

DE STRATEGIE DIE DE ZORG WEER GEZOND MAAKT

Michael Porter en Thomas Lee

GEZONDHEIDSZORG

Waarde moet het overkoepelende doel zijn in de zorg. Bij de inspanningen daartoe moeten de zorginstellingen het voortouw nemen.

De gezondheidszorg gaat niet langer ‘gewoon zijn gangetje’. Wereldwijd hebben zorgstelsels te kampen met stijgende kosten en kwaliteitsverschillen, hoe goed het medisch personeel ook is op geleid, wil presteren en zich inzet. Managers en beleidsmakers in de zorg hebben allerlei deeloplossingen uitgetoetst. Denk aan fraudebestrijding, vermindering van medische fouten, de invoering van richtlijnen voor de medische praktijk, inspanningen om de patiënt tot een betere zorg-‘consument’ maken, de invoering van elektronische patiëntendossiers. Maar het heeft allemaal niet zoveel opgeleverd.

Het is tijd voor een fundamenteel nieuwe strategie.

De kern van die nieuwe strategie is zoveel mogelijk waarde voor de patiënt. Dat wil zeggen: het beste resultaat zien te bereiken tegen de laagste kosten. We moeten het aanbod-gedreven zorgstelsel, georganiseerd rond de activiteiten van de arts, inruilen voor een stelsel dat is gericht op de patiënt en waarin de behoeften van de patiënt centraal staan. Het moet niet langer gaan om het volume en de winstgevendheid van de geleverde diensten – consulten, ziekenhuisopnames, procedures, tests – maar om de resultaten die worden bereikt bij de patiënt. Ook moet worden afgerekend met het huidige versplinterde stelsel waarin iedere lokale zorgverlener een volledig dienstenscala levert. Dat moet worden vervangen door een stelsel waarin diensten voor bepaalde medische aandoeningen zijn geconcentreerd in zorginstellingen die zich bovendien op de juiste locaties bevinden om hoogwaardige zorg te verlenen.

Zo’n transformatie komt niet zomaar even tot stand. Dit vraagt om een alomvattende strategie. Wij spreken van de ‘waarde-agenda’. Deze beoogt een herstructurering van de zorg: hoe de zorgverlening wordt georganiseerd, gemeten en vergoed. Michael Porter en Elizabeth Teisberg hebben deze waarde-agenda in 2006 geïntroduceerd in hun boek *Redefining Health Care*. Sindsdien zijn door middel van ons onderzoek en het werk van duizenden managers in de zorg en wetenschappelijk onderzoekers over de hele wereld de instrumenten ontwikkeld om deze agenda uit te voeren. Deze instrumenten worden nu snel door steeds meer zorginstellingen en andere organisaties toegepast.

De transformatie naar waardegerichte zorg is goed op gang gekomen. Sommige organisaties bevinden zich op specifieke terreinen van zorg nog in het stadium van proefprojecten en initiatieven. Andere organisaties, zoals Cleveland Clinic en het Duitse Schön Klinik, hebben grootscheepse veranderingen gelanceerd waarin allerlei onderdelen van de waarde-agenda zijn opgepakt. Dergelijke initiatieven hebben geleid tot opmerkelijke verbeteringen in resultaten en doelmatigheid, en tot een groeiend marktaandeel.

Hoe de waarde van de zorg moet worden opgevoerd, is niet langer de vraag. De vraag is: welke organisaties zullen de weg wijzen en hoe snel kunnen andere organisaties volgen? Het is een niet te onderschatten uitdaging om een waarde-gerichte organisatie te willen worden. De gevestigde belangen en werkwijzen gaan immers al decennia lang mee. Dit is een transformatie die van binnenuit moet komen. Alleen artsen en zorginstellingen kunnen de in elkaar

grijpende stappen zetten die nodig zijn om meer waarde te leveren. Waarde wordt immers uiteindelijk bepaald door de manier waarop de zorg wordt beoefend. Iedere belanghebbende partij in het zorgstelsel heeft hier echter een rol in. Patiënten, verzekeraars, werkgevers en leveranciers kunnen de transformatie sneller doen verlopen. Zij zullen er allemaal enorm van profiteren als zij dat doen.

BEPALING VAN DE DOELSTELLING

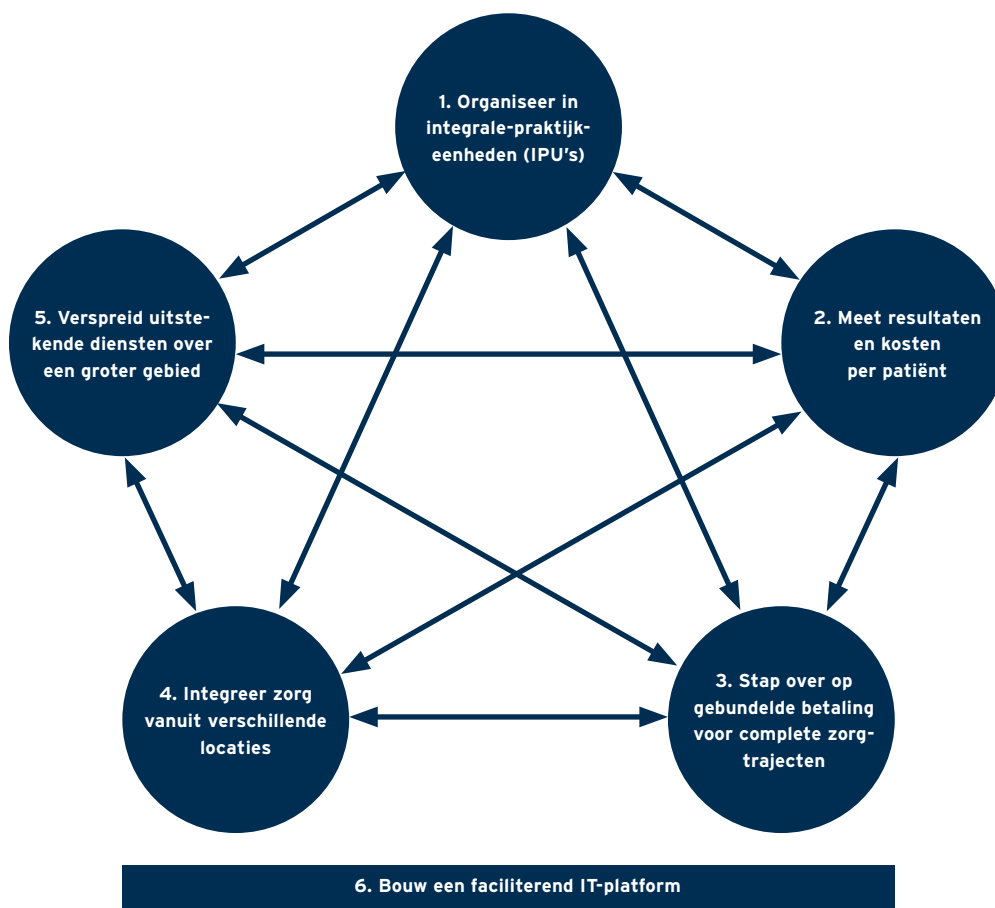
De eerste stap naar de oplossing van welk probleem dan ook is om een passend doel te formuleren. Eerdere hervor-

mingspogingen in de zorg zijn belemmerd doordat het doel niet duidelijk was, of dat zelfs het verkeerde doel werd nagestreefd. Beperkte doelen, zoals een verbetering in de beschikbaarheid van zorg, kostenbeheersing en winstverbetering, hebben de aandacht afgeleid van waar het om moet gaan. Het doel is niet om mensen de beschikking te geven over matige zorg. Het doel is evenmin om toe te geven op kwaliteit teneinde de kosten in de hand te kunnen houden. Winstverbetering strookt op het moment niet met de belangen van de patiënt omdat die wordt bereikt door meer volume te draaien, niet door goede resultaten af te leveren.

Het uiteindelijke doel, waar het zowel voor zorginstellingen als voor iedere andere belanghebbende bij de zorg

FIGUUR 1. DE WAARDE-AGENDA

De strategische agenda voor de ontwikkeling naar een hoogwaardig zorgstelsel bestaat uit zes onderdelen. Deze grijpen in elkaar en versterken elkaar. De grootste winst wordt behaald als aan verschillende onderdelen tegelijk wordt gewerkt.



om hoort te draaien, moet zijn om de waarde voor de patiënt te verhogen. Met 'waarde' bedoelen we dan de voor de patiënt bereikte en relevante zorgresultaten afgezet tegen de kosten die moeten worden gemaakt om die resultaten te behalen. Waardevermeerdering betekent dan ofwel dat een of meer resultaten worden verbeterd zonder dat dat meer kosten met zich meebrengt, of dat de kosten worden gereduceerd zonder dat dit ten koste gaat van resultaten, of zowel het een als het ander.

Het is hierbij essentieel dat topmanagement en directies waarde tot doel verheffen, want de waarde-agenda is een fundamentele breuk met het verleden. Zorginstellingen zijn er weliswaar nooit op *tegen* geweest om betere patiëntresultaten te behalen, maar grotere volumes bij behoud van marges stonden toch altijd centraal. Alle fraaie bewoordingen van de missieverklaringen ten spijt is de echte waardeverbetering blijven liggen. Traditionele methoden van dienstverlening en vergoedingsstructuren, die grotendeels al decennia hetzelfde zijn, hebben het probleem verergerd en hebben geleid tot een stelsel dat een wisselvallige kwaliteit voortbrengt tegen onbeheersbare kosten.

Dat is nu allemaal aan het veranderen. De instanties die de rekeningen betalen staan onder grote druk om de kosten in de hand te houden. Zij verlagen de vergoedingen zoveel ze kunnen en stappen eindelijk over van vaste honoraria voor geleverde diensten naar prestatie-gebonden vergoeding. In de Verenigde Staten is een groeiend deel van de patiënten verzekerd via Medicare en Medicaid, die veel minder vergoeden dan particuliere ziektekostenverzekeringen. Deze druk leidt ertoe dat steeds meer onafhankelijke ziekenhuizen zich aansluiten bij collectieve zorgstelsels en dat steeds meer artsen hun particuliere praktijk/maatschap inruilen voor een loondienstverband bij een ziekenhuis. (Meer hierover in het kader 'Verandering: waarom juist nu?'). Deze hele transformatie zal niet rechttoe-rechtaan verlopen en zal veel tijd vergen. Er breekt nu een lange periode aan waarin zorgverleners met verschillende vergoedingsmodellen en risiconiveaus werken.

In dit klimaat hebben zorginstellingen behoefte aan een strategie die verder gaat dan enkel de traditionele kostenreductie en die inspeelt op nieuwe vergoedingsmodellen. De zorginstelling die betere patiëntresultaten weet te behalen, kan haar marktaandeel uitbreiden. De

zorginstelling die uitstekende zorg doelmatiger weet te verlenen, zal altijd vanuit een sterke positie de contractonderhandelingen kunnen ingaan. De zorginstelling die de waarde weet te verbeteren, zal het beste kunnen concurreren. De zorginstelling, daarentegen, die de waarde niet weet op te voeren, zal steeds meer onder druk komen te staan, ook al heeft die momenteel nog zoveel aanzien en macht. Evenzo zullen zorgverzekeraars die zich niet voluit bekennen tot de waarde-agenda – en dus bijvoorbeeld niet de voorkeur geven aan hoogwaardige zorginstellingen – verzekerden zien overstappen naar maatschappijen die dat wel doen.

VERANDERING: WAAROM JUIST NU?

De meeste ziekenhuizen en maatschappen van artsen maken nog winst. Maar de druk om na te denken over een nieuw strategisch raamwerk is drastisch toegenomen.

Marktwerving dwingt steeds meer ziekenhuizen tot fusies en overnames. In de Verenigde Staten is het aantal ziekenhuisbedden gedaald van drie per duizend inwoners in 1999 naar 2,6 in 2010. Vergoedingen staan onder druk. Het inkomen van artsen is de afgelopen tien jaar niet gestegen en artsen weten dat ze hun gestaag oplopende onkosten niet kunnen compenseren door gewoon harder, sneller of langer te werken. Intussen storten landelijke winkelketens als Walmart, CVS en Walgreens zich op de markt voor eerstelijnszorg: zij openen medische posten in hun vestigingen, waar elementaire medische zorg wordt verstrekt voor tarieven die tot wel veertig procent onder die van een huisarts liggen.

Deze ontwikkelingen doen zich niet alleen voor in de Verenigde Staten, maar in bijna elk nationaal zorgstelsel ter wereld.

Ook de bedrijfseconomische grondslag van de zorg verandert. Het wordt voor zorgverleners steeds moeilijker om de omzet te verhogen op basis van vaste honoraria per geleverde dienst. Vergoedende instanties in de Verenigde Staten (Medicare^a en Medicaid^b) verhogen de vergoedingsniveaus jaarlijks minimaal of zelfs helemaal niet. De meeste zorgverleners maken al tien jaar of nog langer verlies op hun Medicare- en Medic-

aid-patiënten, en die verliezen worden elk jaar alleen maar groter. Het probleem wordt verergerd doordat het aantal patiënten dat is verzekerd via overheidsprogramma's toeneemt: in 2014 zal Medicaid sterk uitbreiden in veel staten (van de VS; vert.) wanneer de Affordable Care Act ('Obama care' in de volksmond; vert.) van kracht wordt. De vergrijzing van de bevolking zorgt er vervolgens tot in lengte van jaren voor dat het aantal patiënten bij Medicare toeneemt. De vergoedingen voor deze patiënten zullen onder druk blijven staan door de krappe budgetten van de deelstaten en de federale overheid. Kortingen op onderzoeksfinanciering vanuit de National Institutes of Health (NIH)^c maken de situatie nog erger voor academisch-medische centra.

Voorheen dekten de zorginstellingen verliezen op Medicare en Medicaid en op onverzekerden door de honoraria voor commerciële ziektekostenverzekeraars te verhogen; vaak wisten ze stijgingen van wel acht of tien procent per jaar te halen. Die tijd is voorbij. Werkgevers proberen hun zorgkosten te verlagen en doen dat door te onderhandelen over zorgtarieven, vergoedingen te verlagen, het eigen risico voor de werknemer te verhogen en patiënten te verplichten om zich voor steeds meer aandoeningen te laten behandelen bij zorginstellingen die lagere tarieven accepteren of betere resultaten behalen. In Californië, bijvoorbeeld, heeft het ambtenarenpensioenfonds CalPERS onlangs in samenwerking met Blue Cross een programma ingevoerd waarbij veel patiënten voor een nieuwe heup of knie uitsluitend terecht kunnen bij ziekenhuizen die de hele procedure voor een vaste totaalprijs uitvoeren. De patiënt die wil worden behandeld in een ziekenhuis naar eigen keuze waar de behandeling duurder is, moet het verschil in prijs zelf bijpassen.

Doordat werkgevers en verzekeraars steeds harder aandringen op transparante tarieven in de zorg, voelen zorginstellingen zich nu gaandeweg gedwongen om moeilijk te rechtvaardigen prijsverschillen uit te leggen – of te elimineren. In onze eigen staat, Massachusetts, kan het tarief voor een MRI-scan van de hersenen variëren van 625 tot 1.650 dollar. En in één enkel ziekenhuis kunnen de tarieven voor één en dezelfde behandeling tot zelfs meer dan vijftig procent

uiteenlopen, afhankelijk van de zorgverzekeraar en het verzekeringspakket van de patiënt.

De patiënt zal steeds meer zelf moeten betalen. Inmiddels heeft ruim tien procent van de Amerikaanse bevolking een ziektekostenverzekering met een hoog eigen risico, en deze groep groeit. Velen van die verzekerden zijn steeds minder bereid of simpelweg niet in staat om de altijd gebruikelijke tarieven van behandelingen te betalen. De zorginstellingen maken verlies en/of lijden imagoschade als ze proberen onbetaalde rekeningen te innen.

Zorginstellingen begrijpen dat als ze niet overschakelen naar een ander model, ze alleen nog maar kunnen hopen dat zij de laatste ijsberg zullen zijn die smelt. Aangezien ze met meer onbetaalde rekeningen blijven zitten en wellicht ook marktaandeel verliezen als ze hun tarieven verhogen, blijft hun geen andere keus dan aantoonbaar de waarde te verbeteren. Eén topmanager formuleerde het onlangs als volgt tegenover ons: 'We hebben onze tarieven jarenlang kunnen verstoppen in verzekeringsproducten. Maar daar komt een eind aan nu steeds meer mensen een hoog eigen risico nemen. We zullen moeten kunnen uitleggen wat de patiënt, de verzekeraar en de werkgever nu precies krijgen voor hun geld.' Hij heeft gelijk.

- a. Medicare: door de Amerikaanse federale overheid verzorgde zorgverzekering voor 65+'ers en jongere mensen met een handicap of een terminale nierziekte; in 2010 in totaal 48 miljoen mensen (vert.; bron: Wikipedia).
- b. Medicaid: door de Amerikaanse federale overheid en deelstaten gefinancierde zorgverzekering voor laagverdieners en minvermogenden (vert.; bron: Wikipedia).
- c. NIH: landelijke agentschap voor medisch onderzoek in de VS, een onderdeel van het federale ministerie voor gezondheid (vert.; bron: NIH).

STRATEGIE VOOR WAARDETRANSFORMATIE

De strategische agenda voor een omslag naar een hoogwaardig zorgstelsel bestaat uit zes onderdelen. Deze zes onderdelen grijpen in elkaar en versterken elkaar. En zo-

als we zullen zien, zal de vooruitgang het grootst zijn en het snelst worden bereikt indien op alle onderdelen tegelijk actie wordt ondernomen (zie figuur 1).

De huidige structuur van de zorg houdt al decennia lang stand omdat ook die structuur berust op een combinatie van elkaar versterkende elementen: organisatie per specialisme met onafhankelijke artsen die een eigen praktijk voeren; 'kwaliteit' afgemeten aan de naleving van voorgeschreven procedures; kostenbeheer bepaald door rekeningen in plaats van kosten; vergoeding op basis van vaste honoraria per dienst met veel kruissubsidie; zorgstelsels met veel herhaling van zetten en weinig integratie; gefragmenteerde patiëntpopulaties, zodat de meeste zorginstellingen geen kritieke aantallen patiënten met een bepaalde aandoening te behandelen krijgen; aparte IT-systemen voor afzonderlijke medische specialismen; enzovoort. Deze hechte structuur verklaart waarom de afzonderlijke verbeteringspogingen die in de loop der jaren zijn ondernomen geen succes hebben gehad en waarom het zoveel oplevert om op verscheidene onderdelen van de strategische agenda tegelijkertijd vooruitgang te boeken.

De strategische agenda bestaat niet uit louter theoretische of radicale onderdelen. Ze worden allemaal al, in verschillende mate, in praktijk gebracht bij uiteenlopende organisaties – van vooraanstaande academisch-medische centra tot ziekenhuizen voor de allerlaagste inkomensgroepen. Er is echter nog niet één organisatie die bij al haar activiteiten de hele waarde-agenda in praktijk heeft gebracht. Elke organisatie kan de waarde voor de patiënt nog verder verhogen – en tot in lengte van dagen.

1. ORGANISEER DE ZORG IN INTEGRALE-PRAKTIJKEENHEDEN (IPU'S)

De kern van de waarde-transformatie is een verandering in de manier waarop het medisch personeel wordt georganiseerd om zorg te verlenen. Het uitgangspunt bij de inrichting van iedere organisatie of onderneming is om

te organiseren rond de klant en de behoefte. Voor de zorg betekent dit een omslag van de huidige hokjesorganisatie met haar specialistische afdelingen en vastomlijnde diensten naar een organisatie rondom de medische situatie van de patiënt. Wij noemen zo'n structuur een 'integrale-praktijkeenheid' (*integrated practice unit*, IPU). In een IPU verzorgt een afgestemd team van zowel medisch als niet-medisch personeel het volledige zorgtraject voor de patiënt met zijn of haar specifieke behandeling.

Een IPU behandelt niet alleen een bepaalde aandoening, maar ook de daarmee gerelateerde aandoeningen, complicaties en omstandigheden die zich daarbij voor-

doen – denk aan nier- en oogaandoeningen bij diabetespatiënten of palliatieve zorg voor patiënten met uitgezaaide kanker. IPU's verzorgen niet alleen de medische behandeling maar betrekken de patiënt en zijn/haar gezin/familie daar ook bij. Dat doen ze bijvoorbeeld door informatie en advies te verstrekken, de patiënt te stimuleren zich te houden aan behandelingsvoorschriften en preventieprotocollen, en hem of haar te helpen met benodigde gedragsveranderingen, zoals stoppen met roken en overgewicht tegengaan.

In een IPU trekken medewerkers geregeld als team met elkaar op om dat ene gemeenschappelijke doel te bereiken: over de gehele linie een zo goed mogelijk eindresultaat behalen voor de patiënt, en dat op de meest doelmatige manier. Zij kennen de aandoening die wordt behandeld dóór en dóór, kennen en vertrouwen elkaar, en coördineren hun inzet soepel om zo min mogelijk tijd en middelen te verspillen. Ze komen geregeld bij elkaar, zowel formeel als informeel, en bespreken gegevens over hun eigen prestaties. Met die gegevens in de hand nemen ze maatregelen om de zorg te verbeteren. Dat doen ze door nieuwe protocollen in te voeren en betere of meer doelmatige manieren te ontwikkelen om de patiënt bij de zorg te betrekken, bijvoorbeeld groepsvisites en virtuele interactie. De leden van een IPU werken bij voorkeur allemaal op dezelfde locatie omwille van de communicatie, de samenwerking en de doelmatigheid voor de patiënt. Maar ze werken ook als team samen wanneer ze vanaf

HOE DE WAARDE
VAN DE ZORG MOET
WORDEN OPGEVOERD,
IS NIET LANGER DE
VRAAG. DE VRAAG IS:
WELKE ORGANISATIES
ZULLEN DE WEG
WIJZEN EN HOE SNEL
KUNNEN ANDERE
ORGANISATIES
VOLGEN?

verschillende locaties opereren (zie kader ‘Wat is een integrale-praktijkeenheid?’).

Neem bijvoorbeeld de zorg voor patiënten met pijn in de onderrug, een van de meest voorkomende en kostbare oorzaken van verzuim en arbeidsongeschiktheid. In de gangbare aanpak krijgt de patiënt stukjes zorg van allerlei soorten medisch personeel; die zorgverleners zijn meestal gevestigd op een aantal verschillende locaties en fungeren eerder als een ad-hoc samengesteld groepje dan als een hechte eenheid. De ene patiënt begint misschien bij de huisarts, een ander bij een orthopedisch chirurg, een neuroloog of een reumatoloog. De volgende stap valt niet te voorspellen. De patiënt wordt misschien doorverwezen naar een andere arts of naar een fysiotherapeut. Hij of zij krijgt misschien een scan (dit kan op elk moment in het hele traject gebeuren – zelfs nog voordat er een arts aan te pas is gekomen). Iedere interactie met een bepaalde zorgverlener staat los van die met de anderen, en niemand coördineert de zorg. Herhaling van zetten, vertraging en ondoelmatigheid zijn bijna onvermijdelijk. Aangezien niemand meet welk patiëntresultaat er wordt behaald, hoe lang het hele zorgtraject duurt of hoeveel de geleverde zorg kost, verbetert de waarde van de zorg nooit.

Vergelijk dat dan eens met de aanpak van de IPU bij het Virginia Mason Medical Center in Seattle. De patiënt met pijn in de onderrug belt een centraal telefoonnummer (206-41-SPINE) en kan bijna altijd dezelfde dag nog langskomen. Het ‘ruggenteam’ koppelt een fysiotherapeut aan een door het bestuur in lichamelijke geneeskunde en rehabilitatie gecertificeerde arts, en meestal ziet de patiënt hen allebei in zijn allereerste consult. Patiënten met een ernstige oorzaak voor de rugklachten, zoals een kwaadaardig gezwel of een infectie, worden snel gediagnosticeerd en gaan een behandelingstraject in dat is afgestemd op de specifieke diagnose. Sommige andere patiënten zullen moeten worden geopereerd en gaan het traject daarvoor in. Voor de meeste patiënten is fysiotherapie echter de meest doeltreffende volgende interventie; hun behandeling begint nog dezelfde dag.

DE GELEVERDE
WAARDE VAN IPU'S IS
OPMERKELIJK: PATIËNTEN
BIJ DE RUGGENKLINIEK
VAN VIRGINIA MASON
(SEATTLE) HEBBEN
DE HELFT MINDER
VERZUIMDAGEN EN
BEZOEKEN AAN DE
FYSIOTHERAPEUT DAN
HET GEMIDDELDE IN DE
REGIO

Virginia Mason probeerde het probleem van een warrig zorgtraject niet op te lossen door coördinatoren aan te stellen die patiënten moesten helpen om hun weg te vinden in het bestaande systeem. Dat is een ‘oplossing’ die niet werkt. In plaats daarvan voerde men er een nieuw systeem in waarbij de zorgverleners nauw met elkaar samenwerken. Het effect op de geleverde waarde is opmerkelijk. Vergeleken met regionale gemiddelden hebben de patiënten bij de ruggenkliniek van Virginia Mason minder verzuimdagen op het werk (4,3 tegen 9 per episode) en hoeven zij minder vaak naar de fysiotherapeut (4,4 in plaats van 8,8 keer). Bovendien is het aantal MRI-scans gedaald met 23 procent sinds de ruggenkliniek in 2005 van start ging. En dat terwijl de behaalde resultaten zijn verbeterd. Betere zorg heeft zelfs gezorgd voor lagere kosten, een aspect waar we later nog op terugkomen. Vir-

ginia Mason heeft ook de omzet weten te verhogen door productiever te worden, en niet door meer consulten te ‘draaien’ en extra te verdienen aan onnodige of herhalende onderzoeken en zorg. Deze kliniek ziet 2.300 nieuwe patiënten per jaar, tegen 1.404 met het oude systeem. Het doet dit allemaal in dezelfde ruimte en met hetzelfde aantal medewerkers.

Overall waar er IPU's zijn, zien we dezelfde prestaties: snellere behandeling, betere patiëntresultaten, lagere kosten en meestal een groter marktaandeel in de behandeling van de aandoening in kwestie. Dergelijke prestaties kunnen echter alleen worden bereikt door het werk te herstructureren. Enkel medewerkers op één plek bij elkaar zetten of een bord ophangen met het opschrift ‘Center of Excellence’ zal niet veel verschil maken.

IPU's zijn oorspronkelijk ontstaan in de zorg voor specifieke medische aandoeningen, zoals borstkanker en vervanging van gewrichten. Inmiddels verspreidt het model van aandoeningsgerichte IPU's zich snel over allerlei terreinen van acute en chronische zorg, van orgaantransplantatie tot de behandeling van schouder-aandoeningen en psychische aandoeningen zoals een eetstoornis.

Wij hebben het model van de IPU onlangs toegepast op de eerstelijnszorg (zie Porter e.a., 2013). De eerste lijn is van nature holistisch, want daar krijgt men te maken met alle medische omstandigheden en behoeften van een patiënt. In de bestaande eerstelijnszorg wordt met een algemene organisatiestructuur een uiterst divers scala van patiënten bediend – van gezonde volwassenen tot zwakke bejaarden. Omdat het zo ingewikkeld is om te voorzien in de uiteenlopende behoeften van die verschillende doelgroepen, is het bijzonder moeilijk om in de eerste lijn de geleverde waarde te verbeteren. De verscheidenheid aan behoeften maakt resultaatmeting bijvoorbeeld nagenoeg onmogelijk.

In de eerstelijnszorg is een IPU een multidisciplinair team dat is opgezet om een groep patiënten met dezelfde preventieve en eerstelijnsbehoeften te bedienen. Denk aan patiënten met complexe chronische aandoeningen als diabetes, of aan gehandicapte ouderen. Voor verschillende groepen patiënten moeten er verschillende teams, verschillende soorten diensten en zelfs verschillende zorglocaties zijn. Ook zijn er diensten nodig om patiënten te helpen met de veranderingen in leefgewoonten en de preventie die zo cruciaal zijn voor zorgresultaten en de kosten. Deze diensten moeten worden afgestemd op de algehele omstandigheden van de patiënt. Voor iedere patiëntgroep kan het juiste team met afgestemde preventiediensten en voorlichting worden geboden om de waarde te verbeteren, en resultaten worden meetbaar.

Deze aanpak wordt zo langzamerhand ook al toegepast bij patiënten met een hoog risico en hoge zorgkosten via zogeheten ‘patiëntgerichte medische tehuizen’ (*patient-centered medical homes*). Maar de kansen om de geleverde waarde in de eerste lijn te verbeteren zijn nog veel groter. Bij Geisinger Health System in Pennsylvania, bijvoorbeeld, wordt de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen als diabetes en hartkwalen niet alleen geleverd door artsen en ander medisch personeel, maar ook door apothekers, die de voorgeschreven medicijnen moeten bijhouden en aanpassen. Door ook apothekers op te nemen in de teams is het aantal beroertes, amputaties, bezoeken aan de eerste hulp en ziekenhuisopnames gedaald. Ook op andere aspecten die van belang zijn voor de patiënt, zijn de resultaten verbeterd.

WAT IS EEN INTEGRALE-PRAKTIJKEENHEID?

1. Een integrale-praktijkeenheid (*integrated practice unit*, of IPU) is opgezet rond een medische aandoening of een combinatie van nauw met elkaar verweven aandoeningen (of rond omliggende patiëntsegmenten in de eerste lijn).
2. Zorg wordt geleverd door een multidisciplinair medisch team dat is afgestemd op een bepaalde medische aandoening en een significant deel van zijn tijd besteedt aan deze aandoening.
3. De zorgverleners beschouwen zichzelf als lid van een algemeen organisatieonderdeel.
4. Het team is verantwoordelijk voor het hele zorgtraject voor de aandoening, zowel poliklinisch als bij ziekenhuisopname en rehabilitatieve zorg en ondersteunende diensten (zoals voeding, maatschappelijk werk en een gezonde levensstijl).
5. Voorlichting aan de patiënt, betrokkenheid van de patiënt en nazorg maken ook deel uit van de zorgtaken van het team.
6. De eenheid heeft één enkele administratieve en planningsstructuur.
7. De zorg wordt grotendeels geboden op één locatie, in een op de doelgroep afgestemde faciliteit.
8. Een arts-teamleider of een manager medische zorg (of allebei) houden het zorgtraject van de afzonderlijke patiënt bij.
9. Het team meet de resultaten, kosten en processen voor iedere afzonderlijke patiënt aan de hand van een algemeen meetplatform.
10. De zorgverleners in het team komen geregeld formeel en informeel bij elkaar om patiënten, processen en resultaten te bespreken.
11. Het team draagt gemeenschappelijk de aansprakelijkheid voor resultaten en kosten.

2. MEET RESULTATEN EN KOSTEN PER PATIËNT

Om op welk gebied dan ook snel verbetering te kunnen bereiken, moeten de resultaten worden gemeten. Dat is een bekend managementprincipe. Teams verbeteren zich en excelleren door bij te houden welke vorderingen zij maken in de loop der tijd, en door hun prestaties te

vergelijken met die van vergelijkbare teams elders in de eigen organisatie en daarbuiten. Rigoureuze waarde (resultaten en kosten) meten is misschien wel de allerbelangrijkste stap om de zorg te verbeteren.

In de praktijk meet echter een grote meerderheid van de zorginstellingen (en verzekeraars) noch de resultaten noch de kosten per aandoening voor afzonderlijke patiënten. Veel zorginstellingen hebben bijvoorbeeld aparte afdelingen voor rugklachten. Er zijn er echter maar weinig die precies kunnen vertellen welke resultaten er worden behaald. Bijvoorbeeld hoe lang het duurt voordat patiënten weer aan het werk kunnen. Of hoeveel middelen er precies zijn gebruikt om die patiënten gedurende het gehele zorgtraject te behandelen. Dit opmerkelijke gegeven verklaart voor een groot deel waarom decennia aan hervormingen in de zorg geen duidelijke waardeverbetering hebben opgeleverd.

De metingen die worden gedaan, blijven meestal beperkt tot slechts enkele aspecten. Denk aan sterfgevallen en veiligheid. 'Kwaliteitsmeting' wordt geconcentreerd op de gemakkelijkst te meten en minst controversiële indicatoren. Met de meeste 'kwaliteitscriteria' wordt echter helemaal geen kwaliteit gemeten. Dit zijn procesmetingen: men controleert of de richtlijnen voor de praktijk wel worden nageleefd. Neem bijvoorbeeld het gegevens- en informatiepakket voor effectiviteit in de zorg HEDIS. Dit bestaat uit louter procescriteria en eenvoudig meetbare klinische indicatoren die maar weinig van doen hebben met de feitelijke resultaten. Voor diabetes, bijvoorbeeld, meten de zorgverleners de betrouwbaarheid van hun LDL-cholesterol-controles en de hemoglobine A1c-niveaus. De patiënt wil echter weten of zijn/haar gezichtsvermogen achteruit zal gaan, en/of hij/zij moet gaan dialyseren, een hartaanval of beroerte kan krijgen, of een amputatie zal moeten ondergaan. Maar weinig zorgorganisaties meten hoe het staat met hun diabetespatiënten als het gaat om de resultaten die ertoe doen.

Het is niet verwonderlijk dat het publiek niet warm of koud wordt van kwaliteitsmetingen die wel iets zeggen over de betrouwbaarheid en reputatie van een zorginstelling, maar nauwelijks iets over hoe de patiënten er nu werkelijk aan

toe zijn. De enige waarachtige maatstaven voor kwaliteit zijn de resultaten die ertoe doen voor de patiënt. En als die resultaten worden verzameld en openbaar worden gemaakt, komen de zorginstellingen onder grote druk te staan – en worden ze sterk geprikkeld – om te gaan werken aan verbetering en de beste werkwijzen te gaan toepassen, met alle betere resultaten van dien. Een treffend voorbeeld biedt de in 1992 in de Verenigde Staten aangenomen wet 'Fertility Clinic Success Rate and Certification Act' (wet succespercentage en certificering vruchtbaarheidsklinieken). Deze wet verplichtte alle klinieken die vruchtbaarheidsbehandelingen aanboden, en dan vooral in-vitrofertilisatie, om het aandeel levende geboortes en andere maatstaven te rapporteren aan de Centers for Disease Control (CDC). Toen de CDC die cijfers in 1997 ging publiceren, werden praktische verbeteringen al snel overgenomen. Het succespercentage is bij alle klinieken, zowel groot als klein, sindsdien gestaag verbeterd (zie figuur 2).

Metten van resultaten die ertoe doen voor de patiënt

Resultaten dienen te worden gemeten per medische aandoening (bijvoorbeeld diabetes), niet per specialisme (behandeling van voetproblemen) of interventie (oogmeting). De te meten resultaten dienen betrekking te hebben op het volledige zorgtraject voor de aandoening, inclusief de gezondheidstoestand van de patiënt na de voltooiing van de behandeling. De resultaten die tellen voor de patiënt bij een bepaalde medische aandoening vallen uiteen in drie niveaus (zie voor meer details Porter, 2010). Niveau 1 betreft de gezondheidstoestand

die met de behandeling is bereikt.

De patiënt vindt het sterftecijfer natuurlijk belangrijk, maar maakt zich ook zorgen over zijn/haar functioneren. Bij de behandeling van prostaatkanker, bijvoorbeeld, ligt het overlevingspercentage na vijf jaar in de regel op negentig procent of hoger. Dan wil de patiënt eerder weten hoe zijn/haar ziekenhuis presteert als

het gaat om cruciale resultaten als incontinentie en geslachtsgemeenschap, aspecten waarin zorginstellingen veel meer van elkaar verschillen.

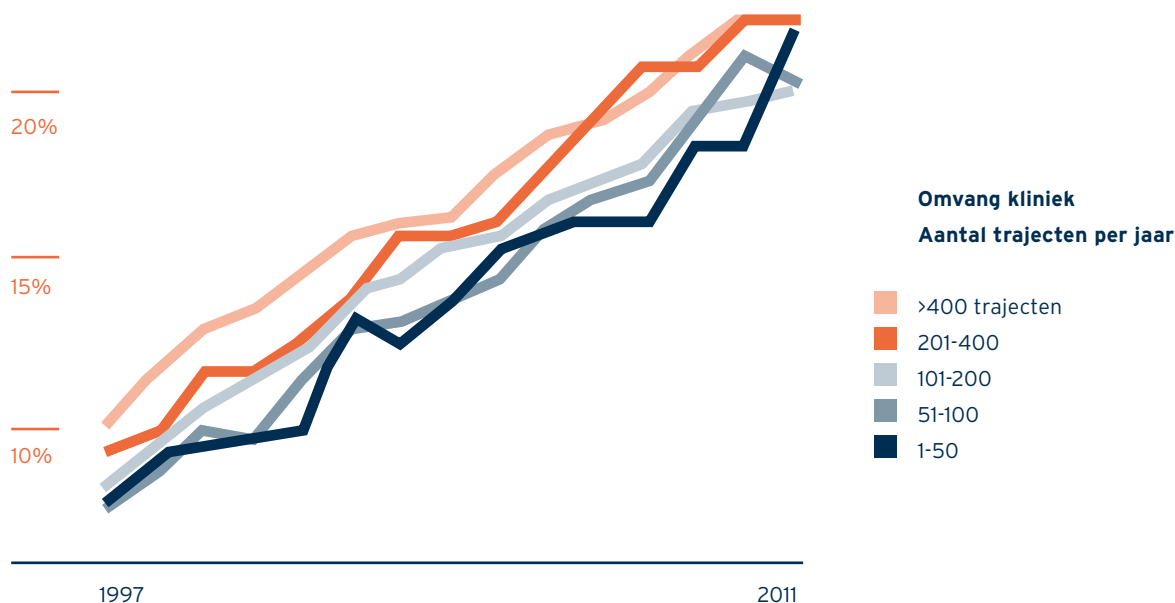
**MET DE MEESTE
HUIDIGE
'KWALITEITSCRITERIA'
WORDT HELEMAAL
GEEN KWALITEIT
GEMETEN**

FIGUUR 2. RESULTAATMETING EN -RAPPORTAGE JAGEN VERBETERING AAN

In 1997 werden resultaten van vruchtbaarheidsklinieken openbaar. Sindsdien is het succespercentage van in-vitrofertilisatie gestaag gestegen in alle klinieken naarmate de procesverbeteringen verspreid raakten.

SUCCESPERCENTAGES IN-VITROFERTILISATIE

Aantal levende geboortes per vers, niet van een donor afkomstig embryo ingebracht bij vrouwen jonger dan 38.



Bron: Centers for Disease Control

Niveau 2 betreft de aard van het zorgtraject en het herstel. Als een patiënt bijvoorbeeld bij herhaling opnieuw moet worden opgenomen in het ziekenhuis en zich veelvuldig meldt bij de eerste hulp, dan heeft dat misschien geen effect op de overlevingskans op langere termijn. Maar het is wel duur en vervelend voor zowel de zorginstelling als de patiënt. Ook het ervaren ongemak gedurende de zorg en hoe lang het duurt voordat de patiënt weer lichamelijke activiteiten kan ondernemen, zijn bijzonder relevante aspecten voor de patiënt. Als iemand met een potentieel bedreigende klacht lang moet wachten voordat hij/zij een arts kan zien, dan levert dat onnodig spanning op. En als de start van de behandeling op zich laat wachten, duurt het ook langer voordat iemand zijn normale leven weer kan oppakken. Zelfs bij vergelijkbare functionele resultaten ervaren patiënten bij een tijdig en ordelijk

verlopend zorgtraject – zonder verwarring en onnodige tegenslag – dat zij beter worden behandeld dan patiënten die bij de behandeling te maken krijgen met vertraging en problemen.

De resultaten op niveau 3 hebben betrekking op de houdbaarheid van de gezondheid. Een nieuwe heup die twee jaar meegaat, is zowel vanuit het oogpunt van de patiënt als van de zorginstelling inferieur aan een die vijftien jaar voldoet.

Verbeteringen in de zorg voor de patiënt zijn onmogelijk zonder alle voor de patiënt relevante resultaten te meten. Bovendien is een dergelijke uitgebreide resultaatmeting ook een van de meest doeltreffende manieren om de zorgkosten terug te dringen. Als op niveau 1 de resultaten ten aanzien van het functioneren van de patiënt verbeteren, dalen de kosten altijd. Als op niveau 2 of

niveau 3 betere resultaten worden behaald, dan dalen de kosten altijd. Een Duits onderzoek uit 2011 laat dat bijvoorbeeld zien. Bij ziekenhuizen met bovengemiddelde resultaten lagen de kosten van nazorg na de plaatsing van een volledig nieuwe heup vijftien procent lager dan bij ziekenhuizen met lager dan gemiddelde resultaten. Ten opzichte van ziekenhuizen met lage aantallen operaties, die relatief weinig ervaring hebben met heupoperaties, lagen ze 24 procent lager. Door niet stelselmatig de resultaten te meten die ertoe doen, laten we misschien wel de allerbelangrijkste sleutel tot kostenreductie liggen.

In de afgelopen paar jaar is een groeiend scala zorginstellingen de resultaten werkelijk gaan meten. Veel instellingen die goede resultaten konden melden, zagen hun reputatie – en marktaandeel – erdoor stijgen. Wanneer instellingen openlijk de concurrentie aangaan, blijkt dat te leiden tot de meest uitgebreide en transparante resultaatmetingen.

Cleveland Clinic is een van de pioniers hierin. Zij maakten om te beginnen hun sterftcijfer bij hart- en vaatoperaties openbaar en lieten vervolgens door de hele organisatie heen de resultaten meten. Inmiddels publiceert Cleveland Clinic veertien verschillende ‘resultaatboeken’ (*outcomes books*). Daarin worden de behandelingsresultaten voor een toenemend aantal aandoeningen gerapporteerd, bijvoorbeeld kanker, neurologische aandoeningen en hart- en vaatziekten. Het scala van gemeten resultaten is vooralsnog beperkt, maar het ziekenhuis breidt dit werk uit en andere organisaties pakken het ook op. Allerlei instellingen beginnen te meten in afzonderlijke IPU's. Het ruggencentrum van Dartmouth-Hitchcock (New Hampshire; vert.), bijvoorbeeld, heeft inmiddels voor elk type lage-rugpijn, en zowel voor chirurgische ingrepen als niet-chirurgische behandelingen, patiëntscores gepubliceerd voor pijn, functieniveau en handicap na respectievelijk drie maanden, een half jaar, één en twee jaar.

De instellingen beginnen meer zicht te krijgen op de resultaten die ze moeten meten en hoe gegevens moeten worden verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd.

BIJ UNIVERSITY COLLEGE
STEEG HET AANTAL
BEHANDELDE BEROERTES
VAN 200 IN 2008 NAAR
RUIM 1400 IN 2011,
DAALDE DE STERFTE
DOOR EEN BEROERTE MET
EEN KWART EN DAALDEN
DE KOSTEN PER PATIËNT
MET ZES PROCENT

Enkelen van onze collega's bij Partners HealthCare in Boston proberen bijvoorbeeld nieuwe technologie uit, zoals tablets, web-portalen en telefonische interactieve systemen, om resultaatgegevens te verzamelen bij patiënten na een hartoperatie of met een chronische aandoening als diabetes. Ook begint men resultaten mee te nemen in het zorgproces, zodat het medisch personeel de voortgang kan bijhouden gedurende de behandeling.

Om te bevorderen dat er wereldwijd alomvattende en gestandaardiseerde resultaatmetingen komen, hebben wij recentelijk meegewerkt

aan de oprichting van een internationaal consortium voor medische-resultaatmeting (International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM). ICHOM ontwikkelt aan de hand van internationale registers en de toonaangevende praktijk onder zorginstellingen pakketten van minimaal te meten resultaten per aandoening. Het brengt vooraanstaande medici van over de hele wereld bij elkaar om standaardpakketten van te meten resultaten te ontwikkelen en tevens de toonaangevende werkwijzen uit de praktijk te vergaren en te verspreiden met het oog op gegevensverzameling, verificatie en rapportage. De spoorwegen zijn op gegeven moment een uniforme spoorbreedte overeengekomen. In de telecommunicatie zijn er algemene normen gekomen voor het dataverkeer. Zo zouden ook zorginstellingen wereldwijd op een consistente manier resultaten per aandoening moeten gaan meten om ze wereldwijd te kunnen vergelijken en verbeteringen aan te jagen.

VOOR DE PATIËNT RELEVANTE RESULTATEN: EEN HIËRARCHIE

Bij het meten van de kwaliteit van de zorg concentreren zorgverleners zich meestal op louter datgene waar zij direct invloed op kunnen uitoefenen, of op gemakkelijk meetbare medische indicatoren. Om de patiënt de zorg te kunnen geven die hij/zij nodig heeft, moeten echter alle resultaten worden gemeten die ertoe doen

voor de patiënt. En de praktijk wijst uit dat wanneer alle resultaten worden gemeten, ze steeds verbeteren.

NB: de in dit overzicht gespecificeerde te meten indicatoren betreffen de behandeling voor een nieuwe heup.

Niveau 1 – Bereikte of behouden gezondheidsstatus

Overleven

- Sterftecijfer (opgenomen patiënten)

Mate van gezondheid of herstel

- Bereikt functioneringsniveau
- Bereikt pijnniveau
- Mate van weer mogelijk geworden lichamelijke activiteiten
- Vermogen om weer aan het werk te gaan

Niveau 2 – Herstelproces

Herstelperiode

- Tijdstip aanvang behandeling
- Tijdstip weer mogelijk geworden lichamelijke activiteiten
- Tijdstip terugkeer in arbeidsproces

Onbruikbaarheid zorg of behandelingsproces (bijvoorbeeld fouten bij diagnose, ineffectieve zorg, ongemak door behandeling, complicaties, averechtse effecten)

- Vertraging en angst
- Pijn tijdens behandeling
- Duur ziekenhuisopname
- Infectie
- Longembolie
- Diep-veneuze trombose (DVT)
- Hartinfarct
- Noodzaak nieuwe operatie
- Delier

Niveau 3 – Houdbaarheid gezondheid

Houdbaarheid gezondheid of herstel; aard van terugkeer van klachten

- Behouden functioneringsniveau
- Vermogen om zelfstandig te leven
- Noodzaak revisie of vervanging
- Langdurige consequenties van behandeling (bijvoor-

beeld door behandeling veroorzaakte ziekten)

- Mobiliteitsverlies als gevolg van inadequate revalidatie
- Risico op complexe breuk
- Infectiegevaar
- Stijve knie door niet herkende complicaties
- Plaatselijke-pijnsyndroom

Bron: Porter, 2010.

Metten van de zorgkosten

De hoge kosten zijn een algemeen probleem in de zorg. Het is dan ook verbijsterend dat het in de zorg ontbreekt aan nauwkeurige informatie over de kosten. Onder het medisch personeel weten maar weinigen welke kosten zijn gemoeid met de afzonderlijke componenten van de zorg. En men weet al helemaal niet hoe die kosten zich verhouden tot de behaalde zorgresultaten. De meeste zorginstellingen hebben niet of nauwelijks nauwkeurige informatie over de kosten van het volledige zorgtraject voor een patiënt met een specifieke medische aandoening. De meeste boekhoudsystemen van ziekenhuizen zijn ingericht per afdeling in plaats van patiëntgericht, en ze zijn ingesteld op het factureren van transacties die worden vergoed op basis van contracten die voorzien in vaste honoraria per geleverde dienst. Zolang die honoraria stijgen, is er wat te zeggen voor zo'n systeem. Het volstaat ook voor het budgetteren van complete afdelingen. Maar als het gaat om de feitelijke kosten van geleverde diensten aan afzonderlijke patiënten met hun specifieke klachten, dan biedt zo'n systeem slechts grove en misleidende schattingen van de werkelijke kosten. Neem de kostenallocatie. Die is vaak gebaseerd op rekeningen, niet op de werkelijke kosten. Nu zorgverleners steeds meer onder druk komen te staan om hun kosten te verlagen en hun resultaten openbaar te maken, zijn de bestaande systemen volstrekt ontoereikend.

Om te kunnen bepalen welke waarde ze levert, moet de medische wereld de kosten meten voor iedere aandoening afzonderlijk. Daarbij moeten de uitgaven worden bijgehouden die gedurende het volledige zorgtraject/-pad voor de betreffende behandeling worden gemaakt. Dit vraagt om inzicht in de middelen die nodig zijn voor de zorg aan de patiënt, zoals personeel, instrumenta-

rium en faciliteiten; de capaciteitskosten om elk aspect van de behandeling te kunnen leveren; en de ondersteunende kosten die samenhangen met de zorg, zoals IT en administratie. Vervolgens kunnen de kosten van de zorg voor een specifieke aandoening worden afgezet tegen de bereikte resultaten.

De beste methode om dat inzicht te krijgen, is kostenbepaling naar tijd en activiteit (*time-driven activity-based costing*, TDABC). Deze methodiek is tot op heden zelden gebruikt in de zorg, maar ze begint in zwang te raken. Overal waar TDABC wordt toegepast, vinden zorginstellingen allerlei manieren om de kosten aanzienlijk terug te dringen zonder dat dit ten koste gaat van de zorgresultaten (en soms verbeteren die zelfs). Er worden besparingen van wel 25 procent of nog meer bereikt door gebruik te maken van mogelijkheden om de capaciteitsbenutting te verbeteren, processen meer te standaardiseren, vaardigheden van medewerkers en taken beter op elkaar te laten aansluiten, de zorg te bieden in de meest kosteneffectieve faciliteit, en ga zo maar door.

Virginia Mason constateerde bijvoorbeeld dat een zorghandeling van een orthopedisch chirurg of andere procedurele specialist vier dollar per minuut kost, die van een algemeen internist twee dollar per minuut, en die van een verpleger of fysiotherapeut één dollar. Gelet op die verschillen is het cruciaal om het duurste personeel vooral in te zetten voor taken waarbij zij hun kunde ten volle benutten (zie voor meer details Kaplan & Porter, 2011).

Zonder inzicht in de werkelijke kosten van de zorg voor specifieke aandoeningen, laat staan hoe die kosten zich verhouden tot de resultaten van de behandeling, kunnen zorginstellingen nergens op varen bij beslissingen om processen te verbeteren en de zorg te hervormen. Het medisch en verplegend personeel vecht met het management over willekeurige kostenbesparingen in plaats van samen te werken aan een hoogwaardiger zorg. Zonder accurate kostengegevens kunnen de vele obstakels in traditionele processen en systemen niet worden aangepakt. Als wij bij medische gesprekspartners op scepsis stuiten, dan zeggen wij ook vaak tegen hen: 'Kostprijsadministratie is je vriend.' Met inzicht in de werkelijke

kosten kunnen de zorgverleners samen met het management werken aan het fundamentele doel van een zorginstelling: waardevermeerdering.

3. STAP OVER OP GEBUNDELDE BETALING VOOR COMPLETE ZORGTRAJECTEN

Geen van de beide gangbare vergoedingsmodellen in de zorg – een vast bedrag per patiënt (*global capitation*) of per geleverde dienst (*fee-for-service*) – biedt een directe prikkel om de waarde van de geleverde zorg te verbeteren. In het eerste geval wordt één enkele vergoeding betaald voor de totale behandeling van de patiënt. In dat geval wordt een instelling geprikkeld om minder kosten te maken, maar niet om betere resultaten te behalen of

meer waarde te leveren. Er is hierbij ook geen relatie tussen de vergoeding en datgene wat zorgverleners direct kunnen beïnvloeden. In de tweede variant is de betaling wel gekoppeld aan hetgeen zorgverleners kunnen beïnvloeden – hoeveel van hun diensten, bijvoorbeeld MRI-scans, zij leveren – maar niet aan de totale kosten van de behandeling of

de resultaten. In dit geval worden zorgverleners geprikkeld om meer volume te draaien. Maar daarmee wordt de geleverde waarde niet noodzakelijkerwijs verbeterd.

De vergoedingsmethodiek die het beste past bij waarde is een gebundelde vergoeding voor het gehele zorgtraject bij acute medische aandoeningen, de gehele zorg voor chronische aandoeningen gedurende een bepaalde periode (meestal een jaar), of preventieve dan wel eerstelijnszorg voor een specifieke groep patiënten (bijvoorbeeld gezonde kinderen). Doordachte gebundelde vergoedingen vormen een directe prikkel tot teamwerk en hoogwaardige zorg. De vergoeding beslaat de totale zorg aan een patiënt met een bepaalde aandoening, zodat ze samenhangt met datgene wat het team kan beïnvloeden. Zorginstellingen hebben het profijt van een toenemende doelmatigheid terwijl de zorgresultaten op peil blijven of worden verbeterd.

Een doeltreffend model voor gebundelde vergoeding heeft onder meer de volgende kenmerken: aanpassingen aan de ernst van de aandoening, of toepasbaarheid

RIGOUREUS DE WAARDE
(RESULTATEN EN KOSTEN)
METEN IS MISSCHIEEN WEL
DE ALLERBELANGRIJKSTE
STAP OM DE ZORG TE
VERBETEREN

voorbehouden aan patiënten die voldoen aan gestelde voorwaarden; zorggaranties waarbij de zorginstelling aansprakelijk is voor vermijdbare complicaties, zoals infecties na een operatie; verlies-indammende clausules om het risico van buitensporig kostbare gebeurtenissen te ondervangen; en verplichte rapportage van resultaten.

In allerlei landen nemen overheden, verzekeraars en zorgstelsels stappen om met gebundelde vergoedingen te gaan werken. De gemeenteraad van Stockholm introduceerde zo'n programma in 2009 voor het vervangen van een heup of knie bij betrekkelijk gezonde patiënten. De kosten daalden, de patiënttevredenheid nam toe en sommige resultaten verbeterden. In Duitsland is gebundelde vergoeding ingevoerd voor de zorg van patiënten opgenomen in een ziekenhuis; deze vergoeding omvat alle honoraria van artsen en andere kosten – dit in tegenstelling tot de vergoedingstelsels die worden gehanteerd in de Verenigde Staten. Dit heeft ertoe bijgedragen om de gemiddelde vergoeding voor een ziekenhuisopname onder de vijfduizend dollar te houden; in de Verenigde Staten is dat meer dan negentienduizend dollar, hoewel patiënten in Duitsland gemiddeld anderhalf keer zo lang in het ziekenhuis verblijven. Een van de elementen in het Duitse systeem is een zorggarantie waarbij het ziekenhuis de kosten draagt voor een hernieuwde ziekenhuisopname als die verband houdt met de oorspronkelijk geleverde behandeling.

In de Verenigde Staten zijn gebundelde vergoedingen de norm geworden bij orgaantransplantatie. Op dit specifieke terrein van zorg heeft de combinatie van verplichte rapportage van resultaten en vergoedingsbundels ertoe geleid dat er meer in teams wordt gewerkt, dat innovatie zich sneller verspreidt, en dat resultaten snel verbeteren. Zorginstellingen die als eerste zijn overgestapt op gebundelde vergoedingen hebben daarvan geprofiteerd. Het niertransplantatieprogramma van UCLA, bijvoorbeeld, is sterk gegroeid sinds het in 1986 een baanbrekende overeenkomst voor gebundelde vergoeding sloot met Kaiser Permanente en niet lang daarna deze systematiek aanbood aan alle vergoedende instanties. Dit programma behaalt de beste resultaten van de

hele Verenigde Staten en het marktaandeel van UCLA in orgaantransplantatie is substantieel gegroeid.

Ook werkgevers kiezen voor een systematiek van gebundelde vergoeding. Walmart heeft dit jaar (2013; vert.) een programma ingevoerd waarbij werknemers worden gestimuleerd om bepaalde operatieve ingrepen (onder andere hart- en vaat- en rugoperaties) te laten uitvoeren door één van slechts zes instellingen verspreid over de hele Verenigde Staten die dergelijke ingrepen veel uitvoeren en uitstekende resultaten kunnen laten zien: Cleveland Clinic, Geisinger, Mayo Clinic, Mercy Hospital (in Springfield, Missouri), Scott & White, en Virginia Mason. De ziekenhuizen krijgen voor geboden zorg één enkele vergoeding die alle medische en overige ziekenhuiskosten dekt, zowel de opname in het ziekenhuis als de poliklinische behandeling voor en na de operatie. Medewerkers hoeven niets zelf te betalen voor hun zorg – reis- en verblijfskosten en maaltijden voor de patiënt en een zorgbegeleider worden allemaal betaald – als ze de operatie bij een van deze expertisecentra laten uitvoeren. Het programma bevindt zich nog in een heel pril stadium, maar Walmart en andere grote werkgevers zullen dit soort programma's vermoedelijk gaan uitbreiden om

STEEDS MEER
ZORG WORDT
GELEVERD DOOR
ZORGINSTELLINGEN
MET VESTIGINGEN
OP VERSCHILLENDE
LOCATIES

waarde te leveren voor hun personeel en hen te prikkelen om er gebruik van te maken. Vooruitstrevende werkgevers zijn gaan beseffen dat kostenbeheersing en gezondheid bevorderende maatregelen, zoals werkgeversbijdragen en medische en welzijnsfaciliteiten op de werkplek, niet voldoende zijn. Zij beseffen dat zij meer moeten doen om hoogwaardige zorginstellingen meer patiënten te bezorgen.

Naarmate het model van gebundelde vergoeding meer wordt toegepast, zal er een transformatie plaatsvinden in de manier waarop zorg wordt verleend. Kijk maar naar de manier waarop de zorginstellingen betrokken bij het programma van Walmart hun zorgaanpak veranderen. Het medisch management brengt er in kaart hoe het proces moet verlopen voor patiënten die van buiten de directe regio komen. Zo leren deze instellingen om de zorg beter af te stemmen met alle lokale artsen van de patiënten die van ver komen. Ook stellen zij bestaande

manieren van werken ter discussie. Veel ziekenhuizen laten iedere patiënt zes tot acht weken na de operatie op controle komen bij de hartchirurg. Dat valt echter moeilijk te rechtvaardigen voor patiënten die van ver moeten komen en bij wie geen complicaties lijken te zijn te optreden. Toen de artsen bij de expertisecentra besloten die patiënten niet terug te laten komen, beseften ze dat een routineconsult na een operatie voor lokale patiënten misschien ook niet nodig was.

Zorginstellingen maken zich nog steeds zorgen over gebundelde vergoedingen. Zij vrezen dat de verschillen tussen patiënten misschien niet goed tot uitdrukking komen in de vergoeding en dat het gebrek aan nauwkeurige kostengegevens per aandoening voor hen een financieel risico inhoudt. Dat zijn terechte zorgen, maar ze gelden voor ieder vergoedingsmodel. Wij denken dat deze zorgen metertijd zullen verdwijnen naarmate men beter thuis raakt in de nieuwe systematiek en er steeds meer bewijs komt dat vergoedingen afgestemd met geleverde waarde bedrijfseconomisch in het belang zijn van de zorginstellingen. Zij zullen deze vergoedingssystematiek benutten als een instrument om te groeien en waarde te leveren.

4. INTEGREER HET SYSTEEM VAN DE ZORG

Een groot en groeiend deel van de zorg wordt geleverd door zorginstellingen met vestigingen op verschillende locaties. In 2011 maakte zestig procent van alle ziekenhuizen in de Verenigde Staten deel uit van dergelijke systemen; in 1999 was dat nog 51 procent. In 2011 vertegenwoordigden zorginstellingen met verscheidene vestigingen 69 procent van alle ziekenhuisopnames. En die aandelen zijn sindsdien verder gegroeid. Helaas vormen de meeste organisaties met uiteenlopende vestigingen niet echt een zorgsysteem. Het zijn eerder losse verbanden van grotendeels zelfstandig opererende onderdelen die vaak dingen dubbel doen. Er liggen hier enorme kansen om meer waarde te leveren door systemen te in-

tegreren, om af te rekenen met versplintering en herhaling van zorgstappen, en om het type zorg per locatie te optimaliseren.

Om een werkelijk geïntegreerd systeem te krijgen, moeten organisaties aan de slag met vier gerelateerde keuzen: bepaling van het dienstenscala, concentratie van het behandelvolume op een kleiner aantal locaties, de juiste locatie voor iedere dienst, en integratie van zorg die vanuit verschillende locaties wordt geboden. De herverdeling van zorgtaken stuit ongetwijfeld op een lastig politiek krachtenveld, want de meeste instellingen willen de status quo in stand houden en hun terrein beschermen. In hoeverre willen bestuurders en managers in de zorg daadwerkelijk het roer omgooien? Dat kan worden bepaald aan de hand van onder meer

de volgende 'vragen van de waarheid': bent u bereid om diensten op te geven teneinde de waarde van de zorg voor de patiënt te verbeteren? Is verhuizing van behandeltrajecten bespreekbaar?

Bepaal het dienstenscala

Een startpunt voor systeemintegratie is om het totale scala van diensten te bepalen dat een aanbieder effectief kan leveren – en die behandelterreinen in te krimpen of te sluiten die de instelling zeer waarschijnlijk niet naar een hoogwaardig niveau zal weten te tillen. Voor een lokaal ziekenhuis betekent dit misschien dat het complexe behandelterreinen – zoals hartchirurgie of de zorg voor zeldzame soorten kanker – moet opgeven of op die gebieden moet gaan samenwerken met andere partijen. Academisch-medische centra, die meer middelen hebben voor faciliteiten en personeel, moeten misschien routineuze behandelterreinen sterk inkrimpen en op die gebieden gaan samenwerken met lokale ziekenhuizen die dat type zorg goedkoper kunnen bieden. Het zit natuurlijk niet in de 'genen' van de zorg om het scala behandelingen in te perken; zorginstellingen proberen altijd alles voor iedereen te zijn. Maar om te kunnen overschakelen naar een waardegericht zorgstelsel, zullen dit soort keuzen toch moeten worden gemaakt.

**BESTAANDE
KOSTENSYSTEMEN
VOLSTAAN VOOR
HET BEHEREN VAN
AFDELINGSBUDGETTEN,
MAAR NIET VOOR
HET METEN VAN
DE WERKELIJKE
ZORGKOSTEN
PER PATIËNT EN
AANDOENING**

Concentreer het behandelvolume op een kleiner aantal locaties

Ten tweede moeten zorgaanbieders de zorg voor de specifieke aandoeningen die zij behandelen concentreren op minder locaties. De belofte van de consumentgerichte zorg om 'vlakbij thuis of uw werk te voorzien in al uw behoeften' was een mooie marketingslogan, maar een slechte strategie voor waardecreatie. Het behandelvolume moet onherroepelijk worden geconcentreerd om integrale-praktijkeenheden (IPU's) te kunnen formeren en resultaten beter te kunnen gaan meten.

Allerlei studies bevestigen dat volume in de behandeling van een bepaalde aandoening noodzakelijk is om waarde te kunnen leveren. Zorgaanbieders met veel ervaring in de behandeling van een bepaalde aandoening bereiken betere resultaten en de kosten verbeteren er ook. Neem bijvoorbeeld een recent onderzoek naar de relatie tussen ziekenhuisvolume en sterfte tijdens de operatie bij hoog-riskante kankerchirurgie. De kans dat de patiënt overleed aan de ingreep bleek met tot wel 67 procent te dalen naarmate de ingreep vaker werd verricht in een ziekenhuis. Voor de patiënt is het dus vaak veel beter om verder te reizen en zorg te krijgen op locaties met teams die diepgaande ervaring hebben in hun aandoening. Dat betekent vaak dat het lokale ziekenhuis wordt overgeslagen.

Concentratie van behandelvolume is een van de laatste stappen om te zetten voor een organisatie, want dit kan zowel het aanzien als het werkterrein van een arts aantasten. De voordelen van concentratie kunnen de zorg echter een compleet ander aanzien geven. In 2009 zette Londen een beleid in gang om voor mensen die een beroerte krijgen de kans op overleven en de vooruitzichten te verbeteren door de behandeling te laten doen door echte IPU's – lees: uitstekende, op beroertes afgestemde teams en faciliteiten met onder meer neurologen gespecialiseerd in de zorg na een beroerte. 'Hyper-acute beroerte-behandelingsseenheden' (*hyper-acute stroke units*, of HASU's) werden deze IPU's genoemd. Er waren op dat moment te veel ziekenhuizen in Londen die acute zorg bij een beroerte aanboden (32 in totaal). Daardoor kon

niet één van hen een hoog behandelvolume opbouwen. UCL Partners, een cluster van zes academische ziekenhuizen (*teaching hospitals*) voor Noord-Centraal Londen, had twee ziekenhuizen die beroertes behandelden: University College London Hospital en Royal Free Hospital. Deze twee ziekenhuizen lagen op nog geen vijf kilometer van elkaar. University College werd uitgekozen om de nieuwe beroerte-eenheid te huisvesten. Neurologen van Royal Free gingen praktijk houden bij University College en een neuroloog van Royal Free werd benoemd tot algemeen leider van het behandelprogramma voor beroertes. UCL Partners heeft later alle eerste hulp voor vaatchirurgie en complexe aorta-chirurgie geconcentreerd bij Royal Free.

Van deze stappen ging een krachtig signaal uit: UCL Partners was bereid om behandelvolumes te concen-

teren om zo meer waarde te leveren. Het aantal gevallen van behandelde beroertes bij University College steeg van ongeveer tweehonderd in 2008 naar ruim veertienhonderd in 2011. Mensen die een beroerte hebben gehad, worden er nu snel beoordeeld door bijzonder ervaren neurologen. Zij kunnen hun herstel inzetten onder begeleiding van verplegend personeel dat goed thuis is in het voorkomen van complicaties die kunnen

optreden na een beroerte. Sinds de invoering van deze verandering is het aan beroerte toegeschreven sterftecijfer bij University College gedaald met een kwart en zijn de kosten per patiënt gedaald met zes procent.

Bepaal voor iedere dienst de juiste locatie

Het derde element van systeemintegratie is om specifieke diensten te bieden op de locaties die de hoogste waarde leveren. Minder complexe en routinediensten zouden moeten worden overgeplaatst van academische (universitaire) ziekenhuizen naar faciliteiten met lagere kostenniveaus, en de tarieven moeten daaraan worden aangepast. De geleverde waarde in de zorg kan enorm worden verbeterd wanneer de complexiteit en de benodigde vaardigheden worden afgestemd op de middelen die een locatie heeft. Hiermee worden niet alleen de kosten geoptimaliseerd; ook de capaciteitsbenutting van

ORGANISATIES DIE HAAST
MAKEN MET DE WAARDE-
AGENDA ZULLEN DAAR
ENORM DE VRUCHTEN
VAN ZULLEN PLUKKEN,
ZELFS AL VERANDERT
DE REGELGEVING MAAR
TRAAG

FIGUUR 3. VOLGENDE STAPPEN: DE ROL VAN ANDERE BELANGHEBBENDE PARTIJEN

De transformatie naar een hoogwaardig zorgstelsel moet van binnenuit komen, en de artsen en zorginstellingen moeten het voortouw nemen. Iedere partij die belang heeft bij de zorg, kan echter bijdragen aan waardevermeerdering in de zorg. Patiënten, zorgverzekeraars, werkgevers en toeleveranciers kunnen de transformatie helpen bespoedigen – en zullen er ook allemaal de vruchten van plukken als ze dat doen.

Strategische agenda	Bestuurders	Patiënten	Zorgverzekeraars en werkgevers
Organiseer in integrale-praktijkeenheden (IPU's)	Geef leiding aan de reorganisatie van de zorg waarbij wordt overgestapt van afdelingen op IPU's	Laat u uitsluitend behandelen door ervaren, multidisciplinaire teams die integrale zorg bieden voor uw aandoening	Bied sterke prikkels en informatie om patiënten te bewegen zich voor hun aandoening te laten behandelen door hoogwaardige IPU's
Meet resultaten en kosten per patiënt	- Kies vastberaden voor uitgebreide meting en rapportage van resultaten als basisstrategie - Laat de organisatie overstappen op kostprijsmethoden waarmee de kosten per patiënt-aandoening nauwkeurig worden gemeten	- Verwacht gegevens te krijgen over alle resultaten van de zorg die ertoe doen - Laat u behandelen door organisaties die hebben bewezen hoogwaardige zorg te leveren - Neem deel aan resultaat-metingen op basis van inbreng door patiënten	- Stel resultaatmeting en -rapportage als voorwaarde voor opname in het netwerk - Zorg ervoor dat patiënten en hun naasten gemakkelijk begrijpelijke informatie kunnen inzien over de betreffende aandoening
Stap over op gebundelde betaling voor complete zorgtrajecten	Geef het management de opdracht om de leiding te nemen over de ontwikkeling van gebundelde vergoedingen voor veelvoorkomende aandoeningen en proactief samen te werken met vergoedende instanties om deze in te voeren	Kies voor zorgverleners die gebundelde vergoeding aanbieden en die ten opzichte van vergelijkbare instellingen goede waarde bieden	- Bespoedig de overgang naar gebundelde vergoeding voor medische aandoeningen en eerste-lijnzorg - Reorganiseer de facturering om gebundelde vergoeding mogelijk te maken
Integreer het systeem van de zorg	Kies als organisatie vastberaden voor een volledige integratie van het zorgsysteem door diensten	- Laat u behandelen op de juiste locatie in uw zorgsysteem - Verwacht dat zorg ver-	Vergoed behandelingen op basis van het type faciliteit dat past bij de aandoening en de complexiteit van de

Strategische agenda	Bestuurders	Patiënten	Zorgverzekeraars en werkgevers
	te concentreren, waarbij de zorg wordt gevestigd op de meest kosteneffectieve locaties, en naar geleverde waarde in rekening te brengen	spreid over verschillende locaties goed wordt gecoördineerd, met een eenduidige leider	diensten, ongeacht waar de zorg daadwerkelijk is geboden
Verspreid uitstekende diensten over een groter gebied	Breid expertiseterreinen geografisch uit via nevenvestigingen	Laat u voor complexe aandoeningen behandelen door de zorgverlener die de hoogste waarde biedt, ook al bevindt die aanbieder of zorglocatie zich niet in de buurt	- Concentreer zowel regionale als landelijke netwerken op hoogwaardige aanbieders per aandoening - Stuur patiënten naar hoogwaardige zorgverleners en beloon hen ervoor als ze zich daar laten behandelen, eventueel met vergoeding van reiskosten
Bouw een faciliterend IT-platform	Maak een lange-termijninvestering in een IT-platform dat hoogwaardige, patiëntgerichte zorg ondersteunt	Verwacht dat zorgverleners uw dossier op één plek hebben opgeslagen en u volledige beschikking geven over uw elektronisch patiëntendossier en hulpmiddelen om gemakkelijk afspraken te maken, herhalingsrecepten te krijgen, en te overleggen met medisch personeel	Prikkel en ondersteun zorgverleners om waarde- en patiëntgerichte IT-systemen te ontwikkelen

het personeel en de productiviteit zullen stijgen. Children's Hospital of Philadelphia, bijvoorbeeld, besloot om niet langer op zijn hoofdvestiging gewone oorbuisjes te plaatsen bij kinderen (bedoeld om vochtophoping en het risico op infectie tegen te gaan), maar dit voortaan te laten doen bij ambulante wijkposten. Meer recentelijk heeft het ziekenhuis voor eenzelfde benadering gekozen

bij eenvoudige hypospadie-correcties, een urologische procedure. Door dergelijke diensten te verplaatsen, werden kosten bespaard en werden operatiezalen en personeel in het academisch ziekenhuis vrijgemaakt voor complexere ingrepen. Volgens het management werd met deze overplaatsing een kostenbesparing van in totaal dertig tot veertig procent behaald.

In veel gevallen worden zorgverleners door de huidige vergoedingsstelsels nog steeds beloond als ze diensten leveren in een volwaardig ziekenhuis; de vergoeding kan zelfs extra hoog uitvallen als dat ziekenhuis een academisch medisch centrum is. Ook dit laat weer zien hoe de bestaande vergoedingssystematiek het creëren van waarde tegenwerkt. Maar de praktijk om hogere tarieven te rekenen voor routinediensten in faciliteiten met hoge kostenniveaus heeft haar langste tijd gehad (zie opnieuw het kader ‘Verandering: waarom juist nu?’).

Integreer zorg die op verschillende locaties wordt geboden

Het laatste element van stelselintegratie, ten slotte, is om de zorg voor de afzonderlijke patiënt die vanuit verschillende locaties wordt geleverd te integreren. Als een behandelingstraject bestaat uit diensten die op verschillende locaties worden geleverd, dan moet de zorgverlener in kwestie die verspreide diensten voor de patiënt tot een naadloos geheel weten te maken. De zorg moet worden geleid door de IPU, maar diensten die bij herhaling moeten worden geleverd hoeven niet op één enkele locatie te worden verricht. Patiënten met pijn in de onderrug, bijvoorbeeld, zullen misschien in eerste instantie worden bekeken en indien nodig worden geopereerd door een centraal IPU-team voor rugklachten. Maar voor de fysiotherapie daarna zullen ze dichter bij huis terecht kunnen. Ongeacht waar de diensten echter ook worden geleverd, het IPU moet het hele zorgtraject aansturen. Integreren de mechanismen, zoals het aanwijzen van één enkele arts als leider van het team voor een specifieke patiënt en de invoering van gemeenschappelijke protocollen voor onder meer de planning, dragen ertoe bij dat op een soepele en kosteneffectieve manier goed gecoördineerde, multidisciplinaire zorg wordt geleverd.

5. BREID DIENSTEN UIT OVER EEN GROTER GEBIED

Zorg is nog steeds sterk lokaal van karakter. Zelfs academisch-medische centra bedienen vooral hun directe omgeving. Om op grote schaal substantieel meer waarde te kunnen bieden, zullen uitstekende zorginstellingen voor bepaalde aandoeningen veel meer patiënten moe-

ten gaan behandelen en hun bereik uitbreiden door uitstekende IPU's strategisch te laten expanderen. De oplossing is zelden om een generiek ziekenhuis of algemene praktijk in een nieuw geografisch gebied over te nemen. Bij geografische expansie moet waardeverbetering het hoofddoel zijn, niet enkel een hoger volume.

Gerichte geografische expansie door toonaangevende instellingen neemt snel toe. Tientallen organisaties nemen moedige initiatieven om patiënten verspreid over een groter gebied te kunnen behandelen. Voorbeelden zijn Vanderbilt, Texas Children's, Children's Hospital of Philadelphia en MD Anderson Cancer Center.

Bij geografische expansie kunnen grofweg twee varianten worden onderscheiden. De eerste variant is het naaf-en-spaakmodel. Voor iedere IPU worden er satellieten of nevenvestigingen opgezet, die in ieder geval voor een deel worden bezet met artsen en ander personeel dat in dienst is van de moederorganisatie. In de meest doeltreffende modellen rouleren artsen langs de locaties; dit versterkt bij het personeel op de verschillende locaties het gevoel allemaal deel uit te maken van één en hetzelfde team. Als de uitbreiding zich gaat uitstrekken tot een volstrekt nieuwe regio, wordt er een nieuwe IPU-'naaf' opgezet of overgenomen.

Patiënten worden vaak eerst onderzocht op de centrale locatie; daar wordt ook het behandelplan gemaakt. Maar verder wordt de zorg voor een deel of grotendeels geleverd op locaties die de patiënt gemakkelijker kan bereiken en die kosteneffectiever zijn. De nevenvestigingen leveren minder complexe zorg; de complexe gevallen worden verwezen naar het centrum. Treden er complicaties op die de nevenvestiging niet doeltreffend kan behandelen, dan wordt de zorg voor de patiënt overgeheveld naar het centrum. Al met al stijgt het aantal patiënten dat een uitstekende IPU kan bedienen aanzienlijk.

Dit model wordt steeds meer toegepast door vooraanstaande instellingen in de behandeling van kanker. MD Anderson, bijvoorbeeld, heeft vier nevenvestigingen in de regio Houston waar patiënten chemotherapie krijgen, worden bestraald en (meer recentelijk) ook de wat minder complexe operaties ondergaan, dit alles onder supervisie van de centrale IPU. Bij deze regionale centra liggen de zorgkosten naar schatting een derde lager dan voor vergelijkbare zorg op de hoofdvestiging. In 2012 werd 22 procent van alle bestralingen, vijftien procent

van alle chemotherapie en vijf procent van alle operaties verzorgd op deze nevenvestigingen. Het topmanagement denkt dat de helft van vergelijkbare zorg die nog steeds op de hoofdvestiging wordt geleverd zou kunnen worden overgeheveld naar de nevenvestigingen. Daar ligt dus nog een enorme kans om de waarde te verbeteren.

Het tweede model voor geografische expansie dat zich aftekent is een medisch samenwerkingsverband: de IPU gaat dan samenwerken met lokale ziekenhuizen of andere lokale organisaties en gebruikt hun faciliteiten, zodat men zelf de capaciteit niet hoeft uit te breiden. De IPU verzorgt het managementtoezicht op de medische zorg, en een deel van het medisch personeel dat bij de lokale partner werkt kan ook in dienst zijn van de IPU. Een voorbeeld van deze benadering is de samenwerking van MD Anderson met Banner Phoenix. Verder zijn er ook tussenvormen, bijvoorbeeld wat MD Anderson doet in zijn regionale programma van nevenvestigingen; hierbij worden polifaciliteiten bij lokale ziekenhuizen gehuurd en worden naar behoefte de operatiezalen en andere diensten (ook voor opgenomen patiënten) van die ziekenhuizen gebruikt.

De partnerinstellingen profiteren van de expertise, ervaring en reputatie van de moeder-IPU; deze voordelen stellen hen vaak in staat hun lokale marktaandeel uit te bouwen. De IPU verbreedt zijn regionale bereik en merk, verdient aan de samenwerking (door middel van management-honoraria, omzetting of joint-venture-inkomsten) en krijgt de complexe gevallen doorverwezen.

Het hart- en vaatcentrum van Cleveland Clinic, een baanbrekende IPU op dat behandelterrein, heeft negentien 'filialen' langs de hele oostkust van de Verenigde Staten. Succesvolle allianties zoals deze zijn sterk; het is niet alleen maar een nieuwe etalage met een nieuw uithangbord en een marketingcampagne. Leidinggevende artsen en verplegend personeel van de moederorganisatie houden bij deze allianties nauw toezicht op de praktijk. Zij zien erop toe dat de partners zich strikt houden aan de praktijkmodellen en meetsystemen van de centrale organisatie. Bij de filialen van Cleveland Clinic zijn de resultaten bij standaardgevallen gaandeweg verbeterd tot dicht bij het

prestatieniveau van Cleveland Clinic zelf.

Het zich snel uitbreidende filialen-netwerk van Vanderbilt laat zien hoeveel kansen er ontstaan met dit soort allianties waarbij de sterke kanten van iedere partner worden onderkend. Vanderbilt heeft zijn filialen bijvoorbeeld gestimuleerd om niet-complexe verloskundige diensten te gaan leveren die voorheen misschien zouden zijn uitgevoerd bij het academisch medisch centrum zelf. De filialen, op hun beurt, zijn in zee gegaan met Vanderbilt om in hun werkgebied behandeling van bepaalde complexe aandoeningen te kunnen bieden.

6. BOUW EEN FACILITEREND IT-PLATFORM

De hiervoor besproken vijf elementen van de waarde-agenda worden krachtig gefaciliteerd door een zesde: een ondersteunend platform voor informatietechnologie. In de zorg zijn IT-systemen altijd opgesplitst geweest naar afdeling, locatie, type dienst en soort gegevens (bijvoorbeeld beeldmateriaal). IT-systemen bemoeilijken integrale, multidisciplinaire zorg vaak eerder dan dat ze die ondersteunen. Dat komt doordat IT slechts een stuk gereedschap is. Als een dienstverlenend traject niet goed in elkaar steekt, dan levert automatisering daarvan alleen maar een efficiënter proces op dat niet goed functioneert. Het juiste IT-systeem kan de onderdelen van een IPU echter helpen met elkaar samen te werken, meting en nieuwe vergoedingsmethoden mogelijk maken, en de onderdelen van een goed gestructureerd systeem voor dienstverlening met elkaar verbinden.

Een waarde verhogend IT-platform bestaat uit zes cruciale bestanddelen:

1. *Is patiëntgericht* – Het systeem volgt de patiënt gedurende het complete behandelingstraject langs alle diensten en locaties, zowel de opname in het ziekenhuis als de bezoeken aan de polikliniek en alle onderzoeken, fysiotherapie en alle andere ingrepen en behandelingen. De gegevens worden verzameld per patiënt, niet per afdeling, eenheid of locatie.
2. *Gebruikt gemeenschappelijke definities voor gegevens* –

DE ENIGE
WAARACHTIGE
MAATSTAVEN VOOR
KWALITEIT ZIJN DE
RESULTATEN DIE ERTOE
DOEN VOOR DE PATIËNT

Terminologie en datavelden met betrekking tot diagnoses, laboratoriumwaarden, behandelingen en andere aspecten van de zorg zijn gestandaardiseerd, zodat iedereen dezelfde taal spreekt en de gegevens overal in het zorgstelsel kunnen worden begrepen, uitgewisseld en bevestigd.

3. *Omvat alle soorten patiëntgegevens* – Notities van artsen, beeldmateriaal, instructies tot toediening van chemotherapie en andere gegevens worden centraal opgeslagen, zodat alle betrokkenen bij de zorg aan de patiënt een compleet beeld kunnen hebben van de behandeling en status.

4. *Het medisch dossier kan worden ingezien door iedereen die is betrokken bij de behandeling* – Met inbegrip van de doorverwijzende artsen en de patiënt zelf. Met de volgende eenvoudige ‘stress test’-vraag kan worden bepaald hoe toegankelijk de gegevens in een IT-systeem zijn: kan verplegend personeel de notities van de arts zien, en omgekeerd? In bijna alle gevallen is het antwoord vooralsnog van niet. Als men wil dat verschillende soorten medewerkers in de zorg werkelijk als team gaan samenwerken – bijvoorbeeld in een IPU – dan moet het alledaagse kost worden om informatie met elkaar te delen. Een adequaat medisch dossier betekent ook dat patiënten slechts één keer hun gegevens hoeven te geven en dat zij op een centrale plek afspraken kunnen boeken, herhalingsrecepten kunnen krijgen en met artsen kunnen overleggen. Ook moet het dossier het eenvoudig mogelijk maken om patiënten te vragen naar bepaalde soorten informatie die relevant zijn voor hun behandeling, bijvoorbeeld hun lichamelijk functioneren en hoeveel pijn ze hebben.

5. *Bevat sjablonen en expertise-systemen per medische aandoening* – Met sjablonen kan een IPU-team gemakkelijker en efficiënter gegevens invoeren en terugvinden, procedures uitvoeren, gestandaardiseerde *order sets* gebruiken en resultaten en kosten meten. Aan de hand van expertise-systemen kan medisch personeel bepalen welke stappen moeten worden genomen (bijvoorbeeld voor een ongebruikelijk onderzoek), en kan het ook mogelijke

risico’s signaleren (bijvoorbeeld wisselwerking tussen geneesmiddelen die misschien niet wordt opgemerkt als gegevens simpelweg in vrije tekst worden ingevoerd).

6. *Systeemarchitectuur maakt het gemakkelijker om informatie op te vragen* – In een waarde verhogend systeem kunnen de gegevens die nodig zijn om resultaten te meten, de kosten per patiënt bij te houden en patiënt-specifieke risico’s te bewaken, gemakkelijk worden opgehaald met behulp van gewone taal. Zo’n systeem stelt de patiënt in staat om te melden welke resultaten hij of zij ervaart met de ondergane behandeling, niet alleen na maar ook tijdens de behandeling, dit om de medische besluitvorming te verbeteren. Cruciaal is dat dergelijke gegevens soepel kunnen worden ingevoerd en opgevraagd. Zelfs in de meest geavanceerde

systemen van dit moment is dat echter slecht geregeld. Het meten van zorgresultaten en zorgkosten is daardoor onnodig duur.

ALLERLEI STUDIES BEVESTIGEN DAT VOLUME IN DE BEHANDELING VAN EEN AANDOENING NOODZAKELIJK IS OM WAARDE TE KUNNEN LEVEREN

Cleveland Clinic is een zorgaanbieder die het elektronisch patiëntendossier tot een belangrijke pijler heeft gemaakt onder zijn ‘Patiënt Centraal’-strategie door nagenoeg al deze doelen na te streven. Het ziekenhuis werkt er nu aan om patiën-

ten de volledige beschikking te geven over de aantekeningen van de artsen – ook dat is weer een manier om voor de patiënt te zorgen.

STARTEN MET DE WAARDE-AGENDA

De zes onderdelen van de waarde-agenda staan ieder op zich maar versterken elkaar. Door te organiseren in IPU’s wordt het gemakkelijker om resultaten en kosten goed te meten. Een betere resultaat- en kostenmeting helpt gebundelde vergoedingen samen te stellen en overeen te komen. Een gemeenschappelijk IT-platform maakt doeltreffende samenwerking mogelijk in de IPU-teams en maakt het ook gemakkelijker om gegevens over resultaten en kosten op te halen, te vergelijken en te rapporteren. Als er wordt gewerkt met gebundelde vergoedingen, worden de IPU’s sterker geprikkeld om als team samen te werken en

de waarde van de zorg te verbeteren. Enzovoort.

De invoering van de waarde-agenda is geen moment maar een reis die zorgverleners inzetten. Het begint met een overtuigende keuze voor waarde, een cultuur waarin de patiënt op de allereerste plaats komt, en de verwachting dat er aanhoudend meetbare verbetering tot stand zal kunnen worden gebracht. Deze reis vraagt om krachtig leiderschap en de vastberaden wil om alle zes elementen van de waarde-agenda in praktijk te gaan brengen. Bij de meeste zorginstellingen zal prioriteit moeten worden gegeven aan het opzetten van IPU's en het meten van resultaten en kosten.

Het zal inmiddels wel duidelijk zijn dat organisaties die snel vorderingen boeken met de invoering van de waarde-agenda daar enorm de vruchten van zullen plukken, zelfs al verandert de regelgeving maar traag. Naarmate de IPU's betere resultaten laten zien, zal hun reputatie verbeteren en zullen ze meer patiënten te behandelen krijgen. Dankzij de instrumenten voor kostenbeheersing en -reductie zullen zorginstellingen bedrijfseconomisch gezond blijven, ook wanneer de vergoedingsniveaus niet langer stijgen en uiteindelijk zullen gaan dalen. Zorginstellingen die behandelvolume concentreren, komen in een opwaartse spiraal waarbij de meer ervaren teams die over betere gegevens beschikken sneller meer waarde zullen leveren – met als gevolg dat ze nog meer volume aantrekken. Uitstekende IPU's zullen bij voorkeur worden benaderd met samenwerkingsvoorstellen, zodat zij hun activiteiten regionaal – en verder – kunnen uitbreiden.

Voor zorginstellingen met artsen die niet in loondienst zijn, zal het moeilijk worden om marktaandeel te behouden als die medici niet goed met elkaar samenwerken en de waardevermeerdering daardoor niet goed van de grond komt. Ziekenhuizen met artsen met een eigen praktijk (maatschap) zullen moeten leren werken als team om zich in de toekomst staande te kunnen houden. Resultaatmeting is waarschijnlijk de allereerste stap die moet worden gezet om ieders aandacht toe te spitsen op wat het meest telt.

Alle belanghebbenden bij de zorg hebben een cruciale rol te vervullen (zie figuur 3). Maar het komt vooral aan op de zorginstellingen. Hun directies en management-

teams zullen de visie en moed moeten hebben om te kiezen voor de waarde-agenda. Ook zullen zij de discipline moeten opbrengen om de onvermijdelijke weerstand en onrust die ze zullen ontmoeten te overwinnen. Het medisch personeel zal de behoeften van de patiënt en het creëren van waarde voor de patiënt zwaarder moeten laten wegen dan het behoud van de traditionele autonomie en manier van werken. Zorginstellingen die vasthouden aan het huidige kapotte systeem van de zorg, zullen niet overleven. Reputaties gebaseerd op perceptie in plaats van feitelijke resultaten zullen vergaan. Vasthouden aan bestaande kostenstructuren en tarieven in een steeds transparantere markt is gedoemd te mislukken. De instellingen die greep weten te krijgen op de waarde-agenda – of ze nu groot of klein zijn, en of het nu om een academisch of een streekziekenhuis gaat – zullen daarvoor worden beloond met financiële gezondheid en de enige reputatie die in de gezondheidszorg hoort te tellen: uitstekende resultaten en trots op de geleverde waarde.

Literatuur

Kaplan, R. & M.E. Porter (2011). How to Solve the Cost Crisis in Health Care. *Harvard Business Review*, September.

Porter, M.E. (2010). Measuring Health Outcomes. *New England Journal of Medicine*, December.

Porter, M.E., E.A. Pabo & T.E. Lee (2013). Redesigning Primary Care. *Health Affairs*, March.

Over de auteurs

M.E. Porter bekleedde ten tijde van de eerste publicatie van dit artikel in oktober 2013 de naar bisschop William Lawrence vernoemde leerstoel aan de universiteit van Harvard, opererend vanuit de Harvard Business School. T.H. Lee was ten tijde van de oorspronkelijke publicatie Chief Medical Officer bij Press Ganey; hij was eerder netwerk-president van Partners HealthCare.

Translated and reprinted by permission of Harvard Business Review. This article was originally published under the English title 'The Strategy that will fix Health Care', by Michael E. Porter and Thomas H. Lee, in the October 2013 issue of the Harvard Business Review, vol. 91, issue 10, pp. 50-70. © 2013 Harvard Business School Publishing Corp. (Distributed by The New York Times Syndicate); all rights reserved. This translation, © 2016 Harvard Business School Publishing Corp. (Distributed by The New York Times Syndicate). Vertaling: Raymond Gijsen.