

Prestatiemanagement bij Waardegedreven zorg: hoe verder?

Hilco van Elten, Ivo De Loo, Frans Schaepekens

Received 1 June 2022 | Accepted 20 July 2022 | Published 24 October 2022

Samenvatting

Waardegedreven zorg (WGZ) wordt gezien als een potentieel belangrijke strategie voor zorgorganisaties om kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden tegen relatief beperkte kosten. WGZ is meer concreet gericht op het maximaliseren van de (klinische en overige patiënt)uitkomsten per bestede euro. Wij bestuderen op basis van een verkenning van de Nederlandstalige en internationale literatuur in hoeverre deze strategie momenteel is ingebed in de prestatimanagementsystemen van zorgorganisaties. Tevens reflecteren wij op de link tussen WGZ-strategieën en prestatimanagement(systemen), die zeer beperkte aandacht krijgt in de wetenschappelijke literatuur. Wij identificeren daarnaast diverse aspecten van prestatimanagement waarvan wij denken dat die node moeten worden behandeld in de WGZ-literatuur.

Relevantie voor de praktijk

Prestatiemanagementsystemen kunnen het gedrag van zorgprofessionals beïnvloeden om ‘betere’ zorgprestaties te genereren, maar ze kunnen de relatie tussen de zorgprofessional en patiënt ook ernstig verstoren. Dit gebeurt wanneer er te veel nadruk wordt gelegd op zogenoemde ‘result controls’ en er te weinig aandacht bestaat voor het aansporen van de dialoog tussen belangrijke stakeholders, zoals patiënten, medisch specialisten en zorgverzekeraars. Dit artikel belicht deze aspecten, in de hoop hiermee discussies over WGZ in Nederland te verrijken.

Trefwoorden

Waardegedreven zorg (WGZ), prestatimanagementsystemen, zorgorganisaties

1. Inleiding

In 2006 introduceerden Michael Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg een visie op zorg, genaamd ‘Value Based Healthcare’, in Nederland beter bekend als Waardegedreven zorg, of als het daaraan gerelateerde Uitkomstgerichte zorg. Waardegedreven zorg (WGZ), zoals wij dit concept zullen noemen, is gebaseerd op het idee dat zorgstrategieën gedreven zouden moeten worden door ‘waardemaximalisatie’, door te streven naar maximale uitkomsten voor de patiënt tegen minimale kosten per bestede euro. Centraal staat hierbij dat patiëntuitkomsten breed moeten worden geformuleerd en zowel klinische uitkomsten als patiëntervaringen en -meningen dienen te omvatten. Het mag duidelijk zijn dat dergelijke opvattingen over zorg ingegeven zijn door micro-economische theorieën en neoliberaal

marktdenken, waarvan de beperkingen zich de afgelopen jaren in de maatschappij hebben gemanifesteerd. Toch lijkt er breed gedragen steun te zijn voor het experimenteren met WGZ, aangezien de zorgkosten in Nederland (en daarbuiten) de pan uit lijken te rijzen (Leijen 2022).

WGZ borduurt voort op neoliberaal marktdenken, omdat geconcurrereerd dient te worden op de toegevoegde patiëntwaarde; de zorgaanbieder die per euro de meeste of de beste uitkomsten levert zou de concurrentiestrijd moeten ‘winnen’ van andere, soortgelijke aanbieders. Dit voorbeeld zou, naar analogie van markten voor producten en diensten, ‘best practice’ moeten worden, waardoor het gehele aanbod aan zorg continu verbetert in kwaliteit en prijs-kwaliteitverhouding. Zorgaanbieders die in

deze concurrentiestrijd niet mee kunnen komen, zullen zich uiteindelijk gedwongen zien om de markt te verlaten. De focus zou volgens Porter and Teisberg (2006) in dezen moeten liggen op de uitkomsten voor de patiënt en niet alleen op reductie van kosten; beide elementen samen constitueren de ‘waarde van zorg’. Zorgaanbieders dienen dit te vertalen door de ‘waarde van zorg’ van complete zorgpaden in kaart te brengen, en de kosten van deze zorgpaden te minimaliseren. Dit levert interne stuurinformatie op voor zorgaanbieders (bijvoorbeeld over de inrichting van de voornoemde zorgpaden), maar ook externe informatie voor zorgverzekeraars en ‘de markt’ als zodanig. In de Nederlandse context wordt hierbij veelal ook aandacht besteed aan ‘shared decision-making’, oftewel het samen beslissen over zorgkeuzes door patiënt en behandelaar. WGZ claimt een hogere kwaliteit van zorg te kunnen realiseren, gezien vanuit de ogen van de patiënt, en gelijktijdig reductie van kosten te kunnen bewerkstelligen door onnodige handelingen en processen te reduceren, die vaak ingegeven zijn door gewoonten en tegenstrijdige richtlijnen binnen en voor zorginstellingen.

De literatuur en anekdotisch ‘bewijs’ laten zien dat het meten van de uitkomsten van zorg, waarvoor Porter and Teisberg (2006) pleiten, vooral geëigend is voor specifieke aandoeningen, zoals bijvoorbeeld cataract-operaties of knie- en heupvervangingsoperaties; dat zijn aandoeningen waarvoor de aanpak kan worden getypeerd als planbare zorg. Veelzeggend in dat verband is dat het RIVM (2022) bij de schatting van gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie uitsluitend dergelijke diagnoses heeft onderzocht. Bij de bepaling van de waarde van zorg op individueel patiëntniveau kan geen gebruik gemaakt worden van het begrip ‘voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (quality-adjusted life years; QALY’s)’ aangezien de kwaliteit van leven niet per individuele patiënt bepaald wordt, maar voor een generieke groep die een bepaalde aandoening heeft en een bepaalde behandeling heeft gehad. Voor specifieke aandoeningen is het mogelijk via ex ante- en ex post-metingen dergelijke uitkomsten in kaart te brengen. PROMs (Patient Reported Outcome Measures) meten de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten en worden vaak verzameld met herhaalde metingen om het verschil van een behandeling ex ante en ex post te meten. PREMs (Patient Reported Experience Measures) zijn vragenlijsten, die vooral over het zorgproces gaan en hoe patiënten dat ervaren. Ze worden meestal alleen na afloop van een behandeltraject gemeten. PREMs gaan bijvoorbeeld over ervaringen met informatievoorziening, communicatie en omgang met zorgaanbieders en zijn dus als zodanig minder geschikt om de uitkomsten van zorg te meten, zoals bedoeld binnen WGZ. Met het gebruik van maatstaven zoals PROMs is het mogelijk inzicht te krijgen in de uitkomsten van zorg vanuit patiëntperspectief. Het is derhalve niet noodzakelijk dat de patiënt weet ‘wat goed voor hem/haar is’; het is belangrijker dat een zorgpad als zodanig gemiddeld genomen waarde toevoegt voor de patiënten, hetgeen onverlet laat dat dit soms gepaard gaat met grote variatie in uitkomsten

voor de individuele patiënt. Ook vanuit medisch perspectief is het mogelijk om op basis van medische indicatoren een ex ante- en een ex post-meting te doen over hoe een bepaald behandeltraject bij een patiënt ‘gevallen’ is. In een aantal studies die hierna besproken worden (Parra et al. 2017; Reilly et al. 2020; Robinson et al. 2018), worden dergelijke methoden toegepast. Met het hanteren van dergelijke methoden voor het bepalen van uitkomsten van zorg wordt het ‘probleem’ van de patiënt, die niet of niet altijd kan bepalen wat goed voor hem is, gemitigeerd. Dat laat onverlet dat specialisten ‘het beste voor de patiënt’ willen en mede door prikkels in het zorgsysteem gedreven kunnen worden om bepaalde behandelingen wel of niet te verrichten terwijl dit bij hantering van de basisprincipes van WGZ niet de bedoeling is. Als dat een ‘systematisch’ gegeven is dat typerend is voor alle zorginstellingen, dan is het niet uit te bannen, maar als dat een ‘dokter specifiek’ of ‘ziekenhuisspecifiek’ gegeven is, dan zou concurrentie op WGZ dergelijke verschillen uiteindelijk moeten elimineren., zo luidt de redenering van Porter and Teisberg (2006).

1.1. WGZ belangrijke innovatie

WGZ wordt door velen (van politici en zorgverzekeraars tot consultants en managers van zorginstellingen) gezien als een belangrijke innovatie, gericht op hervorming van de dagelijkse zorgpraktijk. Het vindt in Nederland haar weg in onder andere het beleid van het ministerie van VWS. De roep om nieuw beleid wordt gevoed door de groeiende zorgconsumptie en demografische ontwikkelingen, waarbij er op termijn steeds meer ouderen deel zullen uitmaken van de bevolkingsopbouw en er tegelijkertijd sprake zal zijn van een krimpende beroepsbevolking (Leijen 2022; Schumacher 2022). Ondanks allerlei pogingen van zowel de lokale als nationale overheid om zorgkosten te beheersen, blijven wereldwijd de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) stijgen, vaak in een tempo dat de groei van landen overtreft. Volgens Porter and Teisberg (2006) is dit in niet onbelangrijke mate te wijten aan de manier waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd en aangestuurd. Onder meer de meet- en beheersingssystemen die in zorgorganisaties gangbaar zijn, hebben volgens deze auteurs te lijden onder onvoldoende prikkels voor zorgpersoneel, ineffektieve vormen van concurrentie tussen medische instellingen en onvolledige informatie-uitwisseling tussen belanghebbenden. Aan de vraag óf en in hoeverre efficiency en concurrentie leidende uitgangspunten moeten zijn voor een maatschappelijk cruciale dienst als zorg, gaan zij in hun geschriften echter goeddeels voorbij.

De implementatie van WGZ betekent in elk geval voor zorgorganisaties een fundamentele strategiewijziging. Zorgorganisaties worden op dit moment vaak aangestuurd en afgerekend op zorgvolume, wat een prikkel geeft tot het vergroten van de zorgconsumptie. Ervan uitgaande dat zorgorganisaties er vooral mee bezig zijn om hun eigen belang zo goed mogelijk te behartigen, genereert deze wijze van aansturing een opdrijvend effect van de zorgkosten.

WGZ heeft de intentie om aan te zetten tot ‘waardecreatie’ vanuit de optiek van de patiënt. Het heeft tot doel de resultaten van de gezondheidszorg te verbeteren, de patiënttevredenheid te vergroten, en tegelijkertijd de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden.

In 2020 concludeerde onderzoeks- en adviesbureau SiRM dat er in Nederland weliswaar diverse initiatieven zijn ontplooid op het terrein van WGZ, maar dat het uitkomstgericht contracteren en organiseren van zorg, hetgeen als een cruciaal kenmerk van WGZ kan worden beschouwd (SiRM 2020), slechts op kleine schaal plaatsvindt en dat deze schaal ook meestal niet groter wordt nadat een initiatief beëindigd is. Met andere woorden: er zijn WGZ-initiatieven, maar de organisatorische inbedding en verdere uitrol hiervan blijven beperkt. De vraag is waarom dit precies het geval is.

Onder andere uit de accountingliteratuur kennen wij de gangbare managementpraktijk om de uitvoering van een strategie te ondersteunen door de daaruit voortvloeiende activiteiten te plannen en te monitoren, om vervolgens te bezien in hoeverre doelen gerealiseerd worden (Emmanuel et al. 1990; Merchant and Van der Stede 2017; Zimmerman 2020). Dergelijke monitoring geeft feedback en begeleiding bij de uitvoering van deze activiteiten aan het management van een organisatie en helpt bij het realiseren van organisatiestrategieën. Het monitoren van de bijbehorende activiteiten wordt vaak gedaan via prestatiebesturingssystemen (PMS).

Gezien de wereldwijd toenemende aandacht voor WGZ onder beleidsmakers, in zorgorganisaties en daarbuiten, vragen wij ons af in hoeverre WGZ daadwerkelijk in de praktijk door PMS wordt ondersteund, zoals wij verwachten op basis van de accountingliteratuur. Daaropvolgend reflecteren wij op de vraag óf en in hoeverre verdere ondersteuning van WGZ door PMS gewenst of noodzakelijk is, en genereren we enkele punten voor discussie. Door middel van een literatuurstudie, die in de navolgende secties wordt beschreven, schetsen wij een beeld van hetgeen reeds in de literatuur bekend is over prestatie management van WGZ.

2. Nederlandstalige literatuur over accounting en control binnen de zorg

Binnen het MAB is het nodige geschreven over accounting en control binnen de zorg. De meeste van deze artikelen hebben geen betrekking op WGZ als zodanig, maar op de accounting van de zorg in bredere zin. Zo laten Groot and Vosselman (2019) in hun overzichtsartikel onder meer zien dat de Nederlandse gezondheidszorg zich kenmerkt door een grote mate van juridische zelfstandigheid in combinatie met een grote mate van overheidsbemoediging. De auteurs suggereren dat de manier van bekostiging in de zorg bepaalde prikkels met zich meebrengt die het gedrag van managers en specialisten in

ziekenhuizen sturen, hetgeen niet altijd in het voordeel hoeft te zijn van een patiënt (p. 194). Daarnaast geven zij aan dat de huidige dominante vorm van bekostiging, namelijk prestatiebekostiging, wel leidt tot het leveren van zorg tegen acceptabele tarieven. De stap naar WGZ wordt door de auteurs echter niet concreet genomen.

Andere MAB-artikelen zijn gericht op het gebruik van medische informatie ten behoeve van de interne beheersing van zorgorganisaties. Van Dusseldorp and Corbey (2018) bestuderen hoe specifieke, medische informatie in een PMS gebruikt kan worden om de omzet of de winst onder medisch specialisten te verdelen op basis van een vergelijking met ‘peers’. Het werk van Asselman (2019) laat zien dat het kostenbewustzijn onder managers en specialisten van zorginstellingen stijgt als medische en financiële informatie worden gecombineerd, en dat dit weliswaar kan leiden tot kostenbesparingen, maar ook tot betere (*les*: hogere) tarieven voor medisch specialisten. Visser and Den Bakker (2018) geven aan dat de beheersing van zorgkwaliteit en -volume in veel zorgorganisaties plaatsvindt aan de hand van een fijnmazig stelsel van financiële (bijvoorbeeld omzet, personeelskosten) en niet-financiële (bijvoorbeeld wachttijden, patiënttevredenheid, PROMs) prestatie metingen, echter zonder dat de uitkomsten hiervan zodanig vergeleken worden met de kosten dat uitspraken gedaan kunnen worden over de toegevoegde waarde van bepaalde zorg in relatie tot de daarvoor gemaakte kosten. In de meeste PMS die zijn onderzocht ligt er de nadruk op dat zoveel mogelijk output (zorg) tegen zo min mogelijk input (euro) wordt gegenereerd. Van der Hijden et al. (2019) beargumenteren dat bundelinkoop door zorgorganisaties bij kan dragen aan meer aandacht voor zorguitkomsten. Voor zover er al sprake is van sturen op uitkomsten, wat slechts zelden het geval is, wordt echter niet gestuurd op maximalisatie van de toegevoegde waarde per bestede euro, hetgeen wanneer WGZ-principes gehanteerd zouden worden, zou dienen te gebeuren.

Het beperkte aantal artikelen dat is gevonden in het MAB over WGZ, is verrassend te noemen. Nederland loopt namelijk, samen met Zweden en Amerika, voorop in de toepassing van WGZ. In onderzoek naar dergelijke projecten is Nederland oververtegenwoordigd (Van der Nat et al. 2021). Het is daarom des te opmerkelijker dat er in de gangbare accountingliteratuur over prestatie meting en -monitoring in Nederland geen voorbeelden te vinden zijn die betrekking hebben op WGZ. Als er over de stand van zaken in een gidsland niets te vinden is; wat is er dan internationaal bekend als gekeken wordt zowel binnen als buiten de accountingliteratuur?

3. Internationale literatuur over WGZ en prestatie management

Om een antwoord op de vraag aan het einde van de voorgaande sectie te vinden, hebben we systematisch gezocht

naar wetenschappelijke publicaties over de thematiek ‘value-based healthcare’ en ‘performance management’ in drie toonaangevende databases (Embase, Medline OVID en Web of Science). Ten behoeve van ons literatuuronderzoek hebben wij de zogenaamde ‘PRISMA-ScR’ richtlijn gevolgd. PRISMA-ScR (Tricco et al. 2018) biedt methodologische handvatten voor het systematisch zoeken, selecteren en analyseren van grote hoeveelheden wetenschappelijke artikelen. Het doel is om een dwarsdoorsnede van de literatuur te verkrijgen. Vijf junior onderzoekers hebben onder begeleiding van één van de auteurs een systematische zoekstrategie gehanteerd om wetenschappelijke artikelen in de genoemde databases op basis van de aangegeven zoekcriteria op het spoor te komen. De titels en abstracts zijn dubbelblind (‘double blind’) gescreend in het voorjaar van 2021. Artikelen zijn steeds gerandomiseerd toegewezen aan twee van de vijf junior onderzoekers voor een eerste screening en daarna een full-tekst analyse. De zoekstrategie is in november 2021 herhaald, wat heeft geleid tot in totaal 1.267 artikelen (exclusief 376 duplicaten). De screening van de titels en abstracts heeft geleid tot de exclusie van 869 artikelen. De uiteindelijke en definitieve screening is door de auteurs van dit artikel uitgevoerd en besproken. In totaal zijn er 398 artikelen full-text beoordeeld. Dit heeft geresulteerd in de uiteindelijke inclusie van 11 artikelen die voldoen aan alle zoekcriteria, met als voornaamste eis dat de desbetreffende artikelen nadrukkelijk (onderdelen van) prestatie management en van WGZ/value-based healthcare tezamen behandelen, in één en hetzelfde artikel, en hier ook nadrukkelijk zelf aan refereerden. Voor een uitvoerige beschrijving van het onderliggende literatuuronderzoek, in- en exclusiecriteria en de PRISMA flowchart, zie Van Elten et al. (2022).

Wij hebben slechts in zeer beperkte mate wetenschappelijke literatuur gevonden die expliciet de link legt tussen management control (en prestatie management in het bijzonder) en WGZ. Wat we zien in de literatuur is dat er vooral pilotstudies van beperkte omvang verricht zijn rond WGZ, bijvoorbeeld naar:

- hoe inkoop te registreren;
- welke technieken en ICT-applicaties bruikbaar zijn bij de inrichting van WGZ;
- welke KPIs voor de hand liggen wanneer met bepaalde aspecten van WGZ wordt geëxperimenteerd;
- in hoeverre en hoe patiënten kunnen worden betrokken bij het bepalen wat voor hen ‘van waarde’ is;
- in hoeverre specialisten hierin leidend (al dan niet op termijn) kunnen of moeten zijn; en
- hoe aan de uitkomsten van dergelijke exercities bepaalde management controlmaatstaven gekoppeld kunnen worden.

Ook valt op dat de papers zich richten op een zeer specifiek deel van een gezondheidszorg, zoals knie- en heupvervangingszorg, en dat WGZ niet op grote schaal ‘uitgerold’ lijkt te worden. De meeste papers richten zich op

overeenkomsten en verschillen tussen kosten en uitkomsten van zorg voor en na de invoering van WGZ. Het is dan ook niet verrassend dat er meer kwantitatieve (Parra et al. 2017; Robinson et al. 2018; Winegar et al. 2019; Reilly et al. 2020; Van den Berg et al. 2020; Feitz et al. 2021; Van der Nat et al. 2021) dan kwalitatieve (Bonde et al. 2018; Nycz et al. 2020; Zipfel et al. 2020; Cote-Boileau et al. 2021) studies zijn te vinden. De kwantitatieve studies richten zich, zoals aangegeven, vooral op de uitkomsten en specifieke inrichting van (instrumenten en meetsystemen die kunnen worden gebruikt rond) WGZ, en maken veelal gebruik van ziekenhuisdata of vragenlijsten. De kwalitatieve studies zijn veelal case-studies, en gaan over het wel en wee van specifieke implementatietrajecten van WGZ. In één van deze studies (Bonde et al. 2018) wordt aangegeven dat de standaard ‘top-down’ benadering van WGZ, waarin eerst bepaald wordt wat voor een patiënt van waarde is, waarna aan de hand van deze informatie een management controlsysteem wordt ontworpen en uitgerold in een organisatie, wellicht niet de voorkeur verdient in de meeste zorginstellingen, omdat de uiteindelijk geleverde zorg dan allengs te ver af kan komen te staan van wat patiënten eerder hebben aangegeven te willen, omdat zij bij de daadwerkelijke implementatie van WGZ buitenspel staan, en dit lang kan duren. De auteurs zijn van mening dat de door hen voorgestelde ‘bottom-up’ benadering, waarin een meer continue reflectie plaatsvindt van en met patiënten en medisch specialisten op de zorg die geleverd wordt en hoe hierover het beste kan worden gerapporteerd, de voorkeur verdient bij de implementatie van WGZ. Teneinde te garanderen dat de verleende zorg ook écht waarde blijft hebben voor een patiënt.

3.1. Academische aandacht vanuit accountingsperspectief

WGZ geniet ook academische aandacht vanuit een accountingsperspectief (Kaplan et al. 2015; Thaker et al. 2021; Leusder et al. 2022). De bestaande literatuur over het thema is wel beperkt, is nadrukkelijk gericht op cost accounting; en dan met name op het gebruik van time-driven activity based costing als calculatiemethode om de kostenkant van WGZ in kaart te brengen. Het gaat in deze literatuur echter niet uitsluitend om de kosten van de geleverde zorg of andere financiële resultaten, maar ook om organisatie-uitkomsten in bredere zin, zoals PROMs, PREMs, en klinische uitkomsten (Van Elten et al. 2022). Een duiding van het begrip ‘waarde’ krijgt evenwel weinig aandacht in de accountingsliteratuur rond WGZ. Het mag duidelijk dat wat voor een patiënt van ‘waarde’ is, niet noodzakelijk in lijn ligt met het begrip ‘waarde’ zoals dat in de accountingsliteratuur gangbaar is, dat vooral op institutioneel niveau gedefinieerd wordt.

Er zijn ook artikelen, buiten de accountingsliteratuur, die stellen dat WGZ niet ‘zomaar’ ingevoerd kan worden in zorginstellingen (Naessens et al. 2017; Bonde et al. 2018). Implementaties zijn doorgaans complex, omdat ze zich over de hele waardeketen van de gezondheidszorg uitstrekken en afhangen van allerlei structure-

le, technische en cognitieve factoren die niet allemaal kunnen worden voorzien (denk hierbij onder meer aan factoren als wet- en regelgeving, ICT-mogelijkheden en bestaande afspraken met zorgverzekeraars). Daarom bestaat er geen ‘one-size-fits-all’-benadering die past bij WGZ-implementaties. Met name zorgverzekeraars willen bij implementaties nog weleens een grotere vinger in de pap hebben dan in de pro-WGZ-literatuur wordt aangenomen (Naessens et al. 2017). In de voornoemde artikelen wordt tevens gewaarschuwd voor een te rooskleurig beeld van de effecten van WGZ en hoe deze behaald kunnen worden. Zo concluderen Naessens et al. (2017) bijvoorbeeld dat prestatie maatstaven die worden gebruikt in management controlsystemen rond WGZ veelal gebaseerd zijn op relatief gemakkelijk te genereren data die niet noodzakelijk de complexiteit van de dagelijkse zorgpraktijk weerspiegelen. Slechts één paper die we hebben gevonden gaat expliciet in op welke typen data bruikbaar zijn om de voornoemde complexiteit goed in kaart te brengen (Bonde et al. 2018). De auteurs pleiten ervoor om in interactie met medisch specialisten, patiënten en met andere (zorg)professionals specifieke maatstaven te ontwikkelen die passen bij wat voor de patiënt van waarde is (en hier niet zomaar bestaande data voor te gebruiken), longitudinale data rond deze maatstaven te verzamelen, en deze maatstaven en data periodiek te evalueren samen met de betrokken stakeholders in relatie tot de verleende zorg, en deze zo nodig bij te stellen. De auteurs verwachten dat deze bijstellingen, zeker wanneer er nog weinig ervaring is opgedaan met WGZ, hard nodig zullen zijn om het concept met voldoende oog voor de patiënt uit te rollen in een organisatie.

4. Reflectie en conclusie

Waarom is er zo weinig wetenschappelijke literatuur te vinden over de relatie tussen WGZ en management control (en prestatie management in het bijzonder), terwijl deze relatie heel natuurlijk lijkt, omdat WGZ als een (voor zorginstellingen) allesomvattende strategie kan worden beschouwd die de nodige positieve effecten kan genereren, en de zorgkosten in Nederland en daarbuiten uit de pan lijken te rijzen? Wellicht is de implementatie van WGZ lastiger dan voorstanders plegen te claimen, en/of zijn er aspecten aan WGZ die de nodige discussie vergen in organisaties (of over organisaties heen) en die zich lastig laten beslechten. Anders is het onzes inziens haast niet te verklaren waarom WGZ in Nederland, maar zeker ook daarbuiten, nog in de kinderschoenen staat en nog niet breed is geïmplementeerd in zorgketens. Dat gebrek aan implementaties lijkt een belangrijke oorzaak waarom er zo weinig wetenschappelijke publicaties over WGZ en management control en/of prestatie management te vinden zijn.

4.1. Problemen en discussiepunten

De aantrekkelijkheid van WGZ staat zo op het oog buiten kijf: welke zorginstelling wil geen betere zorg aan

patiënten leveren voor minder geld, waarbij expliciet rekening gehouden wordt met wat patiënten wensen? Welke instelling zou nou niet op die manier willen proberen de alsmar groeiende zorgkosten terug te dringen? Hoewel WGZ aantrekkelijk lijkt, komen mede op basis van onze literatuurstudie een aantal problemen en discussiepunten naar voren die onzes inziens het invoeren en werken met WGZ bemoeilijken. Deze problemen en discussiepunten zien wij als belangrijke zaken waarop de accountingliteratuur, maar ook de literatuur buiten accounting, zich zou moeten richten, opdat de invoering van WGZ (in enigerlei vorm) een grotere kans van slagen heeft.

1. Op de eerste plaats gaat WGZ de facto uit van het idee van het bestaan van een eenduidige keten van zorg (Porter and Teisberg 2006) die ‘geoptimaliseerd’, of op zijn minst beter gestroomlijnd, kan én moet worden. In Nederland, zo laten Groot and Vosselman (2019) zien, is zorg echter goeddeels georganiseerd in schakels, die elk een hoge mate van zelfstandigheid kennen. In een dergelijke situatie ligt het toepassen van WGZ niet onmiddellijk voor de hand. In elk geval lijkt het schier onmogelijk om allerlei schakels tezamen, (min of meer) tegelijkertijd te herontwerpen en -inrichten, opdat WGZ goed kan functioneren. Dit zet uiteraard een rem op de toepasbaarheid en reikwijdte van WGZ. Beide zijn (althans in Nederland) minder groot dan in de pro-WGZ-literatuur doorgaans wordt verondersteld (Porter and Teisberg 2006).
2. In navolging van Naessens et al. (2017) zijn wij daarnaast van mening dat zorgverzekeraars, ook in Nederland, een grote vinger in de pap hebben bij hoe zorginstellingen functioneren, hoe zij hun zorg inrichten, en welke zorg zij aanbieden. WGZ gaat niet uit van een dergelijke grote invloed, en neemt aan dat zorginstellingen zelf in zeer ruime mate kunnen bepalen hoe zij hun organisatie inrichten en wat zij daarbinnen doen. Allerlei mooie verhalen ten spijt blijft tot op heden de overheersende prikkel in de bekostiging van de gezondheidszorg in Nederland daarmee een volumeprikkel, gecombineerd met een poging om zorgkosten te beheersen door slimmer inkoop te plegen. WGZ gaat echter uit van het idee van ‘waardemaximalisatie’ voor patiënten, waarbij voorop staat wat patiënten willen. Dit is een volstrekt ander type zorgprikkel, die weliswaar ook zou kunnen leiden tot kostenbesparingen, maar dan via een volledig andere route dan nu gangbaar is in de Nederlandse gezondheidszorg. Dat doet de aantrekkelijkheid van WGZ natuurlijk geen goed.
3. Hiermee komen we uit bij een ander punt van discussie, dat speelt binnen zorginstellingen in plaats van tussen zorginstellingen en verzekeraars. Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen het blikveld van het management van zorginstellingen, dat veelal stuurt op output en kosten (mede om zorgverzekeraars tevreden te houden) en dat van zorgprofessionals op de

sprekwoordelijke ‘werkvloer’, die geconfronteerd worden met de noden en wensen en kenmerken van individuele patiënten. Zorg impliceert ten principale een een-op-eenrelatie tussen verzorger/specialist en verzorgde/patiënt; deze relatie verschilt per patiënt en kan niet gemakkelijk worden geaggregeerd over patiënten heen tot een groter geheel. Om dit toch te kunnen bewerkstellingen, dienen diverse reductieslagen, subjectieve aannames en inperkingen te worden gedaan, om bepaalde opvattingen over ‘waarde’ en zorg, die tussen individuen (flink) uiteen kunnen lopen, te kunnen samenpakken en in een (enkel) getal te kunnen uitdrukken. Anders is een eenduidige conceptualisatie van het idee van waardevolle zorg over patiënten niet goed mogelijk. Een stelsel van een-op-eenrelaties wordt zo gereduceerd en vervolgens gerepresenteerd in een of meer getallen, en specialisten worden geacht op basis van die getallen hun eigen handelen vorm te geven richting patiënten met wie zij heel uiteenlopende een-op-eenrelaties kunnen onderhouden. De professionaliteit van specialisten wordt op deze wijze onder druk gezet (Letiche 2008), hetgeen weerstand kan oproepen tegen (ver doorgevoerde) WGZ-applicaties. Dit is een andere mogelijke verklaring voor de kleinschaligheid van WGZ-applicaties in de praktijk.

4.2. Meting zorguitkomsten en performativiteit

Daarbij komt dat het meten van zorguitkomsten (of iedere vorm van prestatiemanagement) kan leiden tot performativiteit (Vosselman 2014, 2022a; Vosselman and De Loo 2018). Zie ook het artikel van Vosselman (2022b), getiteld ‘Rekenschap op zijn kop: prestatiemanagement als performatieve en ethische praktijk’, dat zich toespit op dit onderwerp.

Uitkomsten die volgen uit PMS gaan een eigen leven leiden in een organisatie en dringen de zorgrelatie tussen verzorgende/specialist en verzorgde/patiënt binnen. Kan er wel nog een extra röntgenfoto gemaakt worden of niet? Wat als de patiënt dat wel wil, maar de specialist niet? Wie bepaalt dan wat, tegen de achtergrond van het feit dat de beslissing meegewogen gaat worden in de door een organisatie gehanteerde vorm van WGZ? Wat is verantwoord en wat is dat niet, en wie is concreet verantwoordelijk waarvoor? Hoe verhouden interpersoonlijke waarden zich ten opzichte van een meer economisch ingestoken invulling van een begrip als ‘waarde’? Ook hieromtrent zien wij de nodige spanningen rond de invoering van WGZ.

4.3. Wat is waarde?

Daarmee raken wij een ander punt van aandacht waarvan wij denken dat het de beperkte invoering van WGZ in Nederland (en internationaal) kan verklaren. Wat precies is ‘waarde’? Om ‘waarde’ voor wie, wanneer, hoe, in welk opzicht, en op welke wijze in kaart gebracht gaat het

concreet; en wie beslist uiteindelijk hoe ‘waarde’ wordt vormgegeven? Hoe kan dit waardebegrip duidelijk worden gemaakt aan betrokkenen, en wel op zo’n manier dat het bij hen beklijft; hoe veranderlijk is/kan het zijn; en onder welke specifieke omstandigheden is dit geval? Een groot risico dat kleeft aan het klakkeloos gebruiken van een dergelijk begrip is dat betrokkenen hun toevlucht nemen tot enkel en alleen outputmeting of -sturing bij de bepaling of iets van ‘waarde’ is (geweest). Zorg laat zich nou eenmaal niet altijd goed programmeren, behalve misschien bij reeds in de introductie aangehaalde standaardingrepen zoals knie- en heupoperaties. Emmanuel et al. (1990) spreken in dat kader van “*unprogrammed activities*” die zorgactiviteiten (soms tot op aanzienlijke hoogte) bepalen. Voorzichtigheid is geboden met zogenaamde ‘result controls’ in dergelijke omstandigheden (Merchant and Van der Stede 2017): pure outputsturing werkt vaak averechts (Van der Kolk 2021). Waarschijnlijk zijn controlvormen waarin het delen van waarden en dialoog vooropstaan functioneler ingeval zorg (goeddeels) wordt getypeerd door “*unprogrammed activities*” (Emmanuel et al. 1990). Dit zou dan weer kunnen pleiten voor het gebruik van meer ‘personnel’ of ‘cultural controls’ in zorgorganisaties (Merchant and Van der Stede 2017), waarmee gepoogd zou kunnen worden een bepaalde visie op ‘waarde’ die breed gedragen wordt door in te bedden in dergelijke organisaties. Zo’n aanpak is ook nadrukkelijk gevolgd in het casus-onderzoek van (Bonde et al. 2018) via hun ‘bottom-up’ benadering van WGZ, met verrassend positieve resultaten tot gevolg. Het is jammer dat de protagonisten van WGZ aan dit soort aspecten vaak weinig aandacht schenken in hun (meestal sterk Amerikaans getinte) visie op management.

4.4. Tot slot

Al deze zaken zijn potentiële verklaringen voor de beperkte invloed die WGZ tot nu toe lijkt te hebben (gehad) in Nederland, en de beperkte link met management control die daarbij aan de dag is gelegd. Een strategische keuze voor WGZ impliceert dat daarmee ook aanzienlijke veranderingen in het management controlsysteem van een zorginstelling zouden (moeten) optreden; een beweging die in de bestudeerde literatuur ook fragmentarisch terug te vinden is. De literatuur suggereert echter dat vooral in de toepassing, in het ontwikkelen van maatstaven die de uitkomsten, toegevoegde waarde, van zorg meten en in de zoektocht naar hoe die dan te gebruiken zijn om de organisatie en de professionals in de juiste richting te sturen, gecombineerd met een externe omgeving die vooralsnog hoofdzakelijk afreken op productie per zorgaanbieder in plaats van op waarde per keten, nog veel te winnen is. We bepleiten in deze bijdrage niet het kind met het badwater weg te gooien. Het idee achter WGZ (het sturen op wat van waarde is voor patiënten) is interessant, maar het is gevaarlijk om WGZ klakkeloos in te voeren en te zien als dé oplossing voor de groeiende (kosten)problemen in de Nederlandse gezondheidszorg,

omdat het zorgrelaties en de manier waarop in Nederland zorg georganiseerd is behoorlijk onder druk kan zetten. Bovendien is de ‘one-size-fits-all’ all benadering rond WGZ die in de pro-WGZ-literatuur doorgaans wordt gepropageerd, onzes inziens niet correct. De kansen en risico’s die gepaard gaan met WGZ onderstrepen echter

de noodzaak van adequaat prestatiemanagement, ter ondersteuning van WGZ als strategie waarmee zorginstellingen nog meer in staat zijn om – tegen relatief beperkte kosten – kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden die van waarde is voor de patiënt.

-
- **Dr. Hilco J. van Elten** is associate professor financial management aan Nyenrode Business Universiteit.
 - **Prof. Dr. Ivo De Loo** is hoogleraar management accounting & control aan Nyenrode Business Universiteit.
 - **Dr. Ir. Frans Schaepkens RC EMFC** is associate professor externe verslaggeving en management control aan Nyenrode Business Universiteit en Directeur van het Waarborgfonds voor de Zorgsector.
-

Dankwoord

De auteurs bedanken Victorien Luppès, Mathijs Carvalho Mota, Marije Strikwerda, Lequisha Suisse en Koen Wijsman voor hun bijdrage aan het screeningproces ten behoeve van het literatuuronderzoek, Steven Howard voor zijn bijdrage aan het onderliggende artikel en een anonieme reviewer voor behulpzame feedback.

Noot

Het onderzoek wat aan dit artikel ten grondslag ligt is beschreven in Van Elten et al. (2022).

Literatuur

- Asselman F (2019) Het succes van een case-mix informatiesysteem in een universitair medisch centrum. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 93(7/8): 215–221. <https://doi.org/10.5117/mab.93.34567>
- Bonde M, Bossen C, Danholt P (2018) Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance and dialogical accountability. *Sociology of Health & Illness* 40(7): 1113–1126. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12745>
- Cote-Boileau E, Breton M, Denis JL (2021) Control rooms in publicly-funded health systems: Reviving value in healthcare governance. *Health Policy* 125(6): 768–776. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.007>
- Emmanuel C, Otley D, Merchant K (1990) *Accounting for Management Control*. Chapman and Hall. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-6952-1>
- Feitz R, Van Kooij YE, Ter Stege MHP, Van der Oest MJW, Souer JS, Wouters RM, Slijper HP, Selles RW, Hovius SER, Hand-Wrist Study G (2021) Closing the loop: a 10-year experience with routine outcome measurements to improve treatment in hand surgery. *EFORT Open Reviews* 6(6): 439–450. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.6.210012>
- Groot T, Vosselman E (2019) Financieel management van ziekenhuizen: een evaluatie en vooruitblik. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 93(7/8): 193–196. <https://doi.org/10.5117/mab.93.38097>
- Kaplan AL, Agarwal N, Setlur NP, Tan HJ, Niedzwiecki D, McLaughlin N, Burke MA, Steinberg K, Chamie K, Saigal CS (2015) Measuring the cost of care in benign prostatic hyperplasia using time-driven activity-based costing (TDABC). *Healthcare* 3(1): 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.09.007>
- Leijen J (2022) Draagvlak voor verandering is hard nodig. *Zorginstituut Magazine*, mei.
- Letiche HK (2008) *Making Healthcare Care: Managing Via Simple Guiding Principles*. Information Age Publishing.
- Leusder M, Porte PJ, Ahaus CTB, Van Elten HJ (2022) Costing in value-based healthcare – science or fiction? A systematic review.
- Merchant K, Van der Stede W (2017) *Management Control Systems*. 4th edn., Pearson.
- Naessens JM, Van Such MB, Nesse RE, Dilling JA, Swensen SJ, Thompson KM, Orłowski JM, Santrach PJ (2017) Looking Under the Streetlight? A Framework for Differentiating Performance Measures by Level of Care in a Value-Based Payment Environment. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 92(7): 943–950. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001654>
- Nycz G, Shimpi N, Glurich I, Ryan M, Sova G, Weiner S, Nichols L, Acharya A (2020) Positioning operations in the dental safety net to enhance value-based care delivery in an integrated healthcare setting. *Public Health Dent* 80(Suppl 2): S71–S76. <https://doi.org/10.1111/jphd.12392>
- Parra E, Arenas MD, Alonso M, Martinez MF, Gamen A, Aguaron J, Escobar MT, Moreno-Jimenez JM, Alvarez-Ude F (2017) Assessing value-based health care delivery for haemodialysis. *Journal of evaluation in clinical practice* 23(3): 477–485. <https://doi.org/10.1111/jep.12483>

- Porter ME, Teisberg EO (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Reilly CA, Doughty HP, Werth PM, Rockwell CW, Sparks MB, Jevsevar DS (2020) Creating a Value Dashboard for Orthopaedic Surgical Procedures. *The Journal of bone and joint surgery, American volume* 102(21): 1849–1856. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00270>
- RIVM (2022) De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie. Retrieved from Robinson JR, Carter NH, Gibson C, Brinkman AS, Van Arendonk K, Speck KE, Danko ME, Jackson GP, Lovvorn HN, Blakely ML (2018) Improving the value of care for appendectomy through an individual surgeon-specific approach. *Journal of Pediatric Surgery* 53(6): 1181–1186. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.02.081>
- Schumacher J (2022) Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg. [Retrieved from] <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>
- SiRM (2020) Meta-inventarisatie uitkomstgericht contracteren en organiseren – Transitie van exceptie naar conventie. [Retrieved from] <https://www.uitkomstgerichte Zorg.nl/documenten/rapporten/2020/07/07/sirm-rapport>
- Thaker NG, Boyce-Fappiano D, Ning MS, Pasalic D, Guzman A, Smith G, Holliday EB, Incalcaterra J, Garden AS, Shaitelman SF, Gunn GB, Fuller CD, Blanchard P, Feeley TW, Kaplan RS, Frank SJ (2021) Activity-Based Costing of Intensity-Modulated Proton versus Photon Therapy for Oropharyngeal Cancer. *International Journal of Particle Therapy* 8(1): 374–382. <https://doi.org/10.14338/IJPT-20-00042.1>
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE (2018) PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine* 169(7): 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van den Berg K, Dijkman LM, Keus SHJ, Scheele F, Van Pampus MG (2020) Value-based health care in obstetrics. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 26(1): 101–108. <https://doi.org/10.1111/jep.13208>
- Van der Hijden E, Steenhuis S, Hofstra G, Van der Wolk J, Bijlsma W, Struijs J, Koolman X (2019) Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 93(7/8): 223–239. <https://doi.org/10.5117/mab.93.33441>
- Van der Kolk B (2021) *De meetmaatschappij*. Atlas Contact, Amsterdam.
- Van der Nat PB, Derks L, Van Veghel D (2021) Health Outcomes Management Evaluation-A National Analysis of Dutch Heart Care. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcab060>
- Van Dusseldorp M, Corbey M (2018) 'Eerlijk zullen we alles delen...'. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 92(9/10): 243–254. <https://doi.org/10.5117/mab.92.28604>
- Van Elten HJ, Howard SW, De Loo I, Schaepkens FFJM (2022) *Managing the Performance of Value Based Healthcare: Insights and Recommendations*. working paper.
- Visser M, Den Bakker J (2018) Management control in de zorg: Een kritisch essay. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 92(1/2): 47–52. <https://doi.org/10.5117/mab.92.24417>
- Vosselman E (2014) The 'performativity thesis' and its critics: Towards a relational ontology of management accounting. *Accounting and Business Research* 44(2): 181–203. <https://doi.org/10.1080/00014788.2013.856748>
- Vosselman E (2022a) The performativity of accounting: advancing a Posthumanist understanding. *Qualitative Research in Accounting & Management* 19(2): 137–161. <https://doi.org/10.1108/QRAM-04-2021-0062>
- Vosselman E (2022b) Rekenschap op zijn kop: prestatie management als performatieve en ethische praktijk. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 96(9/10): 329–336. <https://doi.org/10.5117/mab.96.86276>
- Vosselman E, De Loo I (2018) Performativiteit in netwerken: de Januskop van accounting. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 92(1/2): 21–25. <https://doi.org/10.5117/mab.92.24413>
- Winegar AL, Jackson LW, Sambare TD, Liu TC, Banks SR, Erlinger TP, Schultz WR, Bozic A (2019) surgeon scorecard is associated with improved value in elective primary hip and knee arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume* 101(2): 152–159. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.01553>
- Zimmerman J (2020) *Accounting for Decision Making and Control* (10th edn.). McGraw-Hill Education Europe, London.
- Zipfel N, Groenewoud AS, Rensing BJWM, Daeter EJ, Dijkman LM, Dambrink J-HE, Van der Wees PJ, Westert GP, Van der Nat PB (2020) Selecting interventions to improve patient-relevant outcomes in health care for aortic valve disease - the Intervention Selection Toolbox. *BMC health services research* 20(1): e232. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05090-z>