onderscheiden zich op verschillende manieren van 'for-profit' organisaties. Dit komt door de lastige sociale situatie, de veranderende mix van zorgaanbieders, derden die betalen voor de zorg, veel werkende professionals met grote autonomie en een grote aandacht voor kwaliteitscontrole.

Er zijn twee soorten concurrentie binnen die gezondheidszorg: 'zero-sum' en 'positive-sum'. Bovendien komt concurrentie binnen de gezondheidszorg voor in twee soorten markten, namelijk de markt die wordt gedomineerd door de artsen en de markt die wordt gedomineerd door de verzekeringsmaatschappijen. Ook komt concurrentie binnen de gezondheidszorg voor op verschillende vlakken, bijvoorbeeld op financieel vlak (lagere prijzen), maar ook op het vlak van kwaliteit (van personeel en producten).

Het framework dat geschetst wordt in dit paper focust zich op twee delen van de Balanced Scorecard, namelijk de volgorde van de perspectieven, maar ook de invulling van de perspectieven, door middel van KPI's (Key Performance Indicators). Deze KPI's geven een concrete invulling aan de perspectieven, door middel van specifieke punten aan te geven waar de organisaties zich binnen een perspectief op moet focussen.

De conclusie van deze scriptie is tweeledig: Aan de ene kant gebruiken organisaties de Balanced Scorecard nog niet op een manier die hen optimaal wapent tegen de toename in concurrentie. Dit kan onder andere verbeterd worden door extra aandacht voor het financiële perspectief en het implementeren van KPI's die aandacht geven aan een goede, leerzame en stimulerende werkomgeving en het financiële perspectief van de organisatie. Daarentegen is het positief dat organisaties al rekening houden met het 'customer perspective' door de ordening van dit perspectief in de hogere regionen van de Balanced Scorecard. Dit geeft hoop en een positief uitgangspunt voor de toekomst van gezondheidsorganisaties in een markt van toenemende concurrentie.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Introductie	5
1.1: Inleiding	5
1.2: Probleemstelling.....	6
1.3: Structuur van het paper	6
1.4: Relevantie voor de praktijk.....	7
Hoofdstuk 2: De Balanced Scorecard	8
2.1: Wat is de Balanced Scorecard?	8
2.1.1 = Achtergrond van de Balanced Scorecard	8
2.1.2 = Doel van de Balanced Scorecard	9
2.1.3 = Perspectieven van de Balanced Scorecard	9
2.1.4 = Verband tussen deze perspectieven binnen de Balanced Scorecard	11
2.1.5 = Het meten van de prestaties: het gebruik van indicatoren	12
2.2: Conclusie.....	13
Hoofdstuk 3: Specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties.....	15
3.1 = Lastige sociale situatie	15
3.2 = Een mix van aanbieders	16
3.3 = Gescheiden betaling en consumptie	16
3.4 = Professionals met grote autonomie	16
3.5= Goede kwaliteitscontrole	17
3.6 = Conclusie.....	17
Hoofdstuk 4: Concurrentie binnen de gezondheidszorg	19
4.1 = Concurrentie: zero of positive-sum?	19
4.1.1 = 'Zero-sum competition'	19
4.1.2 = 'Positive-sum competition'	19
4.2 = Concurrentie in verschillende gezondheidszorgmarkten.....	20
4.2.1 = Concurrentie binnen 'physician-dominated' markten.....	20
4.2.2 = Concurrentie binnen 'insurer-dominated' markten	21
4.3 = Concurrentie in de praktijk: de Nederlandse markt voor gezondheidszorg	21
4.4 = Conclusie.....	22
Hoofdstuk 5: Het ontwerp van de Balanced Scorecard om gezondheidsorganisaties te wapenen tegen de toegenomen concurrentie	23
5.1 = De volgorde van de vier perspectieven in de 'strategy map'	23
5.2 = De invulling van de vier perspectieven met bijbehorende KPI's	25

5.2.1 = Het 'customer perspective'	25
5.2.2 = Het 'financial perspective'	25
5.2.3 = Het 'Internal Business Process perspective'	26
5.2.4 = Het 'learning and growth perspective'	26
5.3 = Conclusie (het framework)	27
Hoofdstuk 6: Methodologie	28
6.1 = Het zoeken naar literatuur.....	28
6.2 = Het gebruik van empirische literatuur.....	28
Hoofdstuk 7: De Balanced Scorecard in de praktijk: wapenen gezondheidsorganisaties zich tegen de toenemende concurrentie?	29
7.1 = Case 1: Barberton Citizens Hospital, Barberton	29
7.1.1 = Inleiding.....	29
7.1.2 = Volgorde van de perspectieven	29
7.1.3 = KPI's	30
7.1.4 = Conclusie	31
7.2 = Case 2: Community Memorial Hospital, Wisconsin	31
7.2.1 = Inleiding.....	31
7.2.2 = Volgorde van de perspectieven	31
7.2.3 = KPI's	32
7.2.4 = Conclusie	33
7.3 = Case 3: The Capital Care Group, Alberta	33
7.3.1 = Inleiding.....	33
7.3.2 = Volgorde van de perspectieven	33
7.3.3 = KPI's	34
7.3.4 = Conclusie	35
7.4 = Case 4: Een Primary Care Trust uit Bradford	35
7.4.1 = Inleiding.....	35
7.4.2 = Volgorde van de perspectieven	35
7.4.3 = KPI's	36
7.4.4 = Conclusie	36
7.5 = Conclusie.....	37
Hoofdstuk 8: Conclusie.....	40
Hoofdstuk 9: Discussie en Aanbevelingen	42
Hoofdstuk 10: Bibliografie.....	43

Hoofdstuk 1: Introductie

1.1: Inleiding

De laatste jaren is er in de gezondheidszorg steeds meer focus op beleid tot vergroting van de concurrentie tussen verschillende gezondheidsorganisaties. Dit is gedaan door verschillende overheden met het oog op het stimuleren van de financiële performance van ziekenhuizen en andere organisaties (Siciliani, Chalkley, & Gravelle, 2017). In het onderzoek van onder andere Siciliani worden namelijk de vormen van ingrijpen door overheden genoemd die leiden tot extra concurrentie in de gezondheidszorg.

Een voorbeeld uit Nederland is bijvoorbeeld de introductie van de DBC's (Diagnose Behandel Combinaties), een DBC is het gehele behandeltraject vanaf de diagnose van de ziekte tot en met de behandeling en eventuele nacontrole (Consumentenbond, 2018). Deze DBC's worden verdeeld in verschillende categorieën, bijvoorbeeld A en B. De A-categorie bevat de meer complexere zorg, hiervoor zijn door de Nederlandse overheid bepaalde vaste bedragen vastgesteld per DBC. Categorie B bevat minder complexe zorg, de prijs per DBC is hier onderhandelbaar voor de zorgverzekeraars en zorgverleners onderling. Bovendien is er door de Nederlandse overheid de mogelijkheid gegeven voor 'out-of-network cost-sharing', dit betekent dat een zorgvrager mogelijk bij moet betalen als hij of zij gebruik maakt van diensten van een zorgverlener die geen contract heeft met de zorgverzekeraar.

De toegenomen mate van concurrentie in de gezondheidszorg kan gezien worden als een van de redenen waardoor bedrijven ervoor hebben gekozen om over te stappen op de implementatie van de Balanced Scorecard in hun organisatie (Inamdar, Kaplan, & Reynolds, 2002). Deze toegenomen mate van concurrentie zorgt er namelijk voor dat de gezondheidsorganisaties zich gaan focussen op andere kenmerken van hun organisatie. Deze veranderde focus gaat dus vaak gepaard met de implementatie van de Balanced Scorecard, bovendien willen veel organisaties voorbereid zijn op het onverwachte, bijvoorbeeld de toenemende mate van concurrentie. De Balanced Scorecard kan hierin voorzien, gezien het eerder genoemde eerdere onderzoek.

De gevolgen van de toenemende mate van concurrentie in de gezondheidszorg zijn tweeledig, aan de ene kant zijn er onderzoekers die menen dat de toenemende mate van concurrentie positief is voor de prestaties van gezondheidsorganisaties (Bloom, Popper, Seiler, & Van Reenen, 2015), zo heeft onderzoek aangetoond dat de toename van een rivaliserend ziekenhuis in de omgeving er voor zorgt dat er een toename van ongeveer 10 procent is te vinden in de overlevingskans van mensen die een hartaanval krijgen. Maar, aan de andere kant zijn er weer onderzoekers die stellen dat er juist een negatief effect is op de prestaties van ziekenhuizen (Propper, Burgess, & Green, 2004), dit onderzoek beschrijft namelijk dat de toename van competitie er voor zorgt dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat en er een hoger aantal sterfgevallen is. Er kan dus geconcludeerd worden dat er een gevolg is van de toenemende mate van concurrentie in de gezondheidszorg, waar door organisaties op ingespeeld zal moeten worden, willen zij met hun concurrentie mee kunnen bewegen in de markt. Dit zorgt er voor dat organisaties op zoek moeten gaan naar een manier om de andere organisaties af te troeven of minimaal hetzelfde te presteren, dit kan

op verschillende manieren, een veelgebruikt voorbeeld uit de praktijk is de Balanced Scorecard.

1.2: Probleemstelling

Zoals in de inleiding al genoemd is, zal dit paper zich richten op de toegenomen mate van concurrentie die leidt tot een toename in het gebruik van de Balanced Scorecard. In dit paper zal ook onderzocht worden of de manier waarop de organisaties de Balanced Scorecard implementeren de juiste manier is in vergelijking met het ideaalbeeld dat gesteld wordt naar aanleiding van eerder onderzoek.

De centrale vraagstelling in dit paper zal dan ook zijn: *Op welke manier gebruiken organisaties in de gezondheidszorg de Balanced Scorecard met betrekking tot de toenemende concurrentie en kan deze manier verbeterd worden?*

Om deze hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- *Deelvraag 1: Wat is de Balanced Scorecard?*
- *Deelvraag 2: Wat zijn specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties?*
- *Deelvraag 3: Op welke manieren is er sprake van concurrentie binnen de gezondheidszorg?*
- *Deelvraag 4: Hoe kunnen gezondheidsorganisaties de Balanced Scorecard gebruiken om zich te wapenen tegen toegenomen mate van concurrentie in de gezondheidszorg?*
- *Deelvraag 5: Wordt de balanced scorecard in de praktijk zo ingericht dat gezondheidsorganisaties zich ermee wapenen tegen de toegenomen mate van concurrentie?*

1.3: Structuur van het paper

Het vervolg van dit paper zal er als volgt uitzien: hoofdstuk 2 bevat uitleg over wat de Balanced Scorecard precies inhoudt. Daarna zal hoofdstuk 3 behandelen wat specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties zijn, dit is namelijk nodig om duidelijk voor ogen te hebben in welk werkveld we ons begeven. Aansluitend zal hoofdstuk 4 meer licht werpen op de verschillende vormen van concurrentie binnen gezondheidsorganisaties, dit is van belang vanwege de verschillende soorten concurrentie die bedrijven tegenkomen. Bovendien geeft dit een totaalbeeld welke soorten concurrentie (of de combinatie daarvan) er bekeken worden bij de eventuele implementatie van de Balanced Scorecard in gezondheidsorganisaties.

De hoofdstukken 2 tot en met 4 zullen een theoretische basis voor de rest van dit paper vormen. Hoofdstuk 5 zal een uitleg geven over hoe gezondheidsorganisaties de Balanced Scorecard zo kunnen ontwerpen dat ze in zekere mate in gaan spelen op de toenemende concurrentie in de markt van de gezondheidszorg. Dit zal gedaan worden aan de hand van het ontworpen theoretische kader, in combinatie met eerder onderzoek en eigen inzicht. Er wordt dus een framework ontworpen aan de hand van het eerdere onderzoek. Vervolgens zal hoofdstuk 6 een korte methodologische omschrijving geven over hoe het onderzoek in hoofdstuk 7 uitgevoerd is. Aansluitend zal in hoofdstuk 7 het framework uit hoofdstuk 5 getoetst worden aan de hand van eerder praktijkonderzoek van de implementatie van de

Balanced Scorecard in de gezondheidszorg. Tenslotte zal in de conclusie in hoofdstuk 8 de centrale vraagstelling beantwoord worden naar aanleiding van de eerder genoemde hoofdstukken. De conclusie zal een advies bevatten richting organisaties in de gezondheidszorg in het algemeen. Als laatste zal hoofdstuk 9 een discussie over de beperkingen van dit onderzoek en aanbeveling voor verder onderzoek bevatten met betrekking tot het onderwerp dat besproken wordt in deze scriptie.

1.4: Relevantie voor de praktijk

De Balanced Scorecard werd in het begin vooral ontworpen voor bedrijven in de private sector en was vooral gericht op for-profit organisaties. Naarmate de tijd verstreek zijn er steeds meer non-profit organisaties zich bezig gaan houden met de implementatie van de Balanced Scorecard, waardoor er ook empirisch onderzoek over dit onderwerp beschikbaar is. Over de concurrentie in de gezondheidszorg is ook al eerder onderzoek beschikbaar. Wat nieuw is in dit vakgebied is onderzoek naar de concurrentie in de gezondheidszorg en de implementatie van de Balanced Scorecard (als gevolg hiervan). Daarom is dit onderzoek van belang voor de medische sector, om bedrijven zo een beter beeld te geven of de Balanced Scorecard een goede oplossing is voor de problemen en uitdagingen die de toename van concurrentie met zich meebrengt. Bovendien geeft dit onderzoek een unieke blik in waar gezondheidsorganisaties staan binnen het traject van het implementeren van de Balanced Scorecard als gevolg van de toenemende concurrentie.

Hoofdstuk 2: De Balanced Scorecard

In dit hoofdstuk zal meer behandeld worden over het concept 'The Balanced Scorecard' (Gewogen Scorekaart). Dit concept zal in dit hoofdstuk uiteengezet worden aan de hand van deelvraag 1: *Wat is de Balanced Scorecard?*

Dit hoofdstuk zal achtereenvolgens de geschiedenis, het doel, de perspectieven en verbanden daartussen en de indicatoren van de Balanced Scorecard bespreken. Het hoofdstuk zal afsluiten met een algemene conclusie die een beantwoording zal geven op de deelvraag.

2.1: Wat is de Balanced Scorecard?

2.1.1 = *Achtergrond van de Balanced Scorecard*

In de jaren '80 en '90 ontstond de gedachte dat bedrijven hun prestaties niet kunnen meten met behulp van slechts een maatstaf, maar dat managers juist op zoek zijn naar een gebalanceerde presentatie van hun financiële en niet-financiële prestaties (Kaplan & Norton, 1992). Deze maatstaf was ook nog eens financieel, wat een niet-compleet beeld gaf van de prestaties van organisaties, dit leidde tot kritiek (Norreklit, 2000). De kritiek was namelijk dat boekhoudkundige cijfers niet altijd een goed inzicht geven in welke elementen kunnen leiden tot betere of slechtere financiële resultaten in de toekomst. Het zijn vaak momentopnames, wat ook leidt tot het feit dat sommige financiële transacties en processen niet goed in de beoordeling worden opgenomen. Dit is vanwege de tijdsmeting op 1 punt in de tijd, waarbij niet altijd rekening wordt gehouden met de toekomst. Bovendien zorgt de focus op financiële prestaties ervoor dat men vooral naar de korte termijn kijkt, wat ten koste gaat van de lange termijn (Kaplan & Norton, 2001).

Die kritiek, dat de prestatiemetingen die gebaseerd zijn op financiële maatstaven alleen zijn gericht op het verleden, wordt opgelost door de Balanced Scorecard. Kaplan en Norton menen namelijk dat er een combinatie moet komen tussen financiële en niet-financiële maatstaven, om zo het bedrijf een meer 'forward-looking' perspectief te geven. De financiële maatstaven geven namelijk een goed inzicht in de resultaten die tot op heden zijn behaald en de niet-financiële maatstaven geven weer wat de richting van de toekomst zal zijn van het bedrijf, die zijn namelijk gericht op resultaat in de toekomst. Ook is de Balanced Scorecard niet gericht op controle, maar meer op de strategie en visie van een organisatie (Kaplan & Norton, *The Balanced Scorecard - Measures that drive performance*, 1992), dit is dus ook in tegenstelling tot eerder gebruikte prestatie maatstaven.

Kaplan en Norton gebruiken een goed voorbeeld om de Balanced Scorecard helder uit te leggen. Denk aan de cockpit van een vliegtuig, in het vliegtuig zitten veel meetsystemen en moet rekening gehouden worden met veel zaken (brandstofhoeveelheid, hoogte en snelheid bijvoorbeeld). Als de piloten zicht verliezen op een van deze zaken, of zich juist maar focussen op een punt kan dit fatale gevolgen hebben. Kaplan en Norton vergelijken dit dus met de Balanced Scorecard: als het management zich enkel focust op maar een punt of prestatie-indicator kan het misgaan voor het bedrijf. De onderzoekers pleitten daarom dus

voor het gebruik van een combinatie van indicatoren die samen de Balanced Scorecard vormen (Kaplan & Norton, 1992).

2.1.2 = Doel van de Balanced Scorecard

Een van de toegevoegde waarden van de Balanced Scorecard binnen organisaties is dat deze bestaat uit financiële en niet-financiële prestatiemetingen. Bovendien staan op deze manieren alle interessante indicatoren in een overzicht, zodat deze gemakkelijk door het management geraadpleegd kunnen worden. Een laatste voordeel is dat de Balanced Scorecard een duidelijk evenwicht bevat tussen de vier verschillende perspectieven (Kaplan R. S., 1994; Kaplan & Norton, 1996). Deze perspectieven zijn de 'financial', 'internal business processes', 'learning and growth' en 'customer' perspectieven. Deze perspectieven zullen in de volgende paragraaf uitgebreider worden genoemd en behandeld.

Over de tijd is de Balanced Scorecard veranderd in een tool voor organisaties om hun strategische doelen te bereiken. In de Balanced Scorecard staan namelijk de strategie, visie en missie van een organisatie centraal in de focus van het management. Dit komt omdat de Balanced Scorecard zich focust op de link en het verband tussen strategie en metingen. Deze combinatie is van belang, dit kan er voor zorgen dat de Balanced Scorecard ook gebruikt kan worden als een strategische management tool. Bovendien reflecteert de Balanced Scorecard de veranderende omgeving waarin organisaties zich bevinden, veranderingen in de concurrentie maar ook technologie kunnen goed aangepast en ingericht worden in de Balanced Scorecard.

2.1.3 = Perspectieven van de Balanced Scorecard

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, bestaat de Balanced Scorecard uit vier verschillende perspectieven, in dit gedeelte zullen de perspectieven stuk voor stuk uitgelegd worden en zal er ook een afbeelding toegevoegd worden van de Balanced Scorecard.

De vier perspectieven die zich in de Balanced Scorecard bevinden zijn een combinatie van financiële (financial perspective) en niet-financiële (customer perspective, innovation and learning, internal processes) prestatie-indicators. Deze indicatoren moeten naast elkaar gebruikt worden, om zo te zorgen dat de focus (eerlijk en gelijkwaardig) verspreid wordt over deze perspectieven, dit zorgt er namelijk voor dat de organisatie zo goed mogelijk haar strategieën, doelen en missie kan bereiken. Deze vier perspectieven zijn geïntroduceerd door Kaplan en Norton (Kaplan & Norton, 1992), maar er zijn ook gevallen van Balanced Scorecard bekend waar de indeling anders is (Ax & Bjornenak, 2005). Ax en Bjornenak maken namelijk gebruik van het 'student perspective' bij de implementatie van de Balanced Scorecard in een school in Zweden.

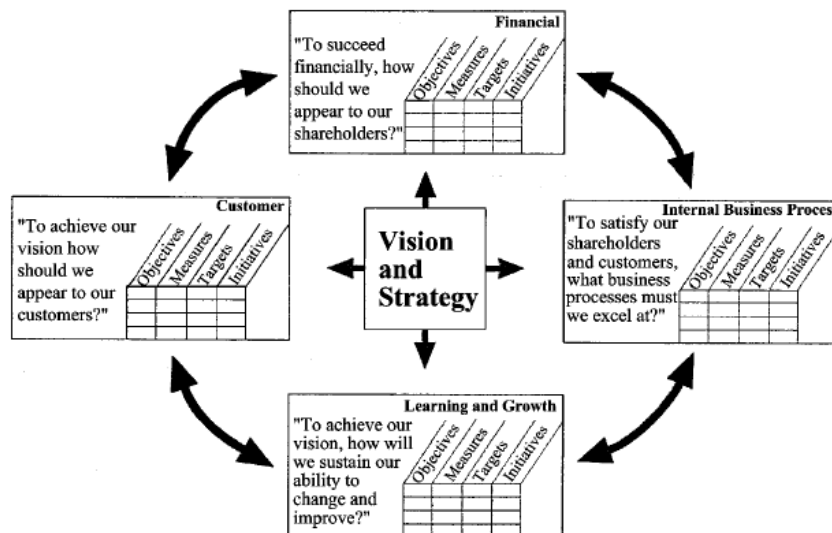
In het vervolg van deze paragraaf zullen de vier perspectieven van de Balanced Scorecard behandeld worden en zal er een afbeelding van de Balanced Scorecard toegevoegd worden.

'Financial perspective':

Dit perspectief is binnen de organisatie vooral gericht op de 'shareholder view', dit is vanuit het oogpunt van de aandeelhouders van het bedrijf, zij zijn namelijk gericht op winsten voor

de korte termijn. Vanuit dit perspectief wordt onderzocht hoe de organisatie moet handelen tegenover de aandeelhouders en hoe ze behandeld moeten worden (Kaplan R. S., 1994).

Ook zorgt dit perspectief ervoor dat duidelijk wordt in welke mate de strategie van het bedrijf en de implementatie en uitvoering van de Balanced Scorecard iets toevoegen aan de organisatie (Valiris, Chytas, & Glykas, 2005). Voorbeelden van doelen van het 'financial perspective' zijn doelen met betrekking tot de groei van het bedrijf en winstgevendheid.



Figuur 1: De Balanced Scorecard met de vier perspectieven (bron: (Kaplan & Norton, Using the balanced scorecard as a strategic management system, 1996))

'Customer perspective':

Dit perspectief is vooral gericht op de 'stakeholder view', klanten zijn onderdeel van de stakeholders: personen die belang hebben in de organisatie. Vanuit dit perspectief wordt gekeken hoe er waarde voor de klanten gecreëerd kan worden (Kaplan R. S., 1994). Veel bedrijven stellen tegenwoordig hun missie centraal, hierbij betrekken zij vaak ook de klant, wat dit perspectief erg belangrijk maakt (vooral in non-profit organisaties) (Kaplan & Norton, 2001). Voorbeelden van doelen van het 'customer perspective' zijn doelen met betrekking tot klanttevredenheid, levertijd en retourzendingen.

'Internal Business Process perspective':

Nu bekend is wat aandeelhouders en klanten belangrijk vinden, kan er gefocust worden op de interne bedrijfsprocessen, de organisatie kan nu immers identificeren in welke processen en perspectieven er uitgeblonden moet worden. De meeste focus vanuit dit perspectief moet komen te liggen op de klanttevredenheid en hoe deze vanuit de interne processen verbeterd kan worden (Kaplan & Norton, 1992). Bij elke indicator moet het bedrijf zich afvragen of deze indicator iets bij kan dragen aan de klanttevredenheid door middel van acties van de werknemers.

'Learning and Growth perspective':

De klanttevredenheid en interne bedrijfsprocessen zijn de belangrijkste perspectieven voor organisaties, bedrijven moeten continu blijven leren en innoveren in de gebieden die zorgen

voor betere klanttevredenheid en het verbeteren van de interne bedrijfsprocessen. Dit perspectief is eigenlijk toekomstgericht, de zogenoemde factoren voor succes blijven veranderen, vanwege de veranderende wereld om ons heen. Dit perspectief van de Balanced Scorecard moet daarop zien in te spelen (Kaplan & Norton, 1992). De onderneming moet zichzelf de vraag stellen: Hoe kunnen we waarde blijven creëren en onszelf verbeteren (gezien de veranderende omgeving)?

Nu er een beeld is van de perspectieven die Kaplan en Norton in hun Balanced Scorecard gebruiken, is het goed om na te denken over de keuze van Kaplan en Norton om specifiek deze vier perspectieven uit te kiezen. Twee praktische vragen kunnen hierover beantwoord worden: (1) Waarom hebben Kaplan en Norton specifiek voor deze vier perspectieven gekozen? (2) Is de keuze voor vier perspectieven geen inperking van de flexibiliteit van het systeem?

Als beantwoording van de eerste vraag kan het volgende gesteld worden: de keuze voor deze vier perspectieven staat vrij voor Kaplan en Norton, alleen schuilt er natuurlijk wel een gevaar in deze keuze. Het is namelijk zo dat alle belangrijke indicatoren in een 'hokje' geplaatst moeten worden door het management (namelijk een van de perspectieven). Deze keuze kan er voor zorgen dat er bepaalde indicatoren zijn die niet in een hokje geplaatst kunnen worden, wat er voor zorgt dat deze onterecht niet worden meegenomen in de beoordeling door het management. Alhoewel er geen enkel systeem perfect werkend is, geeft dit wel een van de nadelen van de Balanced Scorecard weer.

Als antwoord op de tweede vraag, over de flexibiliteit van het systeem, kan er gekeken worden naar het onderzoek gedaan door Voelker, Rakich en French (Voelker, Rakich, & French, 2001). Zij hebben onderzoek gedaan naar de Balanced Scorecard in de gezondheidszorg, maar nog belangrijker, ze hebben ook gekeken naar de flexibiliteit van de vier perspectieven van de Balanced Scorecard. Zo is het mogelijk voor organisaties om natuurlijk, zoals eerder genoemd, de verschillende perspectieven van de Balanced Scorecard te veranderen (Ax & Bjornenak, 2005) maar wel bij het concept te blijven. Het onderzoek van Voelker en andere bevestigt deze gedachte, mits de perspectieven flexibel zijn.

2.1.4 = Verband tussen deze perspectieven binnen de Balanced Scorecard

Het verband tussen de vier perspectieven in de Balanced Scorecard is van belang voor de organisatie, de organisatie weet zo namelijk waar de focus moet komen te liggen.

Kaplan en Norton hebben ook een mening over de verbanden tussen de perspectieven, in hun paper (Kaplan & Norton, 1996) beschrijven ze de verbanden die er volgens hen bestaan tussen de perspectieven. Volgens hen zijn de perspectieven als volgt gelinkt aan elkaar:



Figuur 2: De gesuggereerde causaliteit tussen de verschillende perspectieven van de Balanced Scorecard door Kaplan en Norton in hun paper (Kaplan & Norton, Using the balanced scorecard as a strategic management system, 1996).

Het 'learning and growth' perspective heeft een invloed op de 'internal business' perspective, in het eerstgenoemde perspectief wordt namelijk naar manieren gezocht om de onderneming (en de interne processen) efficiënter te maken, dit kan niet zonder innovaties. De interne processen hebben een effect op het 'customer' perspective: de verbetering van de interne processen leidt namelijk op den duur tot een grotere klanttevredenheid, omdat de klanten beter bediend kunnen worden in hun wensen. Deze grotere mate van klanttevredenheid heeft weer gevolgen voor het 'financial' perspective, een grotere mate van klanttevredenheid leidt namelijk tot meer omzet en dus ook meer winst (Kaplan & Norton, 1996).

Op de verbanden die door Kaplan en Norton geschetst zijn is veel kritiek gekomen, onder andere door Hanne Norreklit. Zij vraagt zich openlijk af of de causaliteit die door Kaplan en Norton gesuggereerd is überhaupt wel bestaat, bovendien vraagt ze zich zelfs af of er wel een causaliteit bestaat tussen de verschillende perspectieven. Zij concludeert in haar onderzoek (Norreklit, 2000) dat de causaliteit die beschreven wordt door Kaplan en Norton niet bestaat, een reden daarvoor is dat volgens Norreklit de onderzoekers het woord 'causaliteit'¹ verkeerd hebben gebruikt en dat ze eigenlijk 'onderlinge relaties' bedoelen. Een voorbeeld van een misconceptie van Kaplan en Norton is volgens Norreklit dat de gesuggereerde causaliteit in figuur 2 met het 'learning and growth' perspective start. Maar, stelt Norreklit, om een bedrijf te laten leren en innoveren moeten er financiële middelen beschikbaar zijn, deze financiële middelen zijn afhankelijk van het 'financial perspective'. Zo kan geconcludeerd worden dat de genoemde causale verbanden tussen de verschillende perspectieven niet zo duidelijk zijn als Kaplan en Norton beweren, Norreklit meent dat er geen finaliteit bestaat tussen de verschillende perspectieven. De perspectieven zijn namelijk niet zo 'eenvoudig' te koppelen aan elkaar, er bestaat een veel complexere situatie tussen al deze perspectieven dan door Kaplan en Norton wordt weergegeven (Norreklit, 2000).

Andere onderzoekers die het niet eens zijn met Kaplan en Norton waren Voelker, Rakich en French. Zij menen namelijk ook dat er geen causaliteit bestaat tussen de verschillende perspectieven, maar dat we de verbanden meer moeten zien als een piramide. Deze piramide start met het 'learning and growth' perspective, dit is namelijk de basis van alle successen in de toekomst volgens hen. Ze hebben onderstaande piramide opgesteld voor non-profit organisaties: onderaan staan het eerder genoemde learning and growth perspective, daarboven de 'internal processes', daarboven 'financial', daarboven 'stakeholders' en bovenaan de missie van de organisatie (Voelker, Rakich, & French, 2001).

2.1.5 = Het meten van de prestaties: het gebruik van indicatoren

Nu het ontwerp van de Balanced Scorecard bekend is, is het van belang om te weten hoe deze ingericht moet worden. Daarvoor is het gebruik van indicatoren erg belangrijk. In deze paragraaf zal iets verteld worden over twee belangrijke soorten indicatoren en zal er een korte uitleg met toepassing op de Balanced Scorecard gegeven worden.

¹ Causaliteit veronderstelt dat er een relatie tussen 2 zaken bestaat die niet zonder elkaar kunnen optreden, dus het een moet plaatsvinden wil het ander ook plaatsvinden. Norreklit is van mening dat dit te kort door de bocht is, zij stelt namelijk dat er onderlinge relaties tussen de perspectieven kunnen zijn, maar dat deze niet zo 'hard' zijn als wordt gesteld door Kaplan en Norton. Zo ziet zij wel een logisch verband tussen de perspectieven die beschreven zijn door Kaplan en Norton, maar dat is nog geen causaliteit.

Zoals eerder genoemd zijn er twee verschillende soorten indicatoren, dit zijn 'leading' en 'lagging' indicatoren, in dit opzicht verschilt de Balanced Scorecard al van veel andere management control prestatie meetmiddelen, aangezien deze zich vaak alleen maar focussen op 'lagging' indicatoren.

Indicatoren zijn 'lagging' als ze resultaten uit het verleden weergeven, het financiële perspectief bestaat dus vooral uit 'lagging' indicatoren. Voorbeelden van 'lagging' indicatoren zijn dus de ROI (return on investment) of de mate van tevredenheid onder de werknemers, dit zijn namelijk uitkomsten over een periode uit het verleden. 'Leading' indicatoren worden ook wel 'performance drivers' genoemd (Norreklit, 2000), dit zijn dus de drijfveren achter de 'lagging' indicatoren. Deze indicatoren zijn meer op de toekomst gericht en men kijkt dus ook hoe de 'lagging' indicatoren verbeterd kunnen worden. 'Leading' indicatoren kijken bijvoorbeeld naar hoe de ROI (winst) in de toekomst verhoogd kan worden of de klanttevredenheid verhoogd kan worden.

Over het aantal prestatie-indicatoren die per perspectief gebruikt kunnen worden is nog geen consensus bereikt door onderzoekers. Kaplan en Norton zijn van mening dat er per perspectief vier tot zeven indicatoren gebruikt kunnen worden, wat een totaal zou opleveren van rond de 25 indicatoren (Kaplan & Norton, 1996). Zij plaatsen wel de kanttekening dat zelfs dit aantal al complex is voor een organisatie om te monitoren. Otley is van mening dat er maximaal 4 indicatoren per perspectief gebruikt kunnen worden, wat het totaal op 16 indicatoren zou brengen (Otley, 1999). Alhoewel er dan geen overeenstemming is over het aantal indicatoren dat gebruikt moet worden per perspectief zijn de meeste onderzoekers het er wel over eens dat de indicatoren niet allesomvattend zijn, maar alleen de belangrijkste zaken weer kunnen geven, de zogenoemde kritieke 'succesfactoren' (Kaplan & Norton, 1996; Otley, 1999; Voelker, Rakich, & French, 2001). Kaplan en Norton hebben namelijk al eerder genoemd dat organisaties vaak te veel en niet relevante indicatoren gebruiken, zij stellen voor om minder en belangrijkere indicatoren te gebruiken, maar daarbij wel het risico lopend dat iets over het hoofd wordt gezien (Kaplan & Norton, 1992).

2.2: Conclusie

In dit hoofdstuk is een uitleg gegeven over het begrip 'de Balanced Scorecard', naar aanleiding van deelvraag 1. Als gevolg van de toenemende kritiek op de prestatie meet systemen die zich enkel focussen op het financiële perspectief kwamen Kaplan en Norton met het begrip 'de Balanced Scorecard': een prestatie meet systeem dat naast het financiële perspectief ook rekening hield met de klanten, interne processen en het leer perspectief van de onderneming. Door het implementeren van dit systeem zou de organisatie niet meer gefocust zijn op het verleden, maar juist een interactief geheel krijgen tussen verleden en toekomst. In de tijd die volgde is de Balanced Scorecard geëvolueerd van een prestatie meet systeem richting een strategische management tool die door organisaties wordt gebruikt om hun strategie en missie te vertalen in prestatie-indicatoren.

De vier eerder genoemde perspectieven van de Balanced Scorecard staan ook in relatie tot elkaar. Volgens Kaplan en Norton is er een causaal verband tussen de verschillende perspectieven, beginnend bij de leerprocessen (zie figuur 2). Deze volgorde is door verschillende onderzoekers verworpen: zij stellen namelijk dat de Balanced Scorecard niet in

een lineair verband gevangen kan worden. Bovendien moeten organisaties de juiste prestatie-indicatoren kiezen voor in hun Balanced Scorecard, hier moeten organisaties een afweging maken tussen 'leading' en 'lagging' indicatoren, die een afwisseling moeten geven tussen verleden en toekomst. Hierbij is het niet zozeer van belang hoeveel indicatoren er gekozen worden, mits dit er niet te veel zijn, maar meer of deze indicatoren de zogenoemde kritieke succesfactoren van de organisatie reflecteren.

Concluderend, gezien de vraag '*Wat is de Balanced Scorecard?*', kunnen we deze als volgt beantwoorden: een prestatie-meetsysteem dat door de tijd heen is geëvolueerd richting een management control systeem waarin de strategie en missie van de organisatie worden vertaald in 'leading' en 'lagging' prestatie-indicatoren verdeeld over vier perspectieven: financieel, klanten, interne processen en het leerperspectief van de onderneming.

Hoofdstuk 3: Specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties

In dit hoofdstuk zal de beantwoording van de tweede deelvraag: *‘Wat zijn specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties?’* centraal staan. Deze deelvraag zal beantwoord worden door verschillende kenmerken van gezondheidsorganisaties te bespreken die verschillen van standaard dienstverlenende organisaties. De volgende kenmerken zijn de belangrijkste die genoemd worden in het boek (Anthony et al., 2014), deze kenmerken zullen onderbouwd worden met ander onderzoek. Er is voor het boek van Anthony en anderen gekozen omdat dit boek geschreven is vanuit de visie van de managers van tegenwoordig en hoe zij planning en controle systemen gebruiken in hun organisatie, in tegenstelling tot andere boeken die puur gericht zijn op de theorie. Dit zorgt er voor dat dit boek zich onderscheidt van andere boeken die ook gericht zijn op de management control systemen.

3.1 = Lastige sociale situatie

Er komt een steeds grotere roep vanuit de Westerse wereld naar een efficiënter ontwerp van de gezondheidszorg, dit komt onder andere vanwege de toegenomen vergrijzing in de wereld (Financieel Dagblad, 2017). Men wil namelijk een efficiëntere indeling van de gezondheidszorg zodat men met zo min mogelijk kosten zo veel mogelijk mensen kan helpen. De toegenomen vergrijzing heeft hier haar aandeel in, omdat des te meer ouderen er zijn, des te meer zorgbehoevenden er zijn, ouderen hebben namelijk een grotere zorgvraag dan jongeren. Bovendien is door de verbetering van de kwaliteit van zorg in de afgelopen decennia de vraag naar zorg vanuit de oudere groep ook toegenomen, de betere kwaliteit van zorg zorgt namelijk voor een hogere levensverwachting, wat leidt tot meer zorgbehoevenden.

Een andere trend die plaatsvindt in de gezondheidszorg is dat de behandelingen over het algemeen duurder worden, terwijl er juist een roep is naar een goedkopere gezondheidszorg. De hogere kosten voor behandelingen in de gezondheidszorg zijn te wijten aan onder andere innovaties in de zorg. Deze innovaties zorgen er voor dat de zorg beter uitgevoerd kan worden, maar ook duurder wordt. Dit is in tegenstelling met een normaal productiebedrijf, dat door nieuwe en betere machines de kosten juist kan drukken. Deze innovaties zijn bijvoorbeeld betere en nieuwe machines en medicijnen, wat zorgt voor een betere behandeling.

Een laatste sociaal probleem is, zoals eerder al genoemd, de kwaliteit van de zorg die vooruit gaat. Hierdoor stijgen ook de zorgkosten, omdat ouderen een steeds grotere demografische groep gaan vormen, bovendien hebben zij meer zorg nodig. Het probleem hier is bovendien dat de verzekeringsmaatschappijen en zorgverleners dit effect niet goed genoeg ingecalculereerd hadden, dit effect is namelijk sterker dan gedacht. Verzekeringsmaatschappijen zijn zich hier wel van bewust, maar de politiek gaat op verschillende manieren met deze problematiek om, wat het lastig maakt voor de zorgindustrie (Anthony et al., 2014).

3.2 = Een mix van aanbieders

Met de toename in de zorgkosten liet zich tegelijkertijd ook een andere ontwikkeling zien, namelijk die van een toename in aanbieders in de zorg. Veel specialistische zorg die vroeger nog in de ziekenhuizen verleend werd, wordt tegenwoordig uitgevoerd door zelfstandige klinieken, een voorbeeld hiervan is plastische chirurgie.

Bovendien is er een verschil gekomen in de soorten ziekenhuizen, waar er vroeger vaak nog alleen kleine, lokale ziekenhuizen waren, is er tegenwoordig weer meer sprake van grotere en meer regionale ziekenhuizen en medische centra. Bovendien is er een grote afname geweest van het aantal ziekenhuisbedden (CBS, 2009), terwijl de verleende zorg wel is toegenomen. Om hierop in te spelen moeten ziekenhuizen nu flexibeler zijn en meer zorg uit handen geven aan externe partijen en bijvoorbeeld de minder winstgevende afdelingen schrappen uit hun zorgaanbod (Anthony et al., 2014).

3.3 = Gescheiden betaling en consumptie

Er zijn over de hele wereld heen veel verschillende manieren in de zorg waarop de kosten worden betaald en vergoed. In sommige landen, bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, worden de meeste kosten in de gezondheidszorg vergoed door de overheid. Deze haalt geld op bij de burgers door een soort belastingstelsel, dit is in tegenstelling tot andere landen in Europa. In Nederland bijvoorbeeld is de betaling van zorg via verzekeringsmaatschappijen geregeld. Patiënten en burgers verzekeren zich bij een maatschappij door middel van het betalen van een premie, dit is wettelijk verplicht in Nederland (Rijksoverheid, 2018a). Deze verzekeringsmaatschappijen betalen zorg uit op basis van DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). Veel landen gebruiken een andere naam voor deze DBC's, bijvoorbeeld DRGs (Diagnostic Related Groups) maar het principe is in ieder land dat dit systeem gebruikt hetzelfde: er is een combinatie van behandelingen die samen een geheel vormen, ziekenhuizen worden op basis van deze combinatie betaald met een bedrag dat van tevoren vaststaat, als de patiënt korter of langer zorg heeft dan in deze combinatie is opgenomen is de winst of verlies voor het ziekenhuis zelf.

Dit DBC-systeem, samen met de toegenomen kosten per patiënt, heeft de zorg ertoe doen besluiten een beter kosten accounting systeem te implementeren, omdat men ook tussen ziekenhuizen onderling steeds meer ruilhandel doet in gegevens, men wil namelijk als ziekenhuis weten hoe het zich op kostenvlak verhoudt tot de andere ziekenhuizen. Voorbeelden van informatie die met deze ruilhandel gepaard gaat zijn kosten met betrekking tot de DBC's in vergelijking met de actuele kosten (Anthony et al., 2014).

3.4 = Professionals met grote autonomie

Een ander gegeven in de gezondheidszorg is dat dokters autonoom zijn, wat dus zegt dat ze op zichzelf handelen. Ze handelen vooral vanuit eigenbelang en kijken minder naar wat de organisatie (het ziekenhuis) zelf het beste zou passen. Bovendien is de gezondheidszorg een sector waarin de werkgelegenheid steeds verder groeit en hard op weg is om de grootste sector te worden in enkele Westerse landen, bijvoorbeeld Nederland (Skipr, 2017). Daarentegen is het zo dat professionals in de zorg (bijvoorbeeld, artsen, tandartsen en therapeuten) het werk vaak doen vanuit hun loyaliteit naar het vak, en minder naar de organisatie waar ze voor werken.

Historisch gezien is dit bewezen, de professionals letten namelijk minder op de kosten, dit komt waarschijnlijk ook voort vanuit de gedachte: “Wat niet van mezelf is besteed ik makkelijker”. Een voorbeeld: het kopen van een auto voor de arts zelf is een lastigere beslissing dan een kopieermachine kopen op kosten van het ziekenhuis. Zo handelen de meeste dokters, zij denken niet in kostenbesparing, maar doen wat ze willen, ze zijn immers grotendeels autonoom. Dit komt voor vanuit de falende management controle, omdat dokters zelf verlangen om veel vrijheid te hebben, zij weten immers hoe ze iemand moeten behandelen en de mensen die hen aan moeten sturen weten dat vaak in mindere mate. Hieruit voort vloeit ook dat dokters vaak meer onderzoeken gebruiken dan nodig is, zij doen dit omdat ze zeker van hun zaak willen zijn, ze willen namelijk geen symptomen over het hoofd zien, het gaat immers om mensenlevens (Anthony et al., 2014)! In de volgende paragraaf wordt dit uitgebreider besproken.

3.5= Goede kwaliteitscontrole

Ziekenhuizen moeten aan zeer veel kwaliteitseisen moeten voldoen. Vanuit de overheid, ook in Nederland (Rijksoverheid, 2018b), zijn veel (kwaliteits)eisen vastgesteld waaraan instanties moeten voldoen. Dit is om de veiligheid van de burgers te bewaren, het gaat immers om mensenlevens waarmee gewerkt wordt. Deze kwaliteitscontrole wordt soms ook in naam van de overheid uitgevoerd door externe partijen (Anthony et al., 2014).

Een ander voorbeeld, zoals ook in Nederland, zijn particuliere onderzoeken, in Nederland is bijvoorbeeld de AD Ziekenhuistest die de kwaliteit van ziekenhuizen in Nederland onderzoekt (AD, 2017). Het Algemeen Dagblad voert deze test zelf uit en test hierbij de kwaliteit van ziekenhuizen door middel van cijfers die ze verzamelen bij verschillende instanties. Dit zijn cijfers met betrekking tot verpleging, keurmerken voor zorg en specifieke afdelingen binnen het ziekenhuis (oncologie bijvoorbeeld). Deze test wordt door veel Nederlandse consumenten bekeken en heeft daarom enig aanzien in Nederland. Deze kwaliteitscontrole geeft ook aan dat er behoefte is onder de consumenten om meer te weten over de kwaliteit van de verleende zorg in Nederland. Als kanttkening moet hier geplaatst worden dat deze test wel kritiek heeft gekregen binnen de gezondheidswetenschappen, die door het Algemeen Dagblad zelf weerlegd wordt (NPORadio1, 2017).

3.6 = Conclusie

In dit hoofdstuk is de deelvraag: *‘Wat zijn specifieke kenmerken van gezondheidsorganisaties?’* behandeld en hier is antwoord op gegeven door de verschillende kenmerken te beschrijven.

Concluderend kunnen we de volgende 5 specifieke kenmerken toeschrijven aan gezondheidsorganisaties:

- Gezondheidsorganisaties moeten diensten verlenen in een lastige en ingewikkelde sociale situatie.
- Er is een veranderende mix van zorgaanbieders, deze komt voort uit het feit dat steeds meer ziekenhuizen zich specialiseren, door bijvoorbeeld kostenverlagingen.

- Er zijn derden die betalen voor de zorg, die er voor zorgen dat consumptie en betalen gescheiden van elkaar wordt.
- Er werken veel professionals in de zorg met een grote autonomie.
- Er wordt een groot belang gehecht aan een goede kwaliteitscontrole.

Hoofdstuk 4: Concurrentie binnen de gezondheidszorg

In dit hoofdstuk zullen verschillende vormen van concurrentie binnen ziekenhuizen behandeld worden, dit zal gebeuren met behulp van de deelvraag: *'Op welke manieren is er sprake van concurrentie binnen de gezondheidszorg?'* In dit hoofdstuk zullen de twee meest voorkomende soorten concurrentie behandeld worden, dat zijn de concurrentie in de 'physician-dominated' en in de 'insurer-dominated' markten. Dit hoofdstuk zal afsluiten met een conclusie naar aanleiding van de eerder genoemde deelvraag.

4.1 = Concurrentie: zero of positive-sum?

In de literatuur over concurrentie binnen de gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van de begrippen 'zero-sum' en 'positive-sum' (Porter & Teisberg, 2004). Deze paragraaf zal deze begrippen verder uitleggen voordat er inhoudelijk ingegaan wordt op de concurrentie binnen de gezondheidszorg.

4.1.1 = 'Zero-sum competition'

Momenteel is er in de gezondheidszorg sprake van zero-sum competitie, dit houdt in dat de waarde tussen twee concurrerende partijen wordt verdeeld, of soms zelfs wordt vernietigd. Dus, als twee concurrerende partijen onderling aan het onderhandelen zijn creëert dit geen extra waarde, maar dit verdeelt juist de huidige waarde in de markt. 'Zero-sum' competitie is niet optimaal (in de gezondheidszorg), het doel van concurrentie is namelijk dat de totale waarde in de markt vergroot wordt en niet gelijk blijft of verminderd wordt (Porter & Teisberg, 2004).

Een kenmerk van 'zero-sum' competitie in de gezondheidszorg is dat ziekenhuizen kijken naar het verkeerde doel, men probeert bijvoorbeeld te concurreren op basis van kostenreductie, maar hierbij transfereert men kosten naar een concurrent, wat dus niet zorgt voor een vermindering van de totale kosten in de markt. Zo creëert men geen extra waarde (kostenreductie) voor de hele markt, maar alleen voor zichzelf, dit is dus een voorbeeld van 'zero-sum' competitie. Het is mogelijk om uit dit systeem te 'ontsnappen', dit kan door zich te focussen op 'positive-sum' competitie.

4.1.2 = 'Positive-sum competition'

Het tegenovergestelde van 'zero-sum' competitie is 'positive-sum' competitie. Bij deze vorm van competitie wordt juist wel waarde gecreëerd: de totale waarde in de markt stijgt. Dit is dus een betere vorm van competitie in vergelijking met de eerder genoemde 'zero-sum' competitie.

Een manier waarop deze vorm geïmplementeerd kan worden in de gezondheidszorg is door zich te focussen op een duidelijk doel dat leidt tot een verbetering van de waarde in de markt. Een voorbeeld hiervan is het verbeteren van de afweging waarde/kwaliteit per uitgegeven euro over de tijd heen, dus minder kijken naar kostenbesparing, maar meer kijken naar de effectiviteit per uitgegeven euro (Porter & Teisberg, 2004). Dit kan door het zorgen voor meer openheid over prijzen en kosten tussen ziekenhuizen onderling, zodat men makkelijker kan vergelijken met elkaar en kan zien waar verbeterpunten liggen.

Alhoewel deze vorm van competitie dus ideaal lijkt te zijn voor onder andere de gezondheidszorg, wordt deze niet vaak toegepast in de praktijk. Dit komt omdat er de nodige hervormingen bij de implementatie nodig zijn en vaak zien bedrijven die niet zitten op wegen deze niet genoeg op tegen de voordelen die de verandering van competitie heeft (Rivers & Glover, 2008).

4.2 = Concurrentie in verschillende gezondheidszorgmarkten

De traditionele concurrentie binnen de gezondheidszorg is vaak gericht op een of meerdere elementen, bijvoorbeeld op basis van prijzen en kwaliteit. Echter, de laatste jaren gaan gezondheidsinstanties meer concurreren op basis van innovaties en technologieën. Er is bovendien een belangrijke rol weggelegd, zoals eerder al genoemd, voor het reduceren van de kosten (dit was namelijk een kenmerk van de 'zero-sum' competitie), instanties zoeken naar manieren waarop dit gerealiseerd kan worden. In deze paragraaf zullen de twee belangrijkste vormen van concurrentie in de gezondheidszorg besproken worden, namelijk die in de 'physician-dominated' en de 'insurer-dominated' markten (Rivers & Glover, 2008; Zwanziger & Melnick, 1988).

4.2.1 = Concurrentie binnen 'physician-dominated' markten

Men spreekt van een 'physician-dominated' markt, oftewel een door de arts gedomineerde markt, als de arts beslist of de patiënt wordt opgenomen en bovendien een grote invloed heeft op de keuze van het ziekenhuis. Bovendien heeft de arts bij opname een dominerende rol in de distributie van de middelen binnen het ziekenhuis met betrekking tot de behandeling van de patiënt (Rivers & Glover, 2008).

Bij deze markt hoort een specifiek type van concurrentie, namelijk concurrentie door middel van de moeite die de ziekenhuizen moeten doen om de arts binnen te krijgen, in plaats van de patiënt. Via de arts kunnen ze namelijk nieuwe patiënten binnen krijgen, de aanname die hierbij gemaakt wordt is natuurlijk dat ziekenhuizen meer patiënten willen zodat ze meer winst kunnen maken. Men concurreert in deze soort concurrentie dus vaak op basis van kwaliteit en niet-financiële vlakken.

Bovendien zijn de artsen door bepaalde vergoedingsregelingen die hen laten focussen op de patiënt, minder geneigd zich gevoelig op te stellen tegenover de zorgkosten in verschillende ziekenhuizen. De competitie tussen ziekenhuizen komt in dat geval aan op de locatie of kwaliteit van de arts. Het verbeteren van de kwaliteit (van de arts) kost geld voor een ziekenhuis, maar in een door artsen gedomineerde markt, leveren deze extra kosten wel een toevoeging aan kwaliteit op (Robinson & Luft, 1988).

Daarnaast is er in deze markten de concurrentie om de artsen, onderling tussen ziekenhuizen zal namelijk niet alleen concurrentie aanwezig op het vlak van kosten, maar juist ook op het vlak van de beste artsen. Om artsen zo ver te krijgen voor het ziekenhuis te komen werken moet men met een paar punten rekening houden. Zo krijgen instanties waar de nieuwste technologie wordt toegepast en waar ook nieuw medisch onderzoek gedaan en gestimuleerd wordt veel aandacht van jonge, ambitieuze en potentieel goed bekwame artsen (Rivers & Glover, 2008). Bovendien moeten organisaties zorgen voor een goede werkomgeving die gecreëerd kan worden door middel van trainingen en goede secundaire

arbeidsvoorwaarden. Als laatste moeten ziekenhuizen rekening houden met het vertrekken van personeel (in de nabije toekomst) vanwege leeftijd of meer ambities, de samenstelling van het personeel is dus erg belangrijk.

4.2.2 = Concurrentie binnen 'insurer-dominated' markten

In de 'insurer-dominated' markten is in tegenstelling tot 'physician-dominated' markten een agressievere rol weggelegd voor ziekenhuizen en verzekeringsmaatschappijen. De concurrentie tussen verschillende instanties gebeurt in dit soort markten vaak op het niveau van prijzen, wat dus ook in tegenstelling staat tot de 'physician-dominated' markten (Rivers & Glover, 2008).

In de zorg worden er veel contracten gesloten tussen gezondheidsorganisaties (bijvoorbeeld ziekenhuizen) en verzekeringsmaatschappijen, zulke contracten zorgen er namelijk voor dat de verzekerde gratis, of veel goedkoper, een behandeling kan ondergaan bij die instelling (Consumentenbond, 2018). Om deze contracten in stand te houden moeten gezondheidsorganisaties effectief met hun kosten omgaan, anders kunnen verzekeringsmaatschappijen namelijk een contract afsluiten met een concurrent.

Toch hoeft het bestaan van het contract nog geen toename in het aantal patiënten te betekenen voor de zorginstelling. Als er namelijk niet genoeg patiënten gebruik maken van het contract tussen de zorgverzekeraar en de instelling kan dit contract ontbonden worden. De prijs is dus belangrijk, omdat verzekeraars een zo goedkoop mogelijke deal willen sluiten met de instellingen, zodat zij de premie zo laag mogelijk kunnen houden, waardoor ze meer klanten krijgen die dus meer gebruik maken van de contracten tussen de verzekering en de instelling. Zorgaanbieders worden dus steeds prijsgevoeliger in de markten die worden gedomineerd door de verzekeraars en de zorginstellingen (Rivers & Glover, 2008).

4.3 = Concurrentie in de praktijk: de Nederlandse markt voor gezondheidszorg

Met de introductie van de eerder genoemde DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) in de Nederlandse gezondheidszorg heeft er een verschuiving plaatsgevonden in het concurrentiemodel tussen instanties.

Waar tot de introductie van de DBC's ziekenhuizen nog zeker waren van een vast budget is dat inmiddels veranderd, ziekenhuizen zijn namelijk afhankelijk van het aantal verleende zorgcombinaties, die in verbinding staan met de vergoeding die met de DBC gepaard gaat. Bovendien is het zo dat het nu mogelijk is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderling onderhandelen over de prijzen van de gezondheidszorg, dit was vroeger niet het geval (Asselman, 2008). Hierdoor krijgen ziekenhuizen een andere rol toegemeten in de markt van de gezondheidszorg, namelijk die van 'ondernemer'. Zij moeten hun 'producten' namelijk zien te verkopen, daarbij gebruikmakend van bijvoorbeeld een goede marketingstrategie, wat er voor zorgt dat er aanpassingen in de organisatie plaats moeten gaan vinden.

Deze verandering in concurrentie zorgt er bovendien voor dat er meer op de kosten gelet moet worden in ziekenhuizen, de kostprijzen worden namelijk belangrijker. De ondernemingen moeten er voor zorgen dat zij winst gaan draaien en een efficiënte kostprijs is dan van essentieel belang (Asselman, 2008).

4.4 = Conclusie

In dit hoofdstuk is de deelvraag: *'Op welke manieren is er concurrentie binnen de gezondheidszorg?'* behandeld en is er een antwoord gegeven door een uiteenzetting van de verschillende vormen van concurrentie binnen de gezondheidszorg, verdeeld over onder andere twee markten.

Er zijn twee soorten concurrentie, namelijk 'zero-sum' en 'positive-sum' concurrentie, deze twee soorten bevinden zich allebei in de gezondheidszorg. 'Zero-sum' wordt vaker toegepast in de markt, dit komt omdat de overstap daarvan naar 'positive-sum' concurrentie ervoor zorgt dat er fundamentele wijzigingen aangebracht moeten worden in het beleid van organisaties.

Bovendien is er nog het verschil tussen 'physician-dominated' en 'insurer-dominated' markten, binnen deze markten speelt er zich concurrentie af in de gezondheidszorg. De eerstgenoemde is de markt waarin artsen een dominante rol spelen, de concurrentie in deze markt is gebaseerd op kwaliteit en niet-financiële zaken. De artsen spelen in dit soort markten een belangrijke rol bij het 'binnenhalen' van de patiënt in het ziekenhuis. Ziekenhuizen onderling hebben juist weer grote concurrentie in het binnenhalen van het juiste en beste personeel, ze moeten zich namelijk van elkaar onderscheiden op het gebied van kwaliteit en een groot aandeel daarin is weggelegd voor de artsen.

De markten die worden gedomineerd door de verzekeringsmaatschappijen bestaan juist uit instanties die concurreren met elkaar op het gebied van prijs, elke instelling wil namelijk goede contracten binnenhalen met verzekeringsmaatschappijen, dit zorgt er voor dat zij meer zorgvragers binnenkrijgen, zodat ze meer winst kunnen maken.

In Nederland is het zo dat met de introductie van de DBC's de kostprijzen belangrijker zijn geworden, ziekenhuizen zijn namelijk ondernemers geworden en een efficiënte kostenanalyse is dan van belang. Bovendien moeten de ziekenhuizen hun 'producten' zien te verkopen, wat er voor zorgt dat een marketingstrategie van groot belang is.

Concluderend, als antwoord op de deelvraag *'Op welke manieren is er sprake van concurrentie binnen de gezondheidszorg?'* kan er gesteld worden: er zijn twee soorten concurrentie, 'zero-sum' en 'positive-sum'. Bovendien komt concurrentie binnen de gezondheidszorg voor in twee soorten markten, namelijk de markt die wordt gedomineerd door de artsen en de markt die wordt gedomineerd door de verzekeringsmaatschappijen. Ook komt concurrentie binnen de gezondheidszorg voor op verschillende vlakken, bijvoorbeeld op financieel vlak (lagere prijzen), maar ook op het vlak van kwaliteit (van personeel en producten).

Hoofdstuk 5: Het ontwerp van de Balanced Scorecard om gezondheidsorganisaties te wapenen tegen de toegenomen concurrentie

In dit hoofdstuk zal er een framework geschetst worden, gebaseerd op de hoofdstukken 2 tot 4, dit framework zal een advies zijn richting gezondheidsorganisaties met betrekking tot de implementatie en het ontwerp van de Balanced Scorecard in de organisatie. Er wordt aandacht besteed aan de aspecten die minimaal in de Balanced Scorecard voor moeten komen om er voor te zorgen dat organisaties in de gezondheidszorg zich ideaal kunnen wapenen tegen de toenemende concurrentie. Dit 'ideale beeld' zal in hoofdstuk 7 vergeleken worden met de werkelijkheid aan de hand van praktijkcases. Het ontwerpen van dit ideale beeld is al eerder geprobeerd voor 'teaching hospitals' door onder andere Trotta (Trotta, Cardamone, Cavallaro, & Mauro, 2013), dit paper zal zich meer focussen op de 'normale' ziekenhuizen.

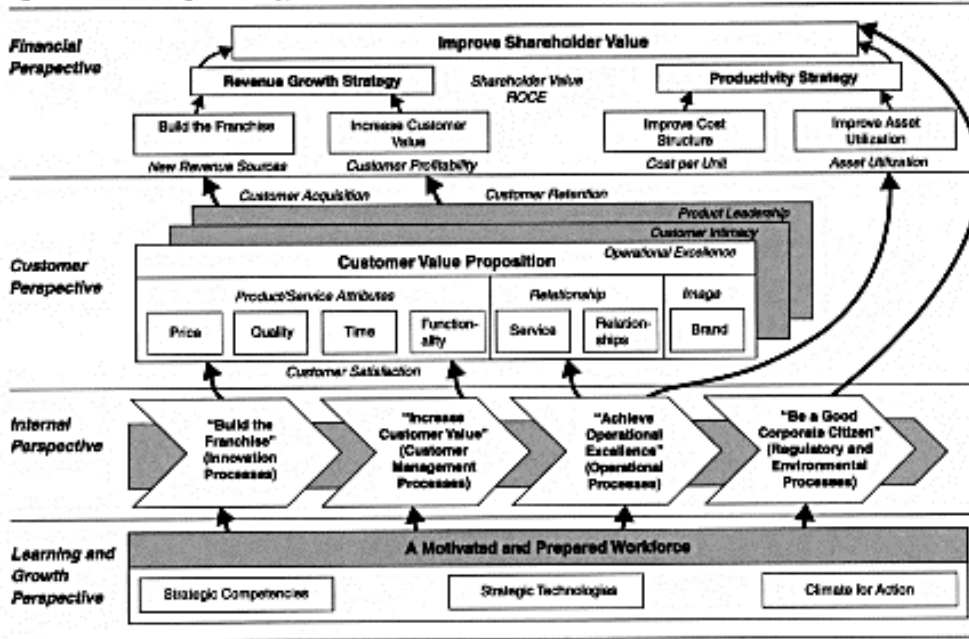
5.1 = De volgorde van de vier perspectieven in de 'strategy map'

De meeste instanties maken naast de Balanced Scorecard gebruik van een 'strategy map', deze 'map' geeft de invloeden van de vier verschillende perspectieven op elkaar weer op basis van een 'top-down' methode. Deze 'strategy map' reflecteert de strategie die de organisatie naleeft en is een ondersteuning van de financial statements van de onderneming (Kaplan & Norton, 2001). Hierbij staat het belangrijkste perspectief bovenaan en de minder belangrijke perspectieven hieronder. Deze manier van ordenen geeft aan waar door de organisatie aandacht aan moet worden besteed, een ander bijkomend voordeel is dat de volgorde van de perspectieven in de 'strategy map' hetzelfde is als de volgorde binnen de Balanced Scorecard.

Onderstaande afbeelding toont een door Kaplan en Norton ontworpen template voor een 'strategy map', gericht op for-profit organisaties. Organisaties kunnen deze als startpunt gebruiken voor het ontwerpen van de strategy map die specifiek ontworpen is voor hun organisatie. Wat opvalt is de volgorde van de vier perspectieven die door Kaplan en Norton wordt gehanteerd, zij stellen dat het financiële perspectief het belangrijkste is, verderop in het hoofdstuk zal op deze volgorde dieper in worden gegaan.

In tegenstelling met de Balanced Scorecard en 'strategy map' voor for-profit organisaties is dat bij ziekenhuizen de winstgevendheid minder centraal staat, alhoewel het vanwege de toegenomen concurrentie wel een belangrijke factor blijft. Bovendien focussen gezondheidszorgorganisaties zich meer op hun missie (Trotta, Cardamone, Cavallaro, & Mauro, 2013), deze staat namelijk ook vaak in verbinding met de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de missie van het Duke's Children hospital: *"To provide patients, families, and primary care physicians with the best, most compassionate care possible, and excel at communication."* (Kaplan & Norton, 2001) Deze organisatie focust zich dus met name op de patiënt en de familie, dit is bij andere ziekenhuizen ook het geval. Samen met het 'customer perspective' komt de missie van de organisatie bovenaan te staan in de 'strategy map' van de gezondheidsorganisaties.

Figure 3-15 Describing the Strategy: The Balanced Scorecard Strategy Map



Figuur 3: De 'Strategy Map' volgens Kaplan en Norton uit hun boek uit 2001 (Bron: (Kaplan & Norton, 2001))

Het 'financial perspectief' komt door de verplaatsing van het 'mission statement' en het 'customer perspective' op de tweede plaats terecht. Zoals besproken in hoofdstuk 4 zijn de financiële prestaties en kostenbeheersing voor ziekenhuizen steeds belangrijker geworden vanwege de toename in concurrentie. Dit zal ook tot uiting moeten komen in het gebruik van Key Performance Indicators (KPIs), deze zullen verder besproken worden in paragraaf 5.2.

De ordening van de overige perspectieven ('Learning and Growth' en 'Internal Business Process') komt overeen met de beschreven volgorde volgens Kaplan en Norton (Kaplan & Norton, 1996). Dit kan aangenomen worden omdat er geen duidelijke redenen zijn om hier vanaf te kijken, bovendien is de relatie die tussen deze perspectieven behandeld in sectie 2.1.4.

Concluderend kan er aan het einde van deze paragraaf de onderstaande volgorde tussen de vier perspectieven van de Balanced Scorecard vastgesteld worden. Deze volgorde zal onderdeel zijn van het framework wat geschetst zal worden in paragraaf 5.3.



Figuur 4: De volgorde van de vier perspectieven van de Balanced Scorecard.

5.2 = De invulling van de vier perspectieven met bijbehorende KPI's

In deze paragraaf zal de specifieke invulling van de vier perspectieven besproken worden om de perspectieven zo goed mogelijk in te laten spelen op de toegenomen concurrentie. Deze invulling bestaat onder andere uit KPI's (Key Performance Indicators). Om de performance van een organisatie goed te kunnen meten is het van belang dat daar de juiste indicatoren voor worden gebruikt, een serie van KPI's die de performance van een organisatie goed reflecteren zorgt er namelijk voor dat de performance measurement van een onderneming optimaal ingericht wordt (Wu, 2012).

5.2.1 = Het 'customer perspective'

Het 'customer perspective' richt zich op klant, in het geval van gezondheidsorganisaties: de patiënt. Zoals Kaplan en Norton al beschreven hebben is het vaak de missie van de organisatie (in combinatie met het 'customer perspective') die bepaalt welke kant de organisatie zich op zal bewegen (Kaplan & Norton, 2001). De missie van de organisatie is vaak gericht op de patiënt en het verbeteren van de ervaringen die de patiënt met de organisatie, bijvoorbeeld een kortere wachttijd heeft een positieve uitwerking op de ervaring van de patiënt. Dit draagt namelijk bij aan een grotere mate van klanttevredenheid, wat een goede KPI is voor het 'customer perspective'.

Naast de kortere wachttijd heeft de kwaliteit van de behandeling ook een positieve invloed op de klanttevredenheid, des te beter de behandeling, des te minder klachten er volgen. Samen met het gegeven uit hoofdstuk 3 dat de kwaliteitscontroles een belangrijke plaats innemen binnen de gezondheidszorg zorgt dat er dus voor dat gezondheidsorganisaties zelf de kwaliteit van de behandelingen goed moeten monitoren. Positieve uitkomsten bij onderzoeken, zoals bijvoorbeeld de AD ziekenhuizentest, zorgen er namelijk voor dat patiënten eerder voor het ziekenhuis kiezen. Bijbehorende KPI's bij dit punt zullen verder behandeld worden in de paragraaf 'Internal Business Process perspective'.

Ziekenhuizen kunnen dus op allerlei manieren bijdragen aan de klanttevredenheid van de consument, maar de KPI's die bijdragen aan de klanttevredenheid zullen in de andere perspectieven besproken worden. De KPI's die ziekenhuizen kunnen implementeren in het 'customer perspective', zijn de eerder genoemde mate van klanttevredenheid, maar ook de mate waarin de patiënt het ziekenhuis zou aanraden bij bekenden of familie is van belang. Als laatste is het interessant om te kijken naar het aantal patiënten dat het ziekenhuis heeft bezocht in vergelijking met andere ziekenhuizen, als dit getal groeit, gaat het ziekenhuis goed mee met de concurrentie en presteert het dus beter in verhouding met de rest.

5.2.2 = Het 'financial perspective'

Binnen het 'financial perspective' zullen de organisaties zich met name focussen op de financiële performance en de daarbij behorende aspecten. Door de toename van de concurrentie focussen organisaties in de gezondheidszorg zich namelijk steeds meer op dit perspectief, ze worden er min of meer toe gedwongen. Om te overleven moeten ziekenhuizen zich steeds meer gaan gedragen als een bedrijf dat is gefocust op het maken van winst.

Een hogere winst kan door ziekenhuizen bereikt worden door het verlagen van de kosten of het verhogen van de opbrengsten. Een KPI die voor het verlagen van de kosten gebruikt kan worden is de kostenverlaging vergeleken met vorig jaar voor dezelfde DBC. Veel ziekenhuizen werken met de DBC's en moeten hier ook hun voornamelijke opbrengst uithalen. Deze DBC's staan voor een vast bedrag aan opbrengsten, om hier meer winst uit te halen zullen de kosten dus verlaagd moeten worden.

Het verhogen van de opbrengsten kan door de ziekenhuizen gedaan worden door bijvoorbeeld meer contracten met zorgverzekeraars af te sluiten, vaak leiden deze contracten namelijk tot meer patiënten en dus meer behandelingen. Deze extra behandelingen betekenen extra inkomsten door middel van de DBC's. Een KPI om dit te kunnen meten is (de toename in) het aantal afgesloten contracten met zorgverzekeraars.

Als laatste kunnen zorgverleners onderling informatie delen met betrekking tot kosten en deze vergelijken met elkaar. Zo weten ziekenhuizen hoe ze presteren in vergelijking met andere organisaties en waar voor hen potentiële kostenverlagingen aanwezig zijn. Deze aspecten moeten dan verder bekeken worden, zodat daar in vergelijking met andere ziekenhuizen beter gepresteerd kan worden. Een KPI die hierbij geïmplementeerd zou kunnen worden, is de winstmarge per DBC, aangezien de opbrengst per DBC per ziekenhuis hetzelfde is, moet er op kostengebied beter gepresteerd worden.

5.2.3 = Het 'Internal Business Process perspective'

Binnen het 'Internal Business Process perspective' wordt er door de organisatie gekeken hoe zij specifiek de klanttevredenheid kunnen verbeteren op basis van de interne bedrijfsprocessen. Zo wordt er in de missie van het ziekenhuis gerefereerd naar een betere ervaring van de patiënt met het ziekenhuis, wat bijvoorbeeld gerealiseerd wordt door kortere wachttijden. Een KPI die hieraan gekoppeld kan worden zijn de (afname van) wachttijden voor een behandeling, welke thuishoort bij het 'internal business process perspective'.

Bovendien draagt een betere kwaliteit van de dienstverlening bij aan een betere ervaring met de organisatie, met het gevolg dat er meer patiënten naar het ziekenhuis zullen gaan. Een KPI die gebruikt kan worden voor het meten van de kwaliteit is een index van tests die ziekenhuizen met elkaar vergelijken. Maar een ander voorbeeld zou ook kunnen zijn het percentage patiënten die terugkomen met dezelfde klacht na een eerdere behandeling, als dit namelijk een hoog percentage is, moet het ziekenhuis kritisch naar zichzelf kijken op het gebied van de kwaliteit van de behandelingen.

5.2.4 = Het 'learning and growth perspective'

Een van de vlakken waarop competitie wordt gevoerd door organisaties is de arbeidsmarkt, ziekenhuizen willen namelijk de beste en talentvolste artsen in dienst. Kwaliteit is steeds belangrijker geworden voor ziekenhuizen in hun strijd tegen de opkomende concurrentie in de markt van de gezondheidszorg. Deze artsen kunnen aangetrokken worden door het aanbieden van cursussen en een extra focus te leggen op het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden. Er zijn verschillende KPI's die dit kunnen meten, bijvoorbeeld de

uitgaven aan trainingen en cursussen of de uitgaven op het gebied van R&D (Research and Development).

5.3 = Conclusie (het framework)

Deze paragraaf zal een conclusie van de twee voorgaande paragrafen bevatten door middel van het schetsen van een framework met de essentiële aspecten die terug moeten komen in de Balanced Scorecard van organisaties in de gezondheidszorg, willen zij zich wapenen tegen de toename in de concurrentie.

Aspecten	KPI's
Customer Perspective (Mission)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mate van klanttevredenheid</i> • <i>Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i> • <i>Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>
Financial Perspective	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i> • <i>(De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i> • <i>Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>
Internal Business Process Perspective	<ul style="list-style-type: none"> • <i>(Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i> • <i>"Test-index" van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>
Learning and Growth Perspective	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i> • <i>Uitgaven op het gebied van R&D.</i>

Figuur 5: Het 'framework' met essentiële KPI's die ziekenhuizen moeten implementeren om in te spelen op de toenemende concurrentie in de gezondheidszorg

Dit bovenstaande framework zal getoetst worden aan praktijkcases in hoofdstuk 7, hoofdstuk 6 zal eerst een beschrijving geven hoe dit zal gebeuren en hoe deze praktijkcases gekozen zullen worden. Naast de KPI's die in deze tabel staan gegeven kunnen organisaties er voor kiezen om meer KPI's toe te voegen aan hun Balanced Scorecard, dat is geen probleem. De KPI's die hierboven staan beschreven zijn namelijk een 'minimumeis' voor ondernemingen in de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 6: Methodologie

6.1 = Het zoeken naar literatuur

Het onderzoek naar de concurrentie in de gezondheidszorg in combinatie met de implementatie van de balanced scorecard in de gezondheidszorg zal gedaan worden door middel van literatuuronderzoek. Dit literatuuronderzoek is gericht op theoretisch en empirisch onderzoek naar dit onderwerp. De hoofdstukken 2 tot en met 5 zijn geschreven met behulp van het theoretische literatuuronderzoek, hoofdstuk 7 zal geschreven worden met behulp van empirisch literatuuronderzoek.

De literatuur voor dit onderzoek zal verkregen worden met de hulp van de universiteitsbibliotheek en Google Scholar, enkele zoektermen die in dit onderzoek gebruikt zullen worden zijn 'competition in healthcare', 'balanced scorecard in healthcare' en 'implementation balanced scorecard healthcare'.

Aan het begin van het theoretische literatuuronderzoek was de zoektocht naar literatuur vooral gericht op 'topjournals', maar naarmate het onderzoek vorderde is ook meer gezocht naar minder bekende journals, om toch geen meningen over het hoofd te zien die een invloed kunnen hebben op de uitkomst van de scriptie.

Tijdens het empirische literatuuronderzoek lag de focus vooral op casestudy materiaal aan de hand van essays en papers, dat gericht is op de implementatie van de Balanced Scorecard in de gezondheidszorg. Tijdens het zoeken naar deze praktijkcases is als eerste gekeken naar de geografische ligging in combinatie met de toepasbaarheid van de verzamelde theoretische literatuur, de theoretische literatuur is vooral afkomstig uit Noord-Amerika, het Verenigd Koninkrijk en Nederland, dit zorgt er voor dat de zoektocht naar casestudy materiaal daar ook op gericht zal zijn. Verder is gekeken naar het aantal citaties van het artikel en de impact score van het journal waar het artikel in staat.

6.2 = Het gebruik van empirische literatuur

Na het vinden van de juiste praktijkcases worden deze vergeleken met het framework omschreven in de conclusie van hoofdstuk 5. Op deze manier kan er gekeken worden of de ziekenhuizen zich op de juiste manier wapenen tegen de toename van de concurrentie via de implementatie van de Balanced Scorecard.

Als eerste wordt de volgorde van de perspectieven aangegeven in het framework vergeleken met de volgorde aangegeven in de case study, na deze vergelijking worden de KPI's (Key Performance Indicators) van het framework vergeleken met de KPI's die de organisatie gebruikt in de Balanced Scorecard. Deze moeten grotendeels overeen komen met elkaar voor een positief advies. Nadat deze vergelijking voor alle ziekenhuizen is gemaakt zal er een algemeen advies geschreven worden voor ziekenhuizen dat algemene opmerkingen bevat, wat zorgt voor een algemene bijdrage in de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 7: De Balanced Scorecard in de praktijk: wapenen gezondheidsorganisaties zich tegen de toenemende concurrentie?

In dit hoofdstuk zal het gevonden empirisch casestudy materiaal besproken worden, alle cases zullen afzonderlijk van elkaar besproken worden. Eerst zal er per case een korte inleiding gegeven worden over de organisatie, waarna de volgorde van de perspectieven besproken zal worden in vergelijking met de volgorde van het framework. Als laatste zullen de KPI's van het framework vergeleken worden met de KPI's van de Balanced Scorecards van het casestudy materiaal.

7.1 = Case 1: Barberton Citizens Hospital, Barberton

7.1.1 = Inleiding

De case van het Barbeton Citizens Hospital is uitgekozen omdat het een ziekenhuis uit de Verenigde Staten is, dit is in lijn met het theoretische framework van deze scriptie. Bovendien schrijven Josey en Kim in hun onderzoek dat er mede door de toenemende concurrentie voor is gekozen om de Balanced Scorecard te gaan gebruiken (Josey & Kim, 2008), dit geeft aan dat deze case bruikbaar is voor deze scriptie.

Het Barberton Citizens Hospital (BCH) is een ziekenhuis dat 311 bedden telt en acute gezondheidszorg levert op veel medische gebieden. De organisatie is bijna het hele bestaan een non-profit organisatie geweest, vanaf de oprichting in 1915 namelijk, tot het in 1995 werd overgenomen door een for-profit bedrijf (Josey & Kim, 2008). Verder liggen er in de nabije omgeving (binnen 16 kilometer) twee grote ziekenhuizen en neemt het aantal inwoners in de omgeving af, wat er voor zorgt dat er een competitieve omgeving is.

7.1.2 = Volgorde van de perspectieven

De perspectieven die het BCH gebruikt bij het ontwerp van de Balanced Scorecard zijn 'People', 'Service', 'Quality', 'Financial' en 'Growth', deze zijn ook in deze volgorde geordend. Als we deze volgorde vergelijken met die van het framework kunnen we ze als volgt naast elkaar zetten:

Framework	Balanced Scorecard BCH
Customer Perspective (Mission)	People Perspective
Financial Perspective	Service Perspective
Internal Business Process Perspective	Quality Perspective
Learning and Growth Perspective	Financial Perspective
	Growth Perspective

Figuur 6: Een vergelijking tussen de (volgorde van de) perspectieven binnen de Balanced Scorecard van BCH en het framework uit hoofdstuk 5.

Bij een vergelijking van de bovenstaande kolommen valt op dat de Balanced Scorecard van BCH een perspectief meer bevat dan het framework, daarentegen komen de perspectieven wel grotendeels overeen met elkaar. Zo is in beide kolommen het 'Financial' perspectief aanwezig en kan het 'Growth Perspective' aan 'Learning and Growth' gelinkt worden. Het 'Internal Business Process Perspective' lijkt op het 'Quality Perspective', het draait om de kwaliteit van de processen en het verbeteren daarvan. Het 'Customer Perspective' en het

'Service Perspective' kunnen ook aan elkaar gelinkt worden, het klantenperspectief is namelijk ook gericht op het leveren van service aan de patiënten, net zoals het 'Service Perspective'. Het 'People Perspective' blijft dan over, dit perspectief is gericht op het personeel, hun salaris, maar ook hun trainingen en zou dus kunnen vallen onder 'Learning and Growth', maar ook onder het 'Internal Business Process' perspectief (Josey & Kim, 2008).

Nu inhoudelijk meer duidelijkheid is over de perspectieven die door BCH worden gebruikt bij de implementatie van de Balanced Scorecard kunnen de perspectieven vergeleken worden qua plaatsing met het framework. Het 'Growth' perspectief staat op de juiste plek, namelijk onderaan. Het 'Financial' perspectief is te laag geplaatst, deze zou hoger geplaatst moeten worden. Het 'Quality' perspective is ongeveer goed geplaatst in het midden, in het framework staat deze op de derde plaats van de vier perspectieven. Het 'Service' perspectief staat als tweede geplaatst en het 'People' perspectief daarboven, in het framework staat het 'Customer Perspective' bovenaan. De twee perspectieven zouden dus omgedraaid moeten worden, eerst 'Service' dan 'People'. Dit zorgt er namelijk voor dat de focus meer op de klant komt te liggen, zoals in het framework is bepaald.

7.1.3 = KPI's

De KPI's die door BCH gebruikt worden zullen nu getoetst worden aan de KPI's die genoemd zijn in het framework van hoofdstuk 5. De resultaten staan in onderstaande tabel:

KPI's uit het framework:	Aanwezig bij BCH?
<i>Mate van klanttevredenheid</i>	Ja
<i>Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i>	Ja
<i>Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>	Nee
<i>Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i>	Nee
<i>(De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i>	Nee
<i>Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>	Nee
<i>(Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i>	Nee
<i>"Test-index" van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>	Nee, maar wel kwaliteitscontrole in vergelijking met andere ziekenhuizen
<i>Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i>	Nee
<i>Uitgaven op het gebied van R&D.</i>	Nee

Figuur 7: Een toetsing van de aanwezigheid van de KPI's van het framework in de Balanced Scorecard van BCH.

Als er een vergelijking gemaakt wordt tussen de KPI's uit het framework en die van BCH valt op dat er maar 2 KPI's overeenkomen en de kwaliteit in vergelijking met andere ziekenhuizen voor de helft. Deze wordt namelijk niet uitgevoerd door een onafhankelijk bureau, maar er worden cijfers vergeleken die de ziekenhuizen zelf indienen. Dit is minder betrouwbaar en een bron die snel invloed heeft van subjectiviteit, ziekenhuizen kunnen namelijk hun cijfers makkelijker manipuleren. BCH zou dus extra KPI's kunnen implementeren gericht op het aantrekken van personeel door middel van trainingen, cursussen en R&D, ook zouden ze zich meer kunnen focussen op kostenreductie (zij het dan wel of niet in combinatie met DBC's).

7.1.4 = Conclusie

Bij de implementatie van de Balanced Scorecard heeft Barberton Citizens Hospital niet genoeg rekening gehouden met de toename in concurrentie. Terwijl de onderzoekers geprobeerd hebben de Balanced Scorecard in te vullen naar aanleiding van de toenemende concurrentie is dit niet helemaal gelukt, alhoewel er wel een goed begin is gemaakt. De ordening van de perspectieven is goed, behalve dat het 'People' perspectief een plaats lager hoort, overigens is dit perspectief wel een goede toevoeging aan het geheel van de perspectieven.

Op het gebied van de KPI's liggen er verbeterpunten, de score van 2.5 KPI's die overeenkomen met de 10 KPI's die het framework aanbiedt is te laag. Het ziekenhuis kan hier beter op inspelen. Op het gebied van R&D (het 'Learning and Growth Perspective') valt er winst te behalen voor Barberton Citizens Hospital. Zij kunnen hier de twee KPI's uit het framework implementeren om zo in te spelen op de vraag van eventueel toekomstig personeel naar goede onderzoeksfaciliteiten. Verder kan BCH zich actiever mengen in de concurrentiestrijd door een grotere focus te plaatsen op de KPI's uit het 'Financial Perspective', zoals 'Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere ziekenhuizen)'.

7.2 = Case 2: Community Memorial Hospital, Wisconsin

7.2.1 = Inleiding

Het Community Memorial Hospital of Menomonee Falls (CMH) in Wisconsin (VS) is een non-profit ziekenhuis dat beschikt over 208 bedden. Het ziekenhuis heeft verschillende wetswijzigingen met betrekking tot de toenemende concurrentie voorbij zien komen. Een voorbeeld hiervan is de eliminatie van het 'certificate-of-need' in 1992, wat er voor zorgde dat je zonder dat certificaat zorg kon gaan verlenen (Stewart & Bestor, 2000). Dit zorgde voor een toename in concurrentie voor het CMH.

Stewart en Bestor geven geen invulling voor de Balanced Scorecard van CMH, maar uit de case is af te leiden waar volgens de onderzoekers de focus van het ziekenhuis op moet komen te liggen bij het implementeren van de Balanced Scorecard.

7.2.2 = Volgorde van de perspectieven

Het CMH gebruikt niet de vier gebruikelijke perspectieven die Kaplan en Norton gebruiken in hun versie van de Balanced Scorecard, maar zij maakt gebruik van 4 groepen 'stakeholders': personen die een belang bij de onderneming hebben. Deze stakeholders zijn de volgende: 'Employees', 'Physicians', 'Payers' en 'Patients'.

Perspectieven Framework	Stakeholders CMH
Customer Perspective (Mission)	Patients
Financial Perspective	Physicians
Internal Business Process Perspective	Employees
Learning and Growth Perspective	Third-party payers

Figuur 8: Een vergelijking tussen de (volgorde van de) stakeholders binnen de Balanced Scorecard van CMH en de perspectieven van het framework uit hoofdstuk 5.

Verder hebben Stewart en Bestor in hun onderzoek vermeldt dat het CMH de missie van de organisatie erg belangrijk vindt en dat men zich, naar de wensen van de patiënt zich

daardoor laat leiden bij het maken van strategische doelen en plannen (Stewart & Bestor, 2000).

De focus op 'stakeholders' in plaats van de perspectieven van Kaplan en Norton kan natuurlijk niet volledig met elkaar vergeleken worden, maar een kleine vergelijking kan wel meer inzichten geven over de belangrijkste overeenkomsten en verschillen bij de implementatie van de Balanced Scorecard bij CMH.

Als eerste valt op dat CMH zich eigenlijk nagenoeg niet focust op het 'Financial Perspective', de enige stakeholder die binnen dit perspectief past is 'Third-party payers' maar dit is geen perfecte afspiegeling van dit perspectief. We kunnen wel de stakeholder patiënten zien als de groep die het 'Customer' perspectief vertegenwoordigt. 'Employees' en 'Physicians' passen met sommige elementen binnen de perspectieven 'Internal Business Process' en 'Learning and Growth', maar deze perspectieven houden veel meer in dan enkel het personeel. Daardoor gaat CMH dus voorbij aan de essentie van deze twee perspectieven door enkel die kant te belichten.

Kijkend naar de ordening van de stakeholders gezien de toename van de concurrentie en in vergelijking met het framework uit hoofdstuk 5 kan gezegd worden dat CMH een goede ordening heeft gemaakt, de patiënt staat namelijk bovenaan, net als het 'Customer Perspective' en gezien de concurrentie in onder andere 'physician-dominated' markten (zie hoofdstuk 4) is het ook goed dat de 'Physicians' boven de 'Employees' staan, kwalitatief goede artsen zijn namelijk schaarser dan kwalitatief ander personeel. Dit verdient extra aandacht, aangezien iedere organisatie in de concurrentiestrijd het beste personeel wil hebben. Als laatste staan de 'Third-party payers' onderaan, zij hebben zeker een belangrijke functie (zie hoofdstuk 3) maar de andere stakeholders hebben meer invloed op de bedrijfsvoering en zorgen toch voor meer winst.

7.2.3 = KPI's

De KPI's die door CMH gebruikt worden zullen nu getoetst worden aan de KPI's die genoemd zijn in het framework van hoofdstuk 5. De resultaten staan in onderstaande tabel:

KPI's uit het framework:	Aanwezig bij CMH?
<i>Mate van klanttevredenheid</i>	Ja
<i>Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i>	Nee
<i>Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>	Nee
<i>Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i>	Nee
<i>(De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i>	Nee
<i>Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>	Ja
<i>(Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i>	Nee
<i>"Test-index" van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>	Nee
<i>Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i>	Nee
<i>Uitgaven op het gebied van R&D.</i>	Nee

Figuur 9: Een toetsing van de aanwezigheid van de KPI's van het framework in de Balanced Scorecard van CMH.

Bij een vergelijking tussen de KPI's die CMH gebruikt bij de implementatie van de Balanced Scorecard en de KPI's uit het framework valt op dat er maar 2 overeenkomsten zijn. CMH

zou dus extra KPI's kunnen invoeren met betrekking tot de uitgaven op het gebied van R&D en cursussen, maar er zou ook gekeken kunnen worden naar de kwaliteit van CMH in vergelijking met andere ziekenhuizen door de 'Test-index'. Verder zou naast de winstmarge per DBC (in het geval van CMH DRG) ook de kostenverlaging per DRG gemeten kunnen worden, dit kan een goed inzicht geven waar het ziekenhuis kostentechnisch staat ten opzichte van vorige jaren.

7.2.4 = Conclusie

CMH had zich bij de implementatie van de Balanced Scorecard beter kunnen wapenen tegen de toenemende mate van concurrentie. Dit komt onder andere voort uit het gebruik van 'Stakeholders' in plaats van de perspectieven die door Kaplan en Norton zijn gebruikt bij hun ontwerp van de Balanced Scorecard. Dit zorgt er namelijk voor dat CMH te weinig rekening houdt met het financiële aspect van de bedrijfsvoering, wat ook terugkomt in het aantal KPI's dat overeenkomt met de KPI's van het framework.

Twee van de tien KPI's uit het framework worden gebruikt door CMH, dit zijn er te weinig, met deze implementatie van de Balanced Scorecard komen ze kracht te kort om zich accuraat te kunnen wapenen tegen de toename van concurrentie. Er moet meer focus komen op KPI's die zich richten op het financiële aspect van de organisatie, maar zeker ook op het gebied van het creëren van de ideale onderzoekssfeer voor eventuele nieuwe artsen.

7.3 = Case 3: The Capital Care Group, Alberta

7.3.1 = Inleiding

The Capital Care Group (TCCG) is de grootste zorgverlener in de particuliere sector in Canada en heeft 1700 cliënten verdeeld over 11 vestigingen in de regio van Edmonton in Alberta (Schalm, 2008). The Capital Care Group is een organisatie die langdurige zorg verleent aan ouderen en gehandicapten, het is geen ziekenhuis, maar meer een zorginstantie. Hierdoor past deze case zeker binnen de range van het onderzoek, aangezien deze scriptie zich niet puur focust op ziekenhuizen, maar meer de gezondheidszorg in het algemeen.

TCCG is overgestapt naar de Balanced Scorecard met als doel de organisatie gefocust houden op de prioriteiten bij het versterken van connecties tussen strategieën op het gebied van human resources en het financiële management. Een ander doel was het verbeteren van de inspanningen in het herzien en aanpassen van strategieën.

7.3.2 = Volgorde van de perspectieven

TCCG maakt gebruik van vijf perspectieven in plaats van de vier perspectieven uit het framework. Dit zijn de perspectieven 'Clients', 'Stakeholders', 'Community Partnerships', 'Internal Processes' en 'People, Learning and Research' (Schalm, 2008). In de onderstaande tabel wordt de ordening van deze perspectieven vergeleken met de ordening van de perspectieven uit het framework van tabel 5.

Het 'People, Learning and Research' perspectief kan gezien worden als het 'Learning and Growth' perspectief en het 'Internal Processes' perspectief kan gezien worden als een equivalent van het 'Internal Business Process' perspectief. Het 'Clients' perspectief lijkt op het 'Customer Perspectief', deze zijn immers beiden gericht op de patiënt. In de perspectieven die door TCCG zijn geïmplementeerd komt weinig van het 'Financial'

perspectief terug, de perspectieven ‘Stakeholders’ en ‘Community Partnerships’ zijn namelijk minder financieel gericht, maar meer sociaal, op betere contacten met bijvoorbeeld andere zorginstanties en familie van cliënten. Wel is het perspectief ‘Stakeholders’ gericht op de verschaffers van vermogen van de onderneming, dus is het afgeven van een positief financieel geluid wel van belang.

Perspectieven Framework	Perspectieven TCCG
Customer Perspective (Mission)	Clients
Financial Perspective	Stakeholders
Internal Business Process Perspective	Community Partnerships
Learning and Growth Perspective	Internal Processes
	People, Learning and Research

Figuur 10: Een vergelijking tussen de (volgorde van de) perspectieven binnen de Balanced Scorecard van TCCG en het framework uit hoofdstuk 5.

De ordening van deze vijf perspectieven, gegeven hun aanwezigheid, kan nu nog geëvalueerd worden. Als we deze namelijk vergelijken met het framework zien we dat de onderste twee en de bovenste perspectieven overeen komen. Alleen in plaats van het ‘Financial’ perspectief heeft TCCG gebruikt gemaakt van de perspectieven ‘Stakeholders’ en ‘Community Partnerships’. Er kan dus geconcludeerd worden dat TCCG, gegeven de perspectieven die zij tot hun beschikking hebben, de juiste ordening hebben gemaakt.

7.3.3 = KPI's

De KPI's die door CMH gebruikt worden zullen nu getoetst worden aan de KPI's die genoemd zijn in het framework van hoofdstuk 5. De resultaten staan in onderstaande tabel:

KPI's uit het framework:	Aanwezig bij TCCG?
<i>Mate van klanttevredenheid</i>	Ja
<i>Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i>	Ja
<i>Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>	Nee
<i>Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i>	Nee
<i>(De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i>	Nee
<i>Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>	Nee
<i>(Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i>	Nee
<i>“Test-index” van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>	Nee
<i>Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i>	Nee
<i>Uitgaven op het gebied van R&D.</i>	Nee

Figuur 11: Een toetsing van de aanwezigheid van de KPI's van het framework in de Balanced Scorecard van TCCG.

Bij het bekijken van de tabel valt op dat TCCG maar twee van de tien KPI's uit het framework geïmplementeerd heeft in de Balanced Scorecard van hun organisatie. TCCG schiet vooral tekort op het financiële vlak van de KPI's in de implementatie van de Balanced Scorecard. Als we namelijk naar de 29 KPI's kijken die TCCG heeft geïmplementeerd zien we dat er twee te maken hebben met het financiële vlak, deze hebben betrekking op de kosten per dag van behandeling met langdurige zorg, deze KPI's zijn niet bruikbaar in vergelijking met framework, maar kunnen wel aanvullende informatie geven. Verder zou TCCG meer KPI's moeten introduceren die een vergelijking maken met de prestaties van andere instanties,

TCCG zou bijvoorbeeld hun kwaliteit kunnen vergelijken door middel van de 'Test-index', of de winstmarge.

7.3.4 = Conclusie

Over het algemeen heeft TCCG de Balanced Scorecard op een juiste manier geïmplementeerd met betrekking tot de toenemende concurrentie, vooral op het gebied van de perspectieven en hun ordening. Wat wel opvalt wanneer de Balanced Scorecard geëvalueerd wordt is het gebrek aan financiële focus van het TCCG in hun dagelijkse bedrijfsvoering. Dit komt tot uiting in het missen van een financieel gericht perspectief tussen de perspectieven, maar ook tot het missen van voldoende KPI's op het gebied van financiële zaken, zoals kostenverlaging per DBC of winstmarge. Ook zou er meer aandacht gegeven kunnen worden aan het aantal patiënten, of uitgaven aan trainingen en cursussen, door zo een aantrekkelijke werkomgeving te creëren voor personeel.

7.4 = Case 4: Een Primary Care Trust uit Bradford

7.4.1 = Inleiding

De informatie van deze case is afkomstig uit een onderzoek, gedaan door Radnor en Lovell, in opdracht van Bradford Health Action Zone (HAZ). HAZ is een combinatie van verschillende ziekenhuizen uit de buurt van Bradford, in het Verenigd Koninkrijk. De onderzoekers hebben enkele Balanced Scorecards uit de Bradford HAZ onderzocht en een daarvan is beschreven in dit paper, er is niet precies aangegeven om welk ziekenhuis het gaat (Radnor & Lovell, 2003).

De beschreven Balanced Scorecard is van een Primary Care Trust (PCT), welke besloten heeft over te stappen op de Balanced Scorecard door extra regelgeving vanuit de overheid. Deze extra regelgeving hield in dat er een hogere vraag voor verantwoording en een door de overheid geïnsinuerde herstructurering kwam.

7.4.2 = Volgorde van de perspectieven

Het PCT kent net als het framework vier perspectieven, deze perspectieven hebben alleen niet dezelfde benaming, namelijk 'Client Perspective', 'Learning and Growth Perspective', 'Internal Process Perspective' en 'Cost Perspective' (Radnor & Lovell, 2003). In onderstaande tabel staan de perspectieven van het framework uit figuur 5 naast de perspectieven uit de Balanced Scorecard van PCT.

Perspectieven Framework	Perspectieven PCT
Customer Perspective (Mission)	Client Perspective
Financial Perspective	Learning and Growth Perspective
Internal Business Process Perspective	Internal Process Perspective
Learning and Growth Perspective	Cost Perspective

Figuur 12: Een vergelijking tussen de (volgorde van de) perspectieven binnen de Balanced Scorecard van PCT en het framework uit hoofdstuk 5.

Als we de perspectieven vergelijken zien we dat het 'Client' perspectief hetzelfde inhoudt als het 'Customer' perspectief. Het 'Learning and Growth' perspectief komt letterlijk overeen met elkaar en 'Internal Process' komt overeen met 'Internal Business Process'. Het 'Financial' perspectief valt gedeeltelijk samen met het 'Cost' perspectief, alleen, het enkel

kijken naar kosten is te kortzichtig. Er kan namelijk ook een hogere winst behaald kan worden door extra opbrengsten in plaats van enkel een kostenverlaging.

De ordening van de perspectieven in de Balanced Scorecard van PCT komt niet overeen met de ordening van de perspectieven in het framework. Behalve het 'Customer Perspective' komt namelijk geen van de andere perspectieven overeen. PCT besteedt namelijk te weinig aandacht aan het financiële aspect, gezien de laagste plaats voor het 'Cost Perspective' in het overzicht. Dit perspectief moet hoger geplaatst worden op de Balanced Scorecard van PCT, het financiële perspectief speelt immers een belangrijke rol in de concurrentie in de gezondheidszorg. Het 'Internal Process' perspectief moet boven het 'Learning and Growth' perspectief geplaatst worden, voor het bereiken van betere bedrijfsprocessen zijn namelijk de trainingen nodig uit het laatstgenoemde perspectief (zie ook hoofdstuk 2). Concluderend, PCT had een betere ordening kunnen maken gegeven de perspectieven die zij gebruiken bij de implementatie van de Balanced Scorecard.

7.4.3 = KPI's

De KPI's die door PCT gebruikt worden zullen nu getoetst worden aan de KPI's die genoemd zijn in het framework van hoofdstuk 5. De resultaten staan in onderstaande tabel:

KPI's uit het framework:	Aanwezig bij PCT?
<i>Mate van klanttevredenheid</i>	Ja
<i>Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i>	Nee
<i>Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>	Nee
<i>Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i>	Nee
<i>(De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i>	Nee
<i>Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>	Nee
<i>(Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i>	Nee
<i>"Test-index" van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>	Nee
<i>Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i>	Nee
<i>Uitgaven op het gebied van R&D.</i>	Nee

Figuur 13: Een toetsing van de aanwezigheid van de KPI's van het framework in de Balanced Scorecard van PCT.

Na het bestuderen van de tabel blijkt dat PCT maar een van de tien KPI's heeft geïmplementeerd in haar Balanced Scorecard. PCT zou beter op de toenemende concurrentie in kunnen spelen door extra aandacht te besteden aan onder andere het 'Learning and Growth' perspectief en haar KPI's, uitgaven op het gebied van R&D, trainingen en cursussen. Ook moet er meer aandacht komen voor het financiële perspectief en haar KPI's, bijvoorbeeld de winstmarge of kostenverlaging per DBC (DRG). Als laatste moet er meer aandacht komen voor kwaliteit en kwantiteit, in de vorm van het aantal patiënten, of de uitkomst van de 'test-index'.

7.4.4 = Conclusie

Bij de implementatie van de Balanced Scorecard heeft deze PCT niet genoeg rekening gehouden de concurrentie, dit blijkt uit de volgorde van de perspectieven, maar ook uit de keuze van de KPI's. Zo zouden de perspectieven anders geordend moeten worden en moet er meer aandacht komen voor het financiële perspectief, dat nu enkel kostengericht is. De KPI's moeten zich meer focussen op het financiële perspectief en daarnaast meer aandacht

besteden aan het creëren van een ideale werk- en studeergelegenheid voor jonge, talentvolle artsen, deze zullen daar namelijk door aangetrokken worden.

7.5 = Conclusie

In deze paragraaf zal een conclusie over dit hoofdstuk getrokken worden door middel van het opdelen van het framework in twee delen: de ordening van de perspectieven en de KPI's. Dit zal op dezelfde manier gebeuren als tijdens de behandeling van de cases: het framework zal vergeleken worden met de uitkomst van de cases en er zal nu een algemene conclusie getrokken worden. In onderstaande figuur staan de perspectieven uit het framework gegeven, met bijgevoegd de uitkomsten uit de cases.

Framework	Case 1: BCH	Case 2: CMH	Case 3: TCCG	Case 4: PCT
<i>Customer Perspective (Mission)</i>	People Perspective	Patients	Clients	Client Perspective
<i>Financial Perspective</i>	Service Perspective	Physicians	Stakeholders	Learning and Growth Perspective
<i>Internal Business Process Perspective</i>	Quality Perspective	Employees	Community Partnerships	Internal Process Perspective
<i>Learning and Growth Perspective</i>	Financial Perspective	Third-party payers	Internal Processes	Cost Perspective
	Growth Perspective		People, Learning and Research	

Figuur 14: Een overzicht met de perspectieven van de Balanced Scorecard uit het framework van hoofdstuk 5, vergeleken met de perspectieven die door de organisaties uit de case studies geïmplementeerd zijn.

Bij een vergelijking valt op dat bij elke organisatie de klant, patiënt of cliënt bovenaan staat, behalve bij BCH, bij hen staat het 'People Perspective' bovenaan, wat gericht is op het personeel in plaats van de klant. Het 'Financial' perspectief, bijna even belangrijk als het 'Customer' perspectief, is bij alle organisaties fout geïmplementeerd. Het financiële perspectief kan van doorslaggevend belang zijn in de markt van de gezondheidszorg die wordt geteisterd door een toename in concurrentie, het is dan ook verwonderlijk dat de organisaties hier relatief weinig aandacht aan besteden.

De overige twee perspectieven zijn ongeveer hetzelfde geordend voor de overige organisaties, we zien namelijk dat het 'Internal Business Process' perspectief boven het 'Learning and Growth' perspectief staat, case 4 is de enige uitzondering hierop. Dit geeft aan dat de organisaties deze implementeren op de manier zoals het hoort.

Naast de ordening van de perspectieven bestond het framework ook nog uit een deel met 10 belangrijke KPI's die voor de organisaties een basis moesten vormen voor de invulling van de Balanced Scorecard. Als een organisatie veel (>5) van deze KPI's geïmplementeerd heeft in haar Balanced Scorecard kan dat gezien worden als een goede bewapening tegen de toename in concurrentie. Is dit niet het geval, dan zijn er nog verbeterpunten voor de organisatie en deze zullen zo algemeen mogelijk besproken worden. De onderstaande tabel

geeft een overzicht van de KPI's die in het framework van hoofdstuk 5 aanwezig zijn, met

KPI's uit het framework:	Case 1: BCH	Case 2: CMH	Case 3: TCCG	Case 4: PCT
<i>1. Mate van klanttevredenheid</i>	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>2. Raadden patiënten het ziekenhuis aan bij familie en vrienden?</i>	Ja	Nee	Ja	Nee
<i>3. Aantal patiënten in vergelijking met andere organisaties</i>	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>4. Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren</i>	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>5. (De toename in) het aantal contracten met zorgverzekeraars.</i>	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>6. Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)</i>	Nee	Ja	Nee	Nee
<i>7. (Afname van) Wachttijden voor behandelingen</i>	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>8. "Test-index" van testen die de kwaliteit van de organisaties meten.</i>	Nee, maar wel kwaliteitscontrole in vergelijking met andere ziekenhuizen	Nee	Nee	Nee
<i>9. Uitgaven aan trainingen en cursussen.</i>	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>10. Uitgaven op het gebied van R&D.</i>	Nee	Nee	Nee	Nee

daarachter aangegeven of deze aanwezig zijn in de betreffende case.

Figuur 15: Een overzicht met de KPI's uit het framework van hoofdstuk 5, vergeleken met de KPI's die door de organisaties uit de case studies geïmplementeerd zijn.

Wanneer er gekeken wordt naar het aantal KPI's die overeenkomen met het framework valt op dat de score van elke organisatie te laag is om te zeggen dat de organisaties zich goed bewapend hebben tegen de toegenomen concurrentie. Iedere organisatie heeft namelijk minder dan vijf van de KPI's geïmplementeerd in haar Balanced Scorecard.

Verder valt als eerste op dat alle organisaties de eerste KPI: 'Mate van klanttevredenheid' geïmplementeerd hebben, dit is positief, aangezien de klant namelijk centraal moet staan bij de dienstverlening, de klant zorgt er namelijk voor dat er meer winst behaald kan worden. Verder komt naar voren dat twee van de vier instellingen de KPI over het aanraden van het ziekenhuis geïmplementeerd hebben. Dit zorgt er voor dat de organisaties goed scoren op het gebied van KPI's die gericht zijn op het 'Customer Perspective', met als opmerking dat KPI nummer 3 wel geïmplementeerd zou moeten worden, dit zorgt er namelijk voor dat de organisatie hoe het met de groei staat gesteld in vergelijking met andere organisaties.

Van alle andere KPI's is er maar een die een keer geïmplementeerd is door een organisatie, dat is veel te weinig. De organisaties hebben te weinig specifieke KPI's die bijdragen aan een goede strijd tegen de toename in concurrentie. Vooral op het gebied van het 'Financial Perspective' komen organisaties te kort, ook gezien de mate van belangrijkheid van dit perspectief. De organisaties zouden dus de KPI's uit het framework die te maken hebben met het financiële perspectief moeten implementeren, dit gaat dan vooral om de nummers

4, 5 en 6. Deze KPI's geven namelijk een beter inzicht in de financiële positie van de onderneming.

KPI 9 en 10 zijn ook van belang voor het creëren van een interessante en leerzame werkomgeving, dit zorgt er namelijk voor dat jonge, talentvolle artsen en medewerkers sneller voor een bepaalde instantie zullen kiezen. Dit heeft als gevolg dat er een grotere toestroom van patiënten is, deze volgen namelijk ook de kwaliteit van de artsen. Deze extra toestroom van patiënten zorgt er voor dat er hogere opbrengsten en dus een hogere winst gerealiseerd kan worden.

KPI's 7 en 8 zijn, ondanks dat deze nog niet besproken zijn, zeker ook van belang voor de organisaties. Het draait namelijk in de gezondheidszorg meer dan ooit om de kwaliteit van de geleverde zorg, door de toename van aanbieders en de kritische houding van de consument moeten organisaties presteren op het gebied van kwaliteit. Kwaliteit kan naar voren komen in een snelle en adequate behandeling en dus kortere wachttijden. Maar, een ander aspect van kwaliteit komt naar voren door de objectieve 'Test-index', uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie die de kwaliteit van de organisaties bekijkt. Dit is zeker van belang, aangezien ziekenhuis 1 wel gebruik maakt van een kwaliteitscontrole, maar deze is te subjectief, deze wordt namelijk zelf uitgevoerd en ziekenhuizen zullen eerder onjuiste informatie verstrekken richting een concurrent dan richting een onafhankelijk onderzoeksbureau. De implementatie van de KPI's is, ondanks dat dit niet heeft plaatsgevonden wel van degelijk belang voor de organisaties.

Hoofdstuk 8: Conclusie

Door de toename van de concurrentie in de gezondheidszorg zijn er steeds meer bedrijven in de gezondheidszorg die gebruik maken van de Balanced Scorecard. Dit heeft er voor gezorgd dat dit onderzoek is geschreven, aan de hand van de hoofdvraag: *‘Op welke manier gebruiken organisaties in de gezondheidszorg de Balanced Scorecard met betrekking tot de toenemende concurrentie en kan deze manier verbeterd worden?’*. Deze vraag bestaat uit twee delen, namelijk een deel over de wijze waarop organisaties in de gezondheidszorg de Balanced Scorecard gebruiken met betrekking tot de toenemende concurrentie en het deel met daarin de vraag of deze manier verbeterd kan worden.

Tijdens dit onderzoek is een framework geschetst dat aangeeft hoe organisaties zich kunnen wapenen tegen de toename in concurrentie, als bedrijven dit framework implementeren zouden zij goed gewapend moeten zijn. Bij het onderzoeken van case studies is gebleken dat organisaties niet volledig aan dit framework voldoen. Op het gebied van het ordenen van de perspectieven hebben de organisaties zich redelijk goed aangepast naar de toename van de concurrentie, behalve het feit dat het financiële aspect ondergewaardeerd wordt. De organisaties kunnen de manier waarop zij de Balanced Scorecard gebruiken dus verbeteren door het ‘Financial Perspective’ een hogere plaats te geven op de Balanced Scorecard. Het financiële aspect is namelijk een van de motoren waarop een organisatie draait in haar strijd tegen de concurrentie, valt dit aspect namelijk weg, kan de onderneming failliet gaan en heeft zij de strijd met de concurrentie verloren. Een positief aspect van de ordening van de perspectieven is wel dat vrijwel iedere organisatie de klant bovenaan geordend heeft in de ordening van de perspectieven, dit zorgt er voor dat de basis van iedere organisatie goed is.

Naast de ordening van de perspectieven bestond het framework uit 10 Key Performance Indicators (KPI’s) die zijn geordend per perspectief, bij een implementatie van meer dan 5 van de KPI’s heeft een organisatie zich goed gewapend. Geen van de organisaties heeft zich goed gewapend door de implementatie van KPI’s, allen hebben maximaal 2 van de 10 KPI’s geïmplementeerd in hun Balanced Scorecard. Dit kan onder andere verbeterd worden door op het gebied van KPI’s meer te focussen op de KPI’s die te maken hebben met het financiële perspectief. Voorbeelden hiervan zijn de implementatie van de volgende KPI’s: *‘Kostenverlaging per DBC vergeleken met vorige jaren’* en *‘Winstmarge per DBC (in vergelijking met andere organisaties)’*. Een ander voorbeeld voor het verbeteren van de Balanced Scorecard komt voort uit het creëren van een goede, leerzame en stimulerende werkomgeving voor toekomstige en kwaliteitvolle artsen. Dit kan gebeuren door het implementeren van de volgende KPI’s: *‘Uitgaven aan trainingen en cursussen.’* en *‘Uitgaven op het gebied van R&D.’*. Bovenstaande suggesties geven al aan dat momenteel deze KPI’s nog niet genoeg worden geïmplementeerd in de gezondheidszorg, dit heeft het onderzoek naar case study materiaal ook uitgewezen.

Concluderend kan de hoofdvraag *‘Op welke manier gebruiken organisaties in de gezondheidszorg de Balanced Scorecard met betrekking tot de toenemende concurrentie en kan deze manier verbeterd worden?’* als volgt tweeledig beantwoord worden: Aan de ene kant gebruiken organisaties de Balanced Scorecard nog niet op een manier die hen optimaal

wapent tegen de toename in concurrentie. Dit kan onder andere verbeterd worden door extra aandacht voor het financiële perspectief en het implementeren van KPI's die aandacht geven aan een goede, leerzame en stimulerende werkomgeving en het financiële perspectief van de organisatie. Daarentegen is het positief dat organisaties al rekening houden met het 'customer perspective' door de ordening van dit perspectief in de hogere regionen van de Balanced Scorecard. Dit geeft hoop en een positief uitgangspunt voor de toekomst van gezondheidsorganisaties in een markt van toenemende concurrentie. De wapening tegen de toename in concurrentie begint namelijk langzaam vorm te krijgen op een manier die er voor zorgt dat de concurrentie verslagen kan worden.

Hoofdstuk 9: Discussie en Aanbevelingen

Vanwege de tijdslimitatie heeft dit onderzoek zich gericht op vier empirische case studies, in het ideale beeld zonder deze tijdslimitatie had het beter geweest als er meer case studies waren onderzocht. Op deze manier had er een completer beeld gekomen van de implementatie van de Balanced Scorecard in de gezondheidszorg.

Verder onderzoek zou zich kunnen richten op het zelf uitvoeren van empirisch case study onderzoek, dus instanties benaderen en vragen naar hun implementatie van de Balanced Scorecard. Deze methode is kostbaar qua tijd, maar wel waardevol voor een vervolgonderzoek, aangezien de informatie betrouwbaarder is, er is namelijk direct contact met de bron.

Ander vervolgonderzoek zou zich ook kunnen richten op specifieke soorten van concurrentie in combinatie met de Balanced Scorecard. Men bepaald dan eerst welke soort concurrentie er is, bijvoorbeeld 'physician-dominated' en aan de hand daarvan wordt geëvalueerd of de Balanced Scorecard juist is geïmplementeerd.

Bovendien zouden er los van dit onderzoek meer case studies plaats kunnen vinden naar de implementatie van de Balanced Scorecard in de gezondheidszorg, deze zijn er zeldzaam. Een uitbreiding van het aantal cases zou bij kunnen dragen aan de bestaande literatuur en meer inzicht geven over de toepasbaarheid van de Balanced Scorecard in de gezondheidszorg.

Als laatste heeft dit onderzoek zich vooral gericht op Noord-Amerika, het Verenigd Koninkrijk en Nederland, dit zorgt er voor dat die onderzoek niet extern valide is. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op andere delen van de wereld, bijvoorbeeld Azië of Afrika. Bovendien zou er een vervolgonderzoek gedaan worden dat een vergelijking trekt tussen de implementaties van de Balanced Scorecard over de hele wereld. Dit onderzoek zou bovendien de verschillen in de gezondheidszorg over de hele wereld kunnen aankaarten.

Hoofdstuk 10: Bibliografie

- AD. (2017). *AD Ziekenhuis top 100 2017*. Opgehaald van <https://www.ad.nl/redactie/ziekenhuistop100/2017/ziekenhuistop100.html>
- Anthony et al., R. N. (2014). *Management Control Systems*. Berkshire (UK): McGraw-Hill Education.
- Asselman, F. (2008). *Kostprijzen in ziekenhuizen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ax, C., & Bjornenak, T. (2005). Bundling and diffusion of management accounting innovations—the case of the balanced scorecard in Sweden. *Management Accounting Research*, 16(1), 1-20.
- Bloom, N., Popper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2015, April). The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. *The Review of Economic Studies*, 82(2), 457-489.
- CBS. (2009, March 2). *Meer ziekenhuiszorg met minder bedden*. Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2009/10/meer-ziekenhuiszorg-met-minder-bedden>
- Consumentenbond. (2018, May 2). *Contracten met zorgverleners*. Opgehaald van <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/cruciale-vragen-over-contracten-met-zorgverleners>
- Consumentenbond. (2018, February 23). *De kosten van ziekenhuiszorg: dbc's en overige zorgproducten*. Opgehaald van DBC's en overige zorgproducten: <https://www.consumentenbond.nl/zorgkosten/dbc-systeem-voor-kosten-van-ziekenhuiszorg>
- Financieel Dagblad (2017, February 24). *Wij worden oud, de economie vergrijst. Maar dan komt de robot en groeien we weer!* Opgehaald van Wij worden oud, de economie vergrijst. Maar dan komt de robot en groeien we weer!: <https://fd.nl/economie-politiek/1189367/wij-worden-oud-de-economie-vergrijst-maar-dan-komt-de-robot-en-groeien-we-weer>
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Reynolds, K. (2002, May/June). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations / Practitioner's Response. *Journal of Healthcare Management*, 47(3), 179-196.
- Josey, C., & Kim, I.-w. (2008). Implementation of the Balanced Scorecard at Barberton Citizens Hospital. *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, 19(3), 57-63.
- Kaplan, R. S. (1994). Devising a balanced scorecard matched to business strategy. *Planning Review*, 22(5), 15-48.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992, January / February). The Balanced Scorecard - Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Linking the Balanced Scorecard to strategy. *California Management Review*, 39(1), 53-79.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 76.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001, March). *The Strategy-focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive In The New Business Environment* (Vol. 15). Boston, Massachusetts: Harvard University Press.

- Norreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard - a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11, 65-88.
- NPORadio1. (2017, November 15). *AD trekt zich niets aan van kritiek op Ziekenhuis Top 100*. Opgehaald van <https://www.nporadio1.nl/achtergrond/6722-mediaforum-over-lijstjes>
- Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10, 363-382.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004, June). Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 1-13.
- Propper, C., Burgess, S., & Green, K. (2004, July). Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics*, 88(7-8), 1247-1272.
- Radnor, Z., & Lovell, B. (2003). Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service. *Internal Journal of Medical Marketing*, 3(3), 174-188.
- Rijksoverheid. (2018, May 7). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>
- Rijksoverheid. (2018, May 7). *Vraag en antwoord: Ben ik verplicht een zorgverzekering af te sluiten?* Opgehaald van *Is een zorgverzekering verplicht?*: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-een-zorgverzekering-af-te-sluiten>
- Rivers, P. A., & Glover, S. H. (2008). Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. *Journal of Health Organization and Management*, 22(6), 627-641.
- Robinson, J., & Luft, H. (1988). Competition, Regulation and Hospital Costs. *JAMA*, 260(18), 2676-2681.
- Schalm, C. (2008). Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care organization. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(1), 8-14.
- Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2017, February). Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*, 121(2), 103-110.
- Skipr. (2017, May 30). *'Zorgsector in 2018 weer grootste banenmotor'*. Opgehaald van <https://www.skipr.nl/actueel/id30651-zorgsector-in-2018-weer-grootste-banenmotor.html>
- Souissi, M., & Itoh, K. (2006). Implementing the Balanced Scorecard. *Journal of Corporate Accounting Finance*, 57-61.
- Stewart, L. J., & Bestor, W. E. (2000). Applying a Balanced Scorecard to Health Care Organisations. *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, 11(3), 75-82.
- Trotta, A., Cardamone, E., Cavallaro, G., & Mauro, M. (2013). Applying the Balanced Scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework. *The international journal of health planning and management*, 28, 181-201.

- Valiris, G., Chytas, P., & Glykas, M. (2005). Making decisions using the balanced scorecard and the simple multi-attribute rating technique. *Performance Measurement and Metrics*, 6(3), 159-171.
- Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, R. G. (2001). The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics*, 79(3), 13-24.
- Wu, H.-Y. (2012). Constructing a strategy map for banking institutions with key performance indicators of the balanced scorecard. *Evaluation and Program Planning*, 35, 303-320.
- Zwanziger, J., & Melnick, G. A. (1988). The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California. *Journal of Health Economics*, 7(4), 301-320.