

# Waardegedreven zorg: van hype naar

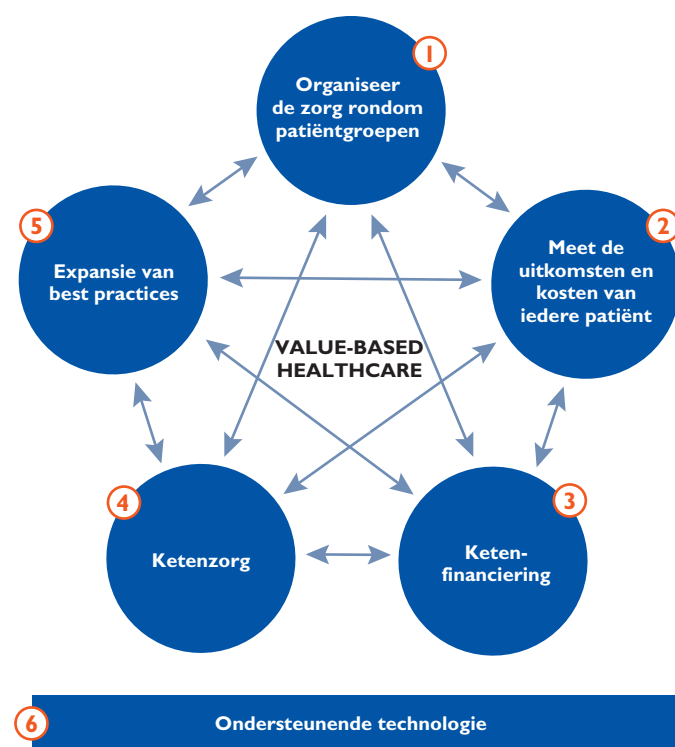
Value-based healthcare (VBHC) en Triple Aim zijn dé buzz-woorden in de Nederlandse gezondheidszorg. Maar wat ligt nu eigenlijk ten grondslag aan deze hypes? En met welk concept moet je als zorggroep, gezondheidscentrum of huisartsenpost aan de slag gaan? Lees in dit artikel de theoretische uitgangspunten van VBHC en Triple Aim én welk concept het beste toepasbaar is in de eerstelijnszorg.

Toekomstige businessmodellen in de zorg zullen zich steeds meer richten op meervoudige waardecreatie, waarin economische, klinische en psychosociale waarden met elkaar in evenwicht zijn. Dus geen nadruk op enkel kosten besparen of bovenmatige aandacht voor ervaringsverhalen, maar een evenwicht waarin het draait om het realiseren van de beste zorg en gezondheid voor de patiënt, tegen de laagst mogelijke kosten. Hierbij is niet één organisatie 'exclusief' aan zet, maar is een netwerk van organisaties nodig. In Nederland spreken we in dit verband meestal van waardegedreven zorg. Value-based healthcare (VBHC) en Triple Aim zijn uit de Verenigde Staten komen overwaaien en worden vaak in één adem genoemd onder de noemer waardegedreven zorg. Zowel VBHC als Triple Aim gaan over waarde toevoegen, maar beide met een compleet andere focus.

## Value-based healthcare

In het boek 'Redefining Health Care' beschrijft management-expert Micheal Porter dat VBHC gaat over het realiseren van de beste uitkomst voor de patiënt tegen de laagst mogelijke zorgkosten. Porter geeft aan dat het zorgpad van een patiënt als uitgangspunt genomen moet worden, zodat de toegevoegde waarde van de verschillende disciplines kan worden

Figuur 1: Het VBHC-implementatiemodel



*Value-based healthcare en Triple Aim gaan over waarde toevoegen, maar hebben een compleet andere focus*

bepaald. Het concept van VBHC is eigenlijk een uitgewerkte kosteneffectiviteitsmethode uit de gezondheidseconomie. Het vernieuwende dat Porter naar voren brengt is een implementatiemodel om de kloof te overbruggen van een volumegestuurd naar een waardegestuurd gezondheidszorgsysteem. Het VBHC-implémentatiemodel bestaat uit zes onderling samenhangende bouwstenen, zie figuur 1.

In Nederland is het VBHC-implémentatiemodel gebruikt voor de invoering van ketenzorg voor patiënten met chronische ziekten, zoals diabetes type 2, cardiovasculaire problematiek en COPD. In vergelijking met internationale best practices is de ketenzorgfinanciering in Nederland afwijkend, omdat alleen de eerstelijnszorgverleners zijn opgenomen in de ketenzorgcontracten, zie tabel 1. Door het ontbreken van tweedelijnszorgverleners in de ketenzorgcontracten, is de ketenzorg in Nederland ook aan te duiden als halve-ketenzorg. Daarnaast heeft er geen sturing plaatsgevonden op de implementatie, kan iedere huisarts besluiten om wel of niet aan een programma mee te doen en zijn er ook ketenzorgorganisaties die alleen overheadfinanciering krijgen. Mede hierdoor blijven de gewenste resultaten op het gebied van kwaliteitsverbeteringen en kostenbesparing achter. In landen als de Verenigde Staten, Engeland en Duitsland zijn daarentegen wel duidelijke

# aar hoop



In het buitenland zijn de effecten van VBHC beter doordat eerste én tweede lijn geïncorporeerd zijn in een lange-termijn ketencontract en samenwerken vanuit één organisatie-netwerk.

lijke, positieve effecten aangetoond. Daarvoor is een simpele verklaring: in deze landen zijn zowel de eerste als tweede lijn samen geïncorporeerd in een lange-termijn ketencontract en werken ze samen vanuit één organisatienetwerk. Substitutie is daarbij een intern sturingsvraagstuk tussen zorgaanbieders, waarbij innovatie en efficiency van de gehele keten gestimuleerd worden.

Er is ook kritiek op de ziekte-specifieke ketenaanpak die het VBHC-implementatiemodel voorstaat. Het risico van VBHC is dat de zorg voor mensen met een complexe zorgvraag verder gefragmenteerd wordt. Met name voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met multimorbiditeit of kwetsbare ouderen is het een reëel risico dat hun zorgvraag wordt

opgedeeld in verschillende onderdelen en bijbehorende stapeling van behandelprotocollen, ketenorganisaties en financieringsarrangementen. Onderzoek laat zien dat een effectieve behandeling niet tot stand komt door de simpele optelsom van specialistische expertises of ketens.

Een ander kritiekpunt is dat de VBHC-aanpak uitgaat van een concurrentiemodel tussen aanbieders op basis van gezondheids- en kostenuitkomsten. In de praktijk is dat mogelijk voor relatief laagcomplex (intramuraal) curatieve zorg, omdat het volledige zorgaanbod en de bijbehorende klinische en financiële risico's kunnen worden beheerst door één (ziekenhuis)organisatie. Voor de kwetsbare groepen in de samenleving zal een concurrentiemodel leiden tot een verdere

Tabel 1: Internationale voorbeelden

BEST PRACTICE	LAND	INTEGRATIE	RANDVOORWAARDEN	UITKOMSTEN		REFERENTIE
				Kosten	Kwaliteit	
Blue Cross Blue Shield Alternative Quality Contract	US	1 <sup>ste</sup> + 2 <sup>de</sup> lijn	5-jarig contract Shared savings & betaling per verrichting	▼	▲	Song et al. (2012 & 2014)
Torbay/Devon Community Care Group	Engeland	0 <sup>de</sup> + 1 <sup>ste</sup> + 2 <sup>de</sup> lijn	Meerjarige budgetten Health & Social Act 2012	▼	▲	Wade (2010)
Gesundes Kinzigtal Disease management	Duitsland	1 <sup>ste</sup> + 2 <sup>de</sup> lijn	10-jarig contract Shared savings	▼	▲	Hildebrandt et al. (2010)
Ketenzorg DM & CVRM Disease management	Nederland	1 <sup>ste</sup> lijn	Gebundelde betaling Ketencontract	▲	▶	Struijs et al. (2011 & 2016)

Legenda: ▼: Daling t.o.v. de benchmarkgroep; ▲: Stijging t.o.v. de benchmarkgroep; ▶: Marginaal effect.

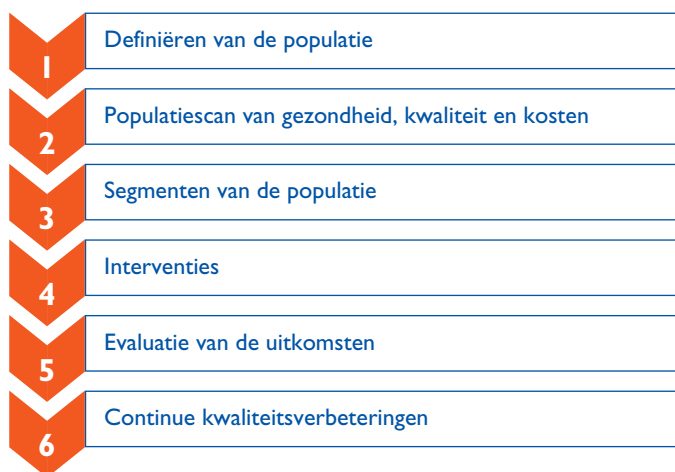
versnippering of zelfs erosie van hun zorgaanbod. Oftewel, waardegedreven *cherry picking*.

### Triple Aim

De Triple Aim aanpak gaat een stap verder dan VBHC en stelt dat een populatieaanpak en multi-stakeholder samenwerking nodig zijn om waarde te creëren. Donald Berwick beschrijft dat de Triple Aim draait om een driedelige doelstelling die gelijktijdig moet worden nagestreefd. Ten eerste het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg. Als tweede draait het om het verbeteren van de gezondheid van een populatie. Het derde doel is het verlagen van de zorgkosten. De organisatie van zorg is gericht op het hele netwerk van preventie, zorg en welzijn en richt zich op de behoefte en zorgvraag van een specifieke (deel)populatie. Het doel van deze integrale samenwerking is het behalen van een optimale uitkomst op het gebied van kwaliteit, gezondheid en kosten (Triple Aim).

In de praktijk komt dit erop neer dat een groep zorgaanbieders op een gecoördineerde manier samenwerkt en bereid is hiervoor risico te dragen. Ze zijn dus gezamenlijk verantwoordelijk voor het wel of niet realiseren van de kwaliteit en kosten van de zorg. Om het Triple Aim-concept te laten slagen, is naast technologische innovatie en de wil tot samenwerking, vooral ook de politieke wil om tot verbetering te komen, belangrijk. Het implementatiemodel voor Triple Aim wordt populatiemanagement genoemd. Een voorbeeld van een Triple Aim implementatiemodel is het populatiemanagementmodel van de Care Continuum Alliance, zie figuur 2.

Figuur 2: Het Triple Aim-implementatiemodel



De Triple Aim aanpak gaat nadrukkelijk uit van een populatiegerichte aanpak en heeft daardoor vooral een beleidsmatige macro-oriëntatie. Hierdoor is deze aanpak minder relevant voor de praktijk van alledag. Om de Triple Aim effectief te implementeren moet de 'hoe-dan-vraag' ook op micro- en mesoniveau verder worden uitgewerkt. De Triple Aim veronderstelt namelijk dat de gezondheidszorg een complex systeem is bestaande uit verschillende elementen waartussen

relaties bestaan. Dit kunnen mensen zijn maar ook afdelingen, organisaties, computersystemen, of anderszins. Dit betekent dat wanneer één oorzaak wordt aangepakt, dit zomaar een negatief effect kan hebben op een ander probleem. Een bezuiniging of kostenbesparing binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen kan leiden tot een grotere kostenstijging op de spoedeisende hulp of huisartsenpost. Onderzoek laat zien dat veel initiatieven hier al sneuvelen. Dit komt doordat in Nederland de benodigde integrale financierings- en beleids-

## Zonder aanpassing binnen het zorgstelsel is Triple Aim vooral een beleidsmatige ambitie

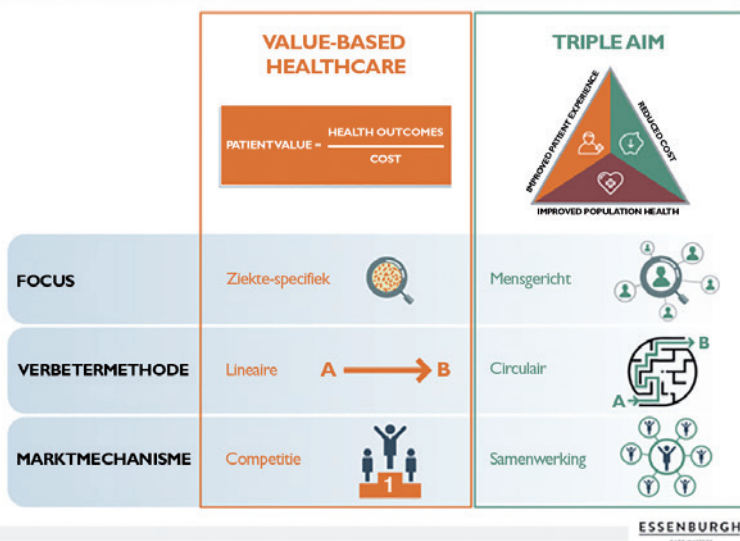
randvoorwaarden over het hele netwerk van preventie, zorg en welzijn ontbreken. Hierdoor ontstaan er geen regionale organisatie-netwerken die klinische en financiële risico's van een regionale populatie kunnen, willen en mogen dragen. Het ontbreken van een positieve regionale business case, maakt dat de Triple Aim in Nederland vooral een beleidsmatige ambitie is met de bijbehorende korte termijn subsidiekermis. Zonder aanpassing binnen het zorgstelsel is de Triple Aim slechts op onderdelen toepasbaar in Nederland. Dit is ook gebleken uit de Proeftuinen populatiemanagement.

### Value-based healthcare of Triple Aim?

In figuur 3 laten we de drie belangrijkste verschillen tussen de VBHC en Triple Aim aanpak zien. Ten eerste is de VBHC-aanpak een ziekte-specifieke ketenaanpak, terwijl de Triple Aim uitgaat van een populatiegerichte aanpak. Ten tweede is VBHC een voorbeeld van een lineaire verbeteringsaanpak afgeleid uit de (auto)industrie, waar de Triple Aim uitgaat van circulaire causaliteit tussen interventies en uitkomsten, afgeleid uit de complex adaptief systeemtheorie. Tot slot, gaat het VBHC-concept uit van concurrentiemodel op basis van uitkomsten en de Triple Aim van een samenwerkingsmodel voor het uitwisselen van producten, diensten en kennis.

Het denkkader van de Triple Aim sluit nauw aan bij de definitie van de eerstelijnszorg, waarin huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed met elkaar samenwerken en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd naar de gemeenten, GGD'en en ziekenhuizen. Door de invoering van de (halve-)ketenzorg in Nederland is de ziekte-specifieke VBHC-aanpak ook de eerstelijnszorg binnengeslopen. Deze ziekte-specifieke ketenaanpak staat op gespannen voet met de mensgerichte benadering van de eerstelijnszorg. De Triple Aim is dus het kansrijkste groeimodel om vanuit de eerste lijn invulling te geven aan waardegedreven zorg. Voorwaarde

Figuur 3: Verschillen tussen value-based healthcare en Triple Aim



daarbij is om de concurrentie (de facto) buiten werking te stellen en te sturen op samenwerking.

### Van hype naar hoop

Deze transitie vraagt om ondernemerschap van lokale zorgaanbieders die samen met partners in de regio het klinische en financiële risico willen lopen voor het al dan niet behalen van zorguitkomsten en kostenbesparingen. Daarnaast is contractinnovatie bij de zorgverzekeraars nodig voor het realiseren van de nodige doelmatigheids- en kwaliteitsprikkelers. Ook moeten beleidsmakers de partijen in het veld de vrijheid geven om de optimale vorm en schaal van zorg te organiseren die past bij de lokale populatie en stoppen met het gelijktijdig stimuleren van concurrentie en samenwerking in het veld.

## Stop met het gelijktijdig stimuleren van concurrentie en samenwerking in het veld

Kortom: er is werk aan de winkel. Maar het wetenschappelijk bewijs ligt er dat organiseren over de traditionele domeinen heen vanuit een brede blik op gezondheid resultaat oplevert én we hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden! Buitenlandse initiatieven laten zien hoe we de Nederlandse polderimpasse op weg naar waardegedreven zorg in de praktijk kunnen doorbreken. <<

Tekst:

Dr. Pim Valentijn, adjunct-directeur Essenburg Training & Advies, oprichter en president Integrated Care Evaluation (ICE) en senior onderzoeker bij Maastricht University & Academisch Ziekenhuis Maastricht

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

## Anoeska heeft gelijk



In Medisch Ondernemen, dat zich vooral richt op zorgprofessionals, gaf Anoeska Mosterdijk van InEen vorige maand aan dat het tijd wordt dat het eerstelijns MKB zich verenigt en organiseert. Een prima boodschap aan de individueel of kleinschalig georganiseerde zorgaanbieders. Maar ook de doelgroep van InEen, de bestuurders van eerstelijnsorganisaties, zijn aan zet. Er zijn gewoon te veel eerstelijnsorganisaties die zich bezighouden met gelijksoortige of gelieerde taken.

### Belangen loslaten

Een goede invulling van de module Organisatie & Infrastructuur (O&I) vereist gemandateerde en krachtige regionale eerstelijnsorganisaties, zodat in een netwerk met andere stakeholders daadkrachtig kan worden opgetreden. Dat betekent dat we over onze eigen schaduwen heen moeten springen. Als bestuurders, besturen en managers van zorgorganisaties hebben we ook eigen belangen, maar die moeten we in het belang van een effectieve, krachtige eerstelijnszorg durven loslaten.

### Zelf regelen

Daar waar Anoeska in Medisch Ondernemen de individuele professionals oproept, richt ik me tot de bestuurders en toezichthouders van 95 procent van alle zorgregio's, omdat fragmentatie daar tot versnippering leidt. Door vast te houden aan de huidige organisaties, ontstaan er geen krachtvolle geïntegreerde eerstelijnsorganisaties. En die zijn noodzakelijk om antwoord te kunnen geven op de maatschappelijke uitdagingen. Als we de bundeling van eerstelijnskracht in de regio zelf regelen, kunnen we er mede vorm aan geven. Doen we dat niet, dan gaan anderen het voor ons doen of verliezen we de regie. Een transformatie van de organisatiestructuur in de eerste lijn is niet vrijblijvend.

### Opdracht voor InEen

Aansluitend zal ook InEen als landelijke koepel zich aan moeten passen aan deze nieuwe realiteit: minder leden en meer regionale inbreng. Anoeska krijgt met haar gelijk ook zelf een opdracht!

Jan Erik de Wildt,  
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar [je.dewildt@de-eerstelijns.nl](mailto:je.dewildt@de-eerstelijns.nl)