



Concepten van Porter en Teisberg vertaald  
naar Nederlandse praktijk

# Het creëren van toegevoegde waarde voor de patiënt (1)

Nederland is het enige land dat 98 ongedifferentieerde ziekenhuizen kent: iedereen biedt alles, met relatief korte reisafstanden tussen de vele zorgaanbieders. In andere landen zoals Engeland, Duitsland, Frankrijk en Amerika zijn klinieken al veel meer gespecialiseerd. Dit hangt gedeeltelijk samen met de manier waarop de gezondheidszorg (en het verzekeringsstelsel) in Nederland is ontwikkeld en georganiseerd. In dit artikel gaan de auteurs in op de acht principes van 'value based competition' van Porter en Teisberg die ze vertalen naar de Nederlandse gezondheidszorg. In het tweede artikel (*Zorgmarkt*, nummer 2, 2008) gaan ze specifiek in op de toegevoegde waarde van Porter en Teisberg voor de ziekenhuiszorg.

Centraal in de ideeën van Porter en Teisberg staan begrippen als: 'value for patients', 'value based competition on results' en 'competition on medical conditions of the full cycle of care'. Het doel van een zorgaanbieder moet, volgens Porter en Teisberg (2006)<sup>1</sup>, zijn: waarde toevoegen voor patiënten ('value for patients'). Waarde wordt hierbij gezien als gezondheidsresultaat per uitgegeven dollar. De toegevoegde waarde kan alleen worden gemeten op ziekte en behandelingsniveau. Concurrentie moet plaatsvinden op basis van gezondheidsresultaten. Waarde moet worden gemeten over het gehele zorgproces (care cycle<sup>2</sup>) en niet voor ingrepen of individuele procedures apart. Maar als het gaat om het creëren van de toegevoegde waarde moet je juist terug naar de kleinste organisatorische eenheid, waar waarde wordt gecreëerd, in dit geval dus primair in het directe patiëntencontact.

De zorgaanbieder die over de hele keten van zorg gericht op een specifieke aandoening<sup>3</sup> de beste resultaten per geïnvesteerde euro behaalt, is de concurrent altijd voor, zo stellen Porter en Teisberg. Aanbieders moeten gaan denken in termen van totaalconcepten en programma's, voor specifieke aandoeningen of situaties, zoals diabetes, nierdialyse en zwangerschap, in plaats van te denken en organiseren op basis van aparte specialismen en verrichtingen. Maar ze moeten tegelijk denken vanuit de arts-patiënt- en verpleegkundige-patiëntrelatie. Dit betekent ook dat zorgaanbieders af moeten van het alles willen aanbieden. Specialisatie en differentiatie zijn noodzakelijk. Je kunt niet op alle terreinen de beste resultaten behalen.

## Toegevoegde waarde voor de patiënt

Porter en Teisberg geven aan dat concurrentie tussen zorgaanbieders op de toegevoegde waarde voor de patiënt (value based competition) gebaseerd zou moeten zijn op een achttal principes. Deze acht principes zijn:

1. Focus moet liggen op de waarde voor patiënten en niet eenzijdig op het verlagen van de kosten.
2. Concurrentie moet plaatsvinden op basis van gezondheidsresultaten.
3. Concurrentie moet zich richten op de totale keten van zorg en behandeling van een specifieke medische aandoening.
4. Zorg van hoge kwaliteit is ook minder kostbaar (high quality care should be less costly).
5. De waarde die door de zorgaanbieder wordt gecreëerd ontstaat door ervaringen, schaalgrootte en leereffecten op de specifieke medische aandoening.
6. Concurrentie moet niet alleen regionaal maar ook landelijk plaatsvinden.
7. Informatie over behaalde resultaten is breed beschikbaar.
8. Innovaties die extra waarde toevoegen, moeten sterk worden beloond.

## Ad 1. Focus op toegevoegde waarde voor patiënten

De focus van de zorgaanbieder zou moeten liggen op het gehele zorgproces dat een patiënt met een bepaalde aandoening moet doorlopen en niet op individuele ingrepen. Het is de vraag of dit voor alle segmenten van de zorg in dezelfde mate belangrijk is. De vraag is of de concepten van Porter en Teisberg niet om een meer genuanceerdere benadering vragen. Uitgaande van differentiatie van zorg (ook wel segmenten van zorg genoemd) vraagt ieder soort zorg toch om een eigen benadering in product/marktcombinaties, logistieke aansturing, huisvesting en dergelijke. Bovendien heeft ieder segment met andere marktontwikkelingen en concurrenten en/of samenwerkingspartners te maken. Dat zou kunnen betekenen dat elk segment een eigen aansturing, vormgeving en beleid kent en elk segment een andere benadering heeft en een andere toegevoegde waarde<sup>4</sup>.

## Ad 2. Concurrentie gebaseerd op gezondheidsresultaten

De enige manier om waarde snel te laten groeien in de zorg is door middel van concurrentie op gezondheidsresultaten. Richtlijnen en protocollen zijn relevant om artsen te coachen en kennis te verspreiden over best practices. Echte vormen van succes verkrijgt je door betere behandelresultaten te boeken (kwaliteit versus kosten), niet alleen door het volgen van bepaalde richtlijnen en/of protocollen (Porter en Teisberg). Aanbieders zouden zichzelf meer moeten gaan spiegelen en vergelijken op resultaten met de andere aanbieders. Wetenschappelijke verenigingen zouden bijvoorbeeld voor het eigen vakgebied behandelresultaten kunnen

benoemen, met daarbij de goede meet- en registratiemethoden. De wijze waarop een resultaat wordt geformuleerd, de manier waarop informatie wordt geregistreerd, verzameld en verstrekt, heeft namelijk grote invloed op de juistheid en vergelijkbaarheid van gegevens. Wil je concurrentie laten plaatsvinden op behandelresultaten, dan is goede van tevoren geaccordeerde informatie een absolute voorwaarde.

### **Ad 3. Concurrentie op totale keten van zorg**

Het zorgproces rondom medische aandoeningen moet eigenlijk gedefinieerd worden vanuit het perspectief van patiënten. Aanbieders moeten zich organiseren rondom medische aandoeningen en niet rondom deskundigheden of specialismen. Toegevoegde waarde kan eigenlijk alleen worden gemeten over de hele zorgketen en niet over een beperkte interventie, zo stellen Porter en Teisberg.

Deze redenering klinkt waarschijnlijk maar is praktisch niet altijd logisch door te vertalen. Er kan een inhoudelijke tegenstrijdigheid zitten in deze gedachtegang. Als je een totaalconcept nastreeft, betekent dat dat je alles rondom een zorgproces moet kunnen aanbieden. Dit kan op gespannen voet staan met specialisatie. Als je zoveel van andere specialismen in huis moet hebben, hoe organiseer je dat? Ook kan het juist leiden tot fragmentatie van zorg, en denk bijvoorbeeld ook eens aan de toenemende vergrijzing en de daarmee gepaard gaande co-morbiditeit.

Het denken in termen van het gehele zorgproces voor specifieke aandoeningen, zou wel bijvoorbeeld vorm kunnen krijgen in het benoemen van een hoofdbehandelaar (in termen van regie en coördinatie), die verantwoordelijk is voor het gehele zorgtraject dat een patiënt doorloopt.

### **Ad 4. Hoge kwaliteit is minder kostbaar**

Concurrentie op basis van behandelresultaten van medische aandoeningen over de gehele zorgketen verbetert efficiency en kwaliteit van zorg. Hierbij kan worden gedacht aan een daling van medische fouten, complicaties, kosten persoonlijk leed en over- of onderbehandeling. Kwaliteitsverhoging en kostenverlaging verbeteren vaak simultaan. Efficiency moet niet alleen vanuit kostenperspectief maar vooral vanuit leerperspectief worden benaderd om daadwerkelijk kwaliteit én efficiency tegelijk omhoog te krijgen (Porter en Teisberg).

Dit zal niet voor alle soorten zorg opgaan. In de meer ontwikkelingsgerichte zorg en topklinische zorg, die vragen om meer ruimte en creativiteit om tot nieuwe producten of behandelwijzen te komen, zal dit in mindere mate van belang zijn. In deze soorten zorg gaat het in eerste instantie om het ontwikkelen van kwalitatief goede zorg, zodat goede behandelresultaten behaald kunnen worden. Als deze nieuwe vormen van zorg zich hebben bewezen en regulier worden, en de zorg geprotocolleerd is, gaan zaken als kosten en kwaliteit een rol spelen en kunnen daarmee mogelijk efficiencyslagen gemaakt worden.

### **Ad 5. Ervaringen van aanbieders, schaalgrootte en leereffecten**

Toegevoegde waarde in gezondheidszorg wordt gecreëerd door een paar dingen goed te doen en niet door te proberen alles te doen. Aanbieders die zich concentreren/specialiseren/beperken en leren van ervaringen om de zorg van een bepaalde medische aandoening te verbeteren, leveren over het algemeen de meeste toegevoegde waarde en innoveren het meest en het snelst. Ervaring stelt individuen en organisaties in staat meer effectievere technieken toe te passen en routine op te bouwen en daarmee beter in te spelen en om te gaan met problemen, zo stellen Porter en Teisberg. Schaalgrootte stelt aanbieders in staat deskundige teams te ontwikkelen, goede gespecialiseerde faciliteiten aan te trekken en te werken met verschillende collega's die dezelfde dingen doen (feedback en leren van elkaar) en kan leiden tot een efficiënter gebruik van faciliteiten, investeringen en procesverbeteringen (Porter en Teisberg).

Veel onderzoek toont aan dat wanneer artsen of teams van artsen een groter volume aan patiënten behandelen met een bepaalde ziekte of aandoening, dat zij betere resultaten boeken tegen lagere kosten. Wel moet worden opgemerkt dat veel van deze onderzoeken vaststellen dat er een ondergrens is voor het volume aan patiëntenbehandelingen. Het is de vraag (en is niet aangetoond) of de kwaliteit alsmat toe blijft nemen bij toename van het volume. Er zal sprake zijn van een break-even-point, of anders gezegd een bovengrens, waarboven de kwaliteit niet meer toeneemt en mogelijk zelf afneemt (verflauwing van motivatie en interesse, onpersoonlijkheid, teveel routine, financiële drijfveren, et cetera). Maar ook hierbij zou je een onderscheid moeten aanbrengen in de segmenten van zorg. De schaalgrootte heeft voor de verschillende segmenten van zorg een andere toegevoegde waarde, voor de knie- en heupstraten en liesbreuken anders, als voor bijvoorbeeld de topklinische zorg en de chronische zorg.

### **Ad 6. Concurrentie regionaal en landelijk**

De relevante geografische scope voor concurrentie gerelateerd aan de verschillende segmenten, is regionaal of zelfs internationaal (niet lokaal). Aanbieders en/of artsen moeten zich gaan vergelijken met de resultaten van de beste aanbieders en niet alleen met aanbieders dichtbij. Om toegevoegde waarde voor de patiënt te creëren zouden aanbieders relaties op moeten bouwen met excellente aanbieders en het zorgproces zodanig moeten faciliteren dat de patiënt op de juiste plaats de beste zorg krijgt in de gehele keten van zorg. Hiermee kunnen aanbieders zich onderscheiden van anderen, zo stellen Porter en Teisberg.

In Nederland is de concurrentie nog steeds erg lokaal en zou meer nationaal of zelfs internationaal moeten worden. Aanbieders gaan zich wel steeds meer vergelijken met andere lokale partijen, maar nog steeds niet veel met de beste aanbieder regionaal of nationaal. Het verspreiden van best practices is nog geen gemeengoed en komt heel langzaam op gang. Ziekenhuizen maken de klassieke strategische fout door zich

# 'Aanbieders moeten gaan denken in termen van totaalconcepten voor specifieke aandoeningen'

te richten op het vergelijkbaar zijn met de concurrent, liever dan onderscheidend te zijn. Dit leidt tot fragmentatie van zorg, iedere vorm van zorg wordt door een groot aantal aanbieders aangeboden. Dit leidt dan weer tot improductieve duplicatie van faciliteiten en personen. Als ziekenhuizen en specialisten steeds meer hetzelfde worden, verliezen ze de strategische focus die noodzakelijk is voor 'true excellence'.

## 7. Informatie over resultaten breed beschikbaar

Informatie over resultaten is relevant voor de verbetering van de eigen praktijkvoering en voor goede (door)verwijzingen. Er bestaat een informatiehiërarchie:

- niveau 1 (top): informatie over de medische aandoening;
- niveau 2: informatie over ervaringen van de aanbieder met betrekking tot specifieke medische aandoening (gemeten naar aantal patiënten);
- niveau 3: informatie over methoden, dat wil zeggen het proces van zorg;
- niveau 4: patiëntenkenmerken (leeftijd, sekse, genetica en dergelijke) beïnvloeden het proces van zorg.

Momenteel ligt de focus wat betreft informatie met name op methoden (derde niveau), protocollen en de compliance daarvan. Procesinformatie is een middel om goede resultaten te verkrijgen. Maar standaardisatie, die is gefocused op proces en niet op de resultaten, is niet het doel. Het verzamelen van informatie over ervaringen en aandachtsgebieden van aanbieders zou al een stap voorwaarts zijn.

## 8. Innovaties met toegevoegde waarde belonen

Aanbieders die innoverend bezig zijn en hiermee toegevoegde waarde creëren in het zorgproces moeten hierin gestimuleerd worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat echte innovatie vaak klein begint en tegen de stroom in. Innoveren moet daarom apart worden beloond.

### Tot slot

De ideeën van Porter en Teisberg klinken heel plausibel en spreken veel mensen aan. Hun boek biedt zeker goede aanknopingspunten om veranderingen door te voeren in de ziekenhuisorganisatie. Maar er is ook veel kritiek, die zich met name richt op de volgende zaken:

- gezondheidsresultaten zijn onmogelijk te meten;
- de ideeën leiden juist tot fragmentatie van de zorg in plaats van continuïteit, zeker in het geval van de (toenemende) comorbiditeit bij ouderen;

- er wordt geen aandacht besteed aan preventie en de eerstelijnszorg;
- er wordt niet ingegaan op betrokkenheid van de patiënt bij zijn eigen zorgproces (leefstijl, compliance);
- er wordt niets gezegd over het 'hoe'. We willen allemaal concurreren op excellentie en meerwaarde voor de patiënten, maar toch gebeurt dat om de een of andere reden niet of onvoldoende. Hoe komt dat en hoe zouden we het systeem zo kunnen veranderen dat het wel de goede incentives geeft om dit excellente gedrag gericht op het creëren van meerwaarde voor de patiënt bij partijen te stimuleren?

De ideeën van Porter en Teisberg moeten gezien worden als een aanzet tot een andere manier van denken, het besef onderdeel uit te maken van een proces en niet als een pasklare oplossing. In andere woorden, het kan opgevat worden als een begin van een proces.....niet het einde.

Wij stellen uw reactie op dit artikel zeer op prijs. |

Dr Y.W. van Kemenade (Y.W.Kemenade@asz.nl) is werkzaam als strategisch adviseur in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht en is werkzaam als zelfstandig adviseur. Drs A.G. de Vries is interventiecardioloog in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht.

### Noten

1. Porter M. en Teisberg E.O., *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press, 2006.
2. Care cycle oftewel Zorgcirkel: preventie, vroege opsporing, behandeling, revalidatie en langetermijnmanagement/zorg, met een tijdschikhorizon van maanden of zelfs jaren.
3. Onder medisch aandoening wordt door Porter en Teisberg (2006) verstaan: chronische ziekte, set van patiëntenomstandigheden die voordeel heeft bij goede, afgestemde zorg en ziekten, diseases, illness, injuries en natuurlijke omstandigheden zoals zwangerschap.
4. Kemenade Y.W. van. Hopstaken L., 'Scenario voor medisch-specialistische zorg', in: *Zorgvisie*, 2007, nr 5.