

# Value based health care – een introductie

Sinds Michael Porter in 2006 zijn boek *Redefining Health Care, Creating Value Based Competition on Results* schreef, is voor velen ‘waarde van zorg’, of ‘value based health care’ de nieuwe mantra geworden. Maar wat bedoelen ze daar eigenlijk mee? En belangrijker: wat heeft de patiënt eraan? Stef Groenewoud, senior-onderzoeker bij IQ healthcare, ontleedt dit thema voor u.

**Door: A.S. Groenewoud**

**E**r is in Nederland de afgelopen jaren veel gepubliceerd over waarde van zorg. Wie nu op internet een kleine zoekactie uitvoert met de termen ‘waarde’, ‘value’ en/of ‘zorg’ vindt bijvoorbeeld enkele publicaties van grote adviesorganisaties zoals Boer en Croons *Naar waardecreatie in de zorg*, BCG’s *Zorg voor Waarde* en KPMG’s *Measuring Value*. Je kunt je afvragen waarom nu juist deze consultancybureaus de eerste goede vertalingen van Porters gedachtegoed naar de Nederlandse zorg lijken te hebben gemaakt. Het zijn in ieder geval stuk voor stuk interessante en ‘waardevolle’ bijdragen, die veel beweging in de zorg hebben veroorzaakt. Waarde van zorg behoeft anno 2014 dan ook geen uitgebreide introductie meer. Toch ontleed ik graag dit thema. Daarbij plaats ik het in de lijn van de ontwikkeling die het kwaliteitsdenken in Nederland de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Belangrijk daarbij is vooral de conceptuele betekenis van het waardebegrip. En vervolgens proberen we de volgende vraag te beantwoorden: ‘Hoe meet je waarde van zorg?’ We zullen daarbij zien hoe belangrijk bestaande databronnen zijn en dat de kracht vooral zit in de combinatie van deze bronnen. Het artikel sluit af met een waardenagenda voor de toekomst met als titel ‘Doe het licht aan in de zorg’.

een enorme ontwikkeling doorgemaakt (zie kader). Een deel van die ontwikkeling heeft plaatsgevonden over de bekende as: structuur, proces, uitkomst. Deze ontwikkeling is bijvoorbeeld goed af te lezen aan het type kwaliteitsindicatoren dat in de afgelopen jaren in gebruik is geraakt.

In de eerste sets prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen van de IGZ werden vooral structuur- en later ook procesindicatoren gemeten, zoals het hebben van een joint-careprogramma bij orthopedische ingrepen of de aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen. Pas later is de nadruk veel meer op uitkomstindicatoren komen te liggen. Dat waren in eerste instantie negatieve uitkomsten, zoals wondinfectiepercentages. Meer recent zijn ook de Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in zwang geraakt: een methode om uitkomsten van zorg via de patiënt vast te stellen. Een volgende stap in het kwaliteitsdenken, zeg maar het ‘kwaliteitsdenken 2.0’, is dat uitkomsten van zorg ten eerste breed worden opgevat (zie de volgende paragraaf) en ten tweede in perspectief worden gezien met de kosten van een behandeltraject. Dan gaat het echt over ‘waarde van zorg’.



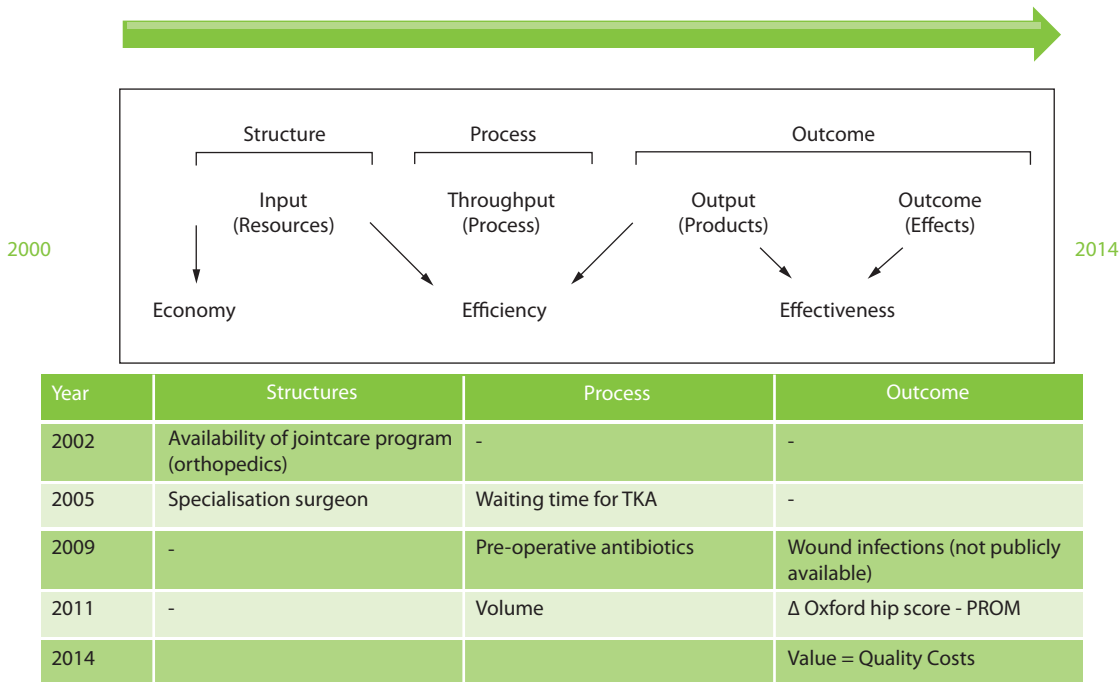
Stef Groenewoud

## Waarde van zorg is ‘kwaliteitsdenken 2.0’

De afgelopen dertig jaar heeft het kwaliteitsdenken in de Nederlandse gezondheidszorg

## Waarde: kwaliteit, kosten, gepastheid

Waarde van zorg is een begrip dat voor velerlei uitleg vatbaar is. Voor je het weet wordt het



Figuur 1. Van structuur naar outcome en waarde

daarmee ook een hol begrip. Conceptueel is het de uitdaging om *value based health care* zo eenvoudig mogelijk in te vullen. Alleen dan is zij ook hanteerbaar en inzetbaar voor verbetering van de toegevoegde waarde van de zorg. De eerdergenoemde Michael Porter heeft dit goed aangevoeld. Hij definieert waarde als: ‘de zorguitkomsten per gependeerde euro’. De kosten betreffen de *integrale kosten* van de totale keten van zorg rondom een patiënt(type). Zorguitkomsten zijn het *resultaat* van een hele keten. Hoe ze precies worden gedefinieerd en welke dimensies ze bestrijken, is afhankelijk van het type zorg. Bijvoorbeeld in de zorgketen rond zwangerschap en geboorte gaat het uiteindelijk om een gezonde moeder en een gezond kind. In de chronische zorg kan bijvoorbeeld naast klinische parameters meer nadruk liggen op kwaliteit van leven. Er is naast kwaliteit en kosten nog een derde element van waarde van zorg. Het is belangrijk dit element te benoemen, omdat het zowel de kwaliteit van de zorg direct beïnvloedt als ook de kosten. Dat is de *gepastheid* van de zorg. Onder *gepastheid* verstaan we de mate waarin de zorg voor een patiënt ook daadwerkelijk geïndiceerd is.

Dit begint bij de richtlijn. We mogen aannemen dat zorg conform de richtlijn geïndiceerde zorg is en dus gepast is. Daaromheen bevindt zich altijd een bandbreedte. De zorgverlener moet altijd een aantal vrijheidsgraden hebben bij de zorgverlening, anders zou er sprake zijn van ‘kookboekgeneeskunde’. Een deel van deze bandbreedte, die

ook wel praktijkvariatie wordt genoemd, is gewenst en een deel is ongewenst. Die ongewenste variatie in de zorg is ongepaste zorg. Dit kan zowel onder- als overbehandeling zijn. Resumerend zijn er dus drie bestanddelen van waarde van zorg: uitkomsten van zorg (effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid), kosten (de integrale kosten van een zorgketen) en gepastheid.

### Waarde meten kan administratieve lasten-druk verlagen

Wil het concept waarde van zorg daadwerkelijk functioneren, dan moet het niet alleen worden

#### Ontwikkeling kwaliteitsdenken in de zorg

In Nederland gaat het kwaliteitsbeleid in de 20e eeuw vooral uit van professionele zelfregulering. De waarborg voor de kwaliteit van de (medische) zorg is gelegen in het systeem van intercollegiale toetsing en visitaties vanuit beroepsgroepen. Sinds de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw is in een aantal landelijke conferenties en uiteindelijk via de kwaliteitswet zorginstellingen vastgelegd dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor een zorgvuldig kwaliteitsbeleid. Sinds het begin van de 21e eeuw is de nadruk steeds meer komen te liggen op de externe verantwoording en transparantie van kwaliteit van zorg. Dit heeft onder meer te maken met de steeds belangrijker wordende rol van de patiënt (als ‘kiezende consument’) en van de verzekeraar (als selectieve zorginkoper). Om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, begonnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), patiënten- en consumentenorganisaties en verzekeraars vanaf circa 2003 steeds meer te werken met zogeheten prestatie- of kwaliteitsindicatoren. In eerste instantie was het vooral de IGZ die met kwaliteitsindicatoren inzicht wilde krijgen in de kwaliteit van het zorgproces. Na 2005 veranderde het perspectief naar uitkomsten van zorg en gingen belanghebbende veldpartijen de indicatoren per zorgsector zelf benoemen. Zo ontstond er een aparte afdeling op het gebied van kwaliteitsindicatoren: het ‘Programma Zichtbare Zorg’.



Figuur 2. Niet gepast: onder- en overbehandeling

geoperationaliseerd maar ook gemeten. Hier moeten we geleerd hebben van de sets prestatie-indicatoren die enkele jaren geleden als paddestoelen uit de grond schoten. In allerijl werden nieuwe indicatoren ontwikkeld, met nieuwe meet- en uitvraagmethoden, die de administratieve lastendruk in de zorg alleen maar verder deden toenemen. Het leidde uiteindelijk tot het ‘Zichtbare-Zorg-debacle’. Bij het meten van ‘waarde’ moet dat worden vermeden. Sterker nog: waarschijnlijk kan de administratieve lastendruk juist sterk afnemen. Dat kan alleen indien we bij het meten van (de bestanddelen van) waarde gebruik maken van bestaande bronnen.

Inzicht in mogelijk onder- en overgebruik in de zorg, althans de regionale *praktijkvariatie*, kan bijvoorbeeld worden verkregen door gebruik te maken van declaratiedata van verzekeraars, maar ook uit klinische registraties met landelijke dekking. *Kosten van zorg* kunnen eveneens

uit die declaratiedata worden afgeleid, of uit bijvoorbeeld het DBC-Informatie-Systeem (DIS). Voor het meten van *kwaliteit van zorg* zijn diverse bestaande databronnen bruikbaar: klinische registraties, CQi/PROM-uitvragen, het DIS en opnieuw de declaratiedata. Ook de indicatoren van (voorheen) Zichtbare Zorg zijn in sommige gevallen nog altijd een bruikbare bron, hoewel het niet lang meer zal duren voordat ook deze indicatoren via de genoemde andere bronnen zullen worden gemeten.

**De kracht van de combinatie van bronnen**

De kracht van ‘waarde’ van zorg is dat het een samengesteld concept is. De kracht van metingen en visualisaties van waarde van zorg liggen, als het goed is, dan ook in de combinatie van data uit verschillende bronnen. Een tweetal voorbeelden kan dit illustreren.

In Engeland werd al langere tijd geregistreerd op welke manier Totale Knie Prothesen (TKP)

	Klinische registraties	Administratieve data	CQi/PROM	IGZ/ZiZo
Praktijkvariatie	✓	✓		
Kwaliteit	✓	✓	✓	✓
Kosten		✓		

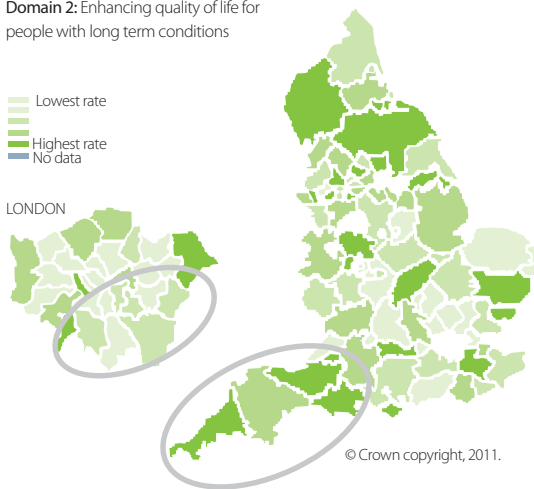
Figuur 3. Bronnen voor het meten van waarde

Problems of the musculo-skeletal system

**Map 53:** Average patient reported health gain (Oxford Knee Score : OKS) from knee replacement procedures by PCT

2009/10

**Domain 2:** Enhancing quality of life for people with long term conditions

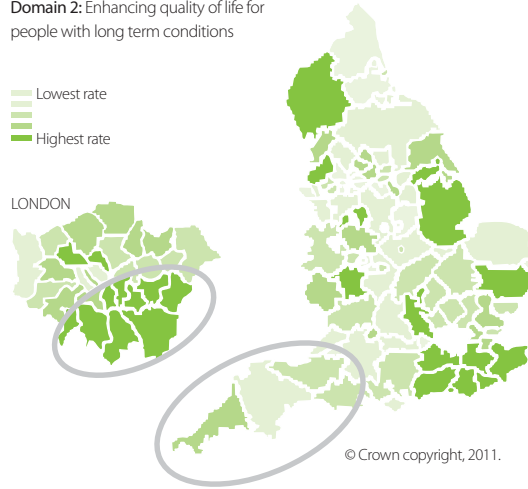


Problems of the musculo-skeletal system

**Map 52:** Proportion (%) of cementless knee arthroplasty procedures per all knee arthroplasty undertaken in hospital by PCT

2009/10

**Domain 2:** Enhancing quality of life for people with long term conditions



Figuur 4. Voorbeeld PROM/klinische registratie in kniezorg NHS

werden gedaan: gecementeerd waarbij de prothese in het been werd bevestigd met een soort cement of on gecementeerd. Lange tijd was er discussie over de beste methode. Totdat men bedacht dat de verschillen in methode (letterlijk) in kaart konden worden gebracht met behulp van registraties van ziekenhuizen. De resultaten werden in kaart gebracht via patiëntgerapporteerde uitkomsten. De combinatie van deze visualisaties leidde tot het beeld dat de gecementeerde TKP tot betere patiëntgerapporteerde resultaten leidt.

Nog krachtiger is het volgende voorbeeld, omdat het hier om een combinatie van twee van de drie bestanddelen van waarde gaat: gepastheid (praktijkvariatie gemeten via declaratiegegevens van ziekenhuizen) en kwaliteit (gemeten via een PROM).

Figuur 5 toont op de x-as de praktijkvariatiescore van instellingen die ingrepen ten behoeve van TKPs uitvoeren. Hoe verder naar rechts, hoe meer ingrepen per 100.000 inwoners een instelling verricht. Daarbij gaat het soms om instellingen met een bovenregionale functie zoals landelijk werkende ZBC's. Het kan ook zijn dat zo'n instelling eenvoudigweg sneller bereid is tot opereren dan een andere instelling. Om daarop meer zicht te krijgen, is het interessant te kijken naar de gemiddelde hoogte van het klachtenniveau (pijn, beperkingen in mobiliteit enzovoort) van patiënten die in die instelling zijn geholpen. Er blijken instellingen te zijn die relatief veel operaties per 100.000 inwoners uitvoeren en die ook bereid zijn al bij een gemiddeld laag klachten-

niveau tot een operatie over te gaan. Voor een verzekeraar vormt dit op zijn minst input voor een goed gesprek met de instelling over het hoe en het waarom.

**Wat is nodig?**

Het operationaliseren, het meten en het vergelijken van toegevoegde waarde in de zorg staan nog maar in de kinderschoenen. Er zijn drie dingen nodig om het concept de komende jaren echt te laten functioneren: er moet ten eerste transparantie komen van verschillen in zorggebruik, kwaliteit en kosten en de combinatie daarvan, kortom het licht moet aan in de zorg. Deze transparantie kan alleen goed tot stand komen als er ten tweede ook data beschikbaar komen. Deze data moeten worden bewerkt en geanalyseerd met voldoende kennis van zaken, volgens de laatste wetenschappelijke inzichten. Ten derde dient er een

**Wat is bekend?**

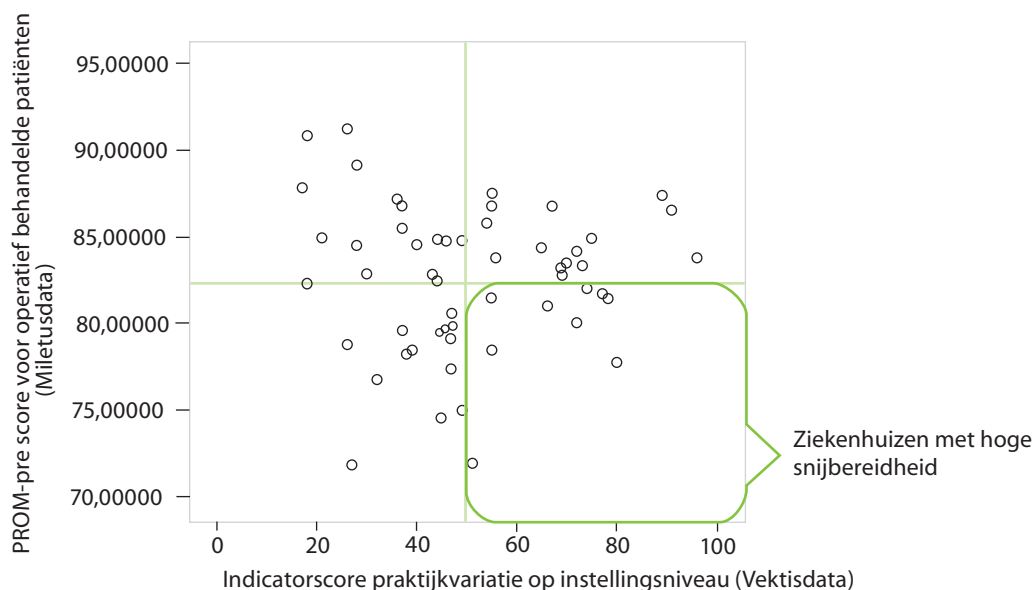
Het waardebegrip is populair geworden in de zorg. Op steeds meer manieren ontstaat inzicht in kwaliteit van zorg, kosten en het zorggebruik.

**Wat is nieuw?**

De combinatie van deze elementen levert inzicht in toegevoegde waarde. Toegevoegde waarde is 'kwaliteitsdenken 2.0'.

**Wat kun je ermee?**

Met inzicht in toegevoegde waarde weten patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders welke zorg de beste prijs-kwaliteitverhouding heeft. Bovendien ontstaat inzicht in de waarde van de keten en ligt de focus niet langer op de afzonderlijke schakeltjes daarin.



Figuur 5. Waarde zit hem in de combinatie van data

dekkende kwaliteitsagenda te zijn die transparantie van waarde van zorg prioriteert; niet alleen van de voor de hand liggende zorgdomeinen, maar ook van die onderdelen van de zorg die wellicht minder sexy zijn, of zelfs maatschappelijk gevoelig liggen. Ik werk deze drie hoofdbestanddelen van een waardeagenda hieronder uit.

### 1. Doe het licht aan in de zorg

Ten eerste moet 'het licht aan' in de zorg. Transparantie bestaat er momenteel slechts nog op onderdelen. Er zijn overzichten hoe instellingen scoren op diverse kwaliteitsparameters en er zijn websites waar patiënten recensies kunnen geven naar aanleiding van hun ervaring met hulpverleners. Daarnaast hebben we toegang tot gegevens over de kosten van de zorg, bijvoorbeeld via het RIVM of het CBS. Helaas staat dit alles nog los van elkaar. Het wordt tijd dat op een toegankelijke manier informatie beschikbaar komt over de toegevoegde waarde van de zorg. Dus informatie die (verschillen in) zorggebruik, kwaliteit en kosten op elkaar betreft en vertaalt naar patiënten en burgers. Een mooi begin lijkt gemaakt met de infographic die de NPCF en Zorgkaart Nederland begin dit jaar publiceerden over de rughernia.<sup>1</sup> Alle genoemde ingrediënten zijn hierin voor het eerst bijeengebracht.

### 2. Een productieketen voor waardevolle zorginformatie

Om dit te realiseren moeten bestaande data-

bronnen waar mogelijk worden ontsloten. Dat wil uiteraard niet zeggen dat de data zomaar op straat terechtkomen, maar wel dat de data zorgvuldig worden bewerkt, geanalyseerd en geïnterpreteerd in een gezamenlijke productieketen. Aan het begin van die keten staan de dataverzamelaars (bijvoorbeeld het declaratieverkeer, een klinische registratie), gevolgd door de datawarehouses, wetenschappelijk onderzoekers en verenigingen en uiteindelijk de informatievragers zoals (patiënten)organisaties, media, verzekeraars, toezichthouders enzovoort.

In het buitenland bestaan al goede voorbeelden van dit soort productieketen. In Engeland werken diverse universiteiten samen met NHS Rightcare als het gaat om de Atlas of Variation. In Duitsland wordt Faktencheck-Gesundheit.de (een voor het brede publiek bedoelde site met informatie over zorggebruik, kwaliteit en kosten) gerealiseerd door de (private) Bertelsmann Stiftung, universiteiten, wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten enzovoort.

### 3. Prioriteer zorgcategorieën en begin gewoon

Ten slotte zijn een goede agendering en prioritering van domeinen van zorg nodig, waar een aanvang kan worden gemaakt met het transparant maken van waarde van zorg. Op dit moment gebeurt dit nog nauwelijks op een weloverwogen manier. De werkgroep

kwaliteit van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) werkt sinds een aantal jaren weliswaar met zo'n agenda, maar het is onduidelijk welke criteria deze werkgroep hanteert bij het prioriteren van domeinen van zorg. In eerste instantie is vooral ingezet op een aantal electieve aandoeningen met bijbehorende ingrepen, zoals staar, orthopedische prothesen (heup, knie) enzovoort.

Idealiter wordt natuurlijk allereerst ingezet op het transparant maken van die onderdelen van de zorg waar veel winst te behalen is in termen van zorggebruik (minder onder- en overbehandeling), kwaliteit en kosten. Consequentie is wel dat dan ook onderwerpen zullen worden aangepakt, die minder aansprekend zijn, of juist erg (politiek) gevoelig liggen. Een goed voorbeeld daarvan is *end of life care*. Bekend is dat de kosten van het zorggebruik in het laatste levensjaar zo'n 15 maal hoger zijn dan in een gemiddeld ander levensjaar. Bovendien is nog veel kwaliteitswinst te boeken bij de zorg tijdens het levenseinde. In de laatste zes maanden van het leven wordt 40 procent van de mensen minimaal 1 keer verplaatst naar of van een andere

zorgsetting. Nog altijd overlijdt ruim 30 procent van de mensen in een ziekenhuis, terwijl 80 procent van de Nederlanders zegt liever thuis te overlijden. Bovendien is bekend dat de kwaliteit van zorg tijdens het levenseinde (palliatieve zorg) op verpleegafdelingen van algemene ziekenhuizen niet altijd van het gewenste niveau is.<sup>2</sup> Het is daarom des te opvallender dat verantwoordelijke partijen (verzekeraars, kwaliteitsinstituut, aanbieders, overheid) *End of Life Care* tot op heden nog niet hebben geprioriteerd als onderwerp voor transparantie van waarde van zorg. Het wordt daarom hoog tijd dat ook voor de zorg tijdens het levenseinde het licht aan gaat.

#### Noten

- 1 <http://www.sin-nl.org/wp-content/uploads/2014/01/NPCF-infographic-Rughernia-27-1-2014-20140122.pdf>.
- 2 M. Tanke, S. de Smit, A.S. Groenewoud en M. Boddaert (2012). Palliatieve zorg op de juiste plek – Een maatschappelijke business case, *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, (12) 1, p.12-22.

#### Informatie over de auteur

**Stef Groenewoud** is senior-onderzoeker bij IQ healthcare.

**een goede kennis...**

**...door de vakopleidingen voor adviseurs, managers en kwaliteitsprofessionals**  
najaar 2014

Keuze uit **GRATIS** boek bij inschrijving vóór 16 september!\*

Informatie of inschrijven? [www.overmanagement.nl/opleidingen](http://www.overmanagement.nl/opleidingen)

**SIGMA** Over Management **vakmedianet**  
media voor professionals