

Stand van zaken van Value-Based Healthcare bij
Nederlandse ziekenhuizen

STAP VOOR STAP RICHTING VALUE-BASED HEALTHCARE



Sparrenhevel 32, 3708 JE Zeist | (030) 2 270 500 | info@mxi.nl | www.mxi.nl

Karlijn van Doorn en Eveline Stevens
November 2018

ICT in perspectief

M&I/Partners/

adviseurs voor management en informatie

SAMENVATTING

In de afgelopen jaren zijn diverse Nederlandse ziekenhuizen gestart met het implementeren van Value-Based Healthcare (VBHC) en uitkomstmeting. Maar hoe ver zijn de ziekenhuizen hier nu eigenlijk mee? Om daar meer zicht op te krijgen heeft M&I/Partners in de eerste helft van dit jaar onderzoek gedaan naar de stand van zaken betreffende het toepassen van VBHC in de Nederlandse ziekenhuizen. Vijfentwintig ziekenhuizen hebben aan het onderzoek meegewerkt.

De hoofdconclusie luidt dat de invoering van VBHC veel omvattend is en grote inspanning van ziekenhuizen vraagt. Hoewel de meeste ziekenhuizen aangeven in een bepaalde mate met VBHC bezig te zijn, geven slechts zeven van de vijfentwintig aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen actief en breed met VBHC bezig te zijn. De reguliere organisatie- en bekostigingsstructuren bemoeilijken de opzet van een ziekenhuisorganisatie conform VBHC. Links en rechts zien we mooie ontwikkelingen en initiatieven, maar de introductie van VBHC in de volle breedte staat nog in de kinderschoenen.

Enkele specifieke conclusies uit het onderzoek luiden:

- 1 Ziekenhuizen focussen zich op het meten van uitkomsten voor de patiënt;
- 2 Inrichting van organisatie conform VBHC wordt bemoeilijkt door huidige organisatie- en bekostigingsstructuren;
- 3 Samenwerking met eerstelijnszorg is relatief beperkt in regionale samenwerking;
- 4 Uitkomstvergelijking wordt belemmerd door gebruik verschillende standaarden;
- 5 Ziekenhuizen zijn beducht voor een *blaming culture* in plaats van een *learning culture*;
- 6 De huidige informatievoorziening belemmert de doorontwikkeling naar VBHC.

INHOUDSOPGAVE

1	INTRODUCTIE	4
2	CONCLUSIES	5
3	RESULTATEN	7
	1. Stand van zaken	7
	2. Geïntegreerde zorgverlening	8
	3. Regionale ketensamenwerking	9
	4. Meten van zorguitkomsten	9
	5. Financiering	10
	6. Ondersteunend Informatieplatform	11
4	BESCHOUWING M&I/PARTNERS	12
Bijlage 1	Value-Based Healthcare	15

1 INTRODUCTIE

Er is in Nederland steeds meer aandacht voor de geleverde waarde van zorg voor de patiënt. Dit uit zich onder meer in de ambitie van de minister van VWS voor het meten en delen van patiënt-ervaren uitkomsten rond aandoeningen. Doel is onder andere dat patiënten en zorgverleners samen beslissen over de passende behandeling¹. Verder is reductie van zorgkosten van groot belang, bijvoorbeeld door substitutie (o.a. huisartsen die taken van het ziekenhuis overnemen) of door preventie en minder behandelen.

Bovenstaande punten sluiten nauw aan bij het Value-Based Healthcare (VBHC) gedachtegoed. In 2006 is VBHC door Porter c.s.² in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Zij stellen dat we toe moeten naar een systeem waarin we focussen op de waarde die het zorgsysteem levert voor de patiënt. Die waarde is gelijk aan de verhouding tussen de uitkomst van de geleverde zorg voor een individuele patiënt bij een bepaalde aandoening en de kosten voor zorg voor de individuele patiënt die daartegenover staan. De uitkomst wordt daarbij niet alleen in medische termen beschouwd (hoe goed is een behandeling gegaan) maar ook in termen van de persoonlijke ervaringen van de patiënt over het behaalde resultaat. Zie Bijlage 1 voor een beknopte toelichting op VBHC.

VBHC biedt in potentie mogelijkheden om de gezondheidszorg te verbeteren en de uitgaven te reduceren. Het is niet voor niets dat het een hot topic is in Nederland en daarbuiten. Er komen dan ook regelmatig publicaties voorbij in nieuwsbrieven, kranten en websites. Denk aan berichtgeving zoals *'Zorgbundels maken waarde gedreven zorg mogelijk'*³. Daarin wordt een nieuw bekostigingsmodel geïntroduceerd met een integraal zorgpad voor de patiënt gericht op de uitkomst voor die patiënt. Of het vorig jaar verschenen visiedocument *'Medisch specialist 2025'*⁴ waarin VBHC terug te vinden is en wordt ingezet als uitgangspunt/basis voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren.

In de afgelopen jaren zijn diverse Nederlandse ziekenhuizen gestart met het implementeren van VBHC en uitkomstmeting. Maar hoe ver zijn de ziekenhuizen hier nu eigenlijk mee?

Om daar meer zicht op te krijgen heeft M&I/Partners in de eerste helft van 2018 onderzoek gedaan naar de stand van zaken betreffende het toepassen van VBHC in de Nederlandse ziekenhuizen. Daarbij hebben 25 ziekenhuizen een digitale vragenlijst beantwoord en zijn verdiepende gesprekken gevoerd met 8 ziekenhuizen. In dit rapport koppelen we de resultaten terug.

¹ Kamerbrief over uitkomsttransparantie voor samen beslissen:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/02/21/kamerbrief-over-uitkomsttransparantie-voor-samen-beslissen>

² <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

³ <https://mensmedicinmaatschappij.nl/artikelen/zorgbundels-maken-waardegedreven-zorg-mogelijk>

⁴ <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>



2 CONCLUSIES

De invoering van VBHC is veel omvattend en vraagt grote inspanning van ziekenhuizen. Hoewel de meeste ziekenhuizen aangeven in een bepaalde mate met VBHC bezig te zijn, geven slechts zeven van de vijftwintig deelnemende ziekenhuizen aan actief en breed met VBHC bezig te zijn. De reguliere organisatie- en bekostigingsstructuren bemoeilijken de opzet van een ziekenhuisorganisatie conform VBHC. Links en rechts zien we mooie ontwikkelingen en initiatieven, maar de introductie van VBHC in de volle breedte staat nog in de kinderschoenen.

Specifieke conclusies zijn:

- **Ziekenhuizen focussen zich op het meten van uitkomsten voor de patiënt**
Ziekenhuizen passen VBHC niet in de volle breedte toe. Ze focussen vooral op de uitkomsten voor de patiënt en nemen onder meer het kostenaspect nog niet of beperkt in beschouwing.
- **Inrichting van organisatie conform VBHC wordt bemoeilijkt door huidige organisatie- en bekostigingsstructuren**
Inrichting van een ziekenhuisorganisatie op basis van aandoeningen is ingewikkeld. Doordat de bestaande organisatiestructuur een opdeling maakt in specialismen en de huidige bekostigingssystematiek is gebaseerd op betaling per verrichting, wordt de invoering van het VBHC gedachtegoed bemoeilijkt.
- **Samenwerking met eerstelijns zorg is relatief beperkt in regionale samenwerking**
Bij VBHC-initiatieven wordt er meer samengewerkt tussen ziekenhuizen dan met de huisartsen. In het kader van verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg is dat

opvallend. De beperkt doorgevoerde gegevensstandaardisatie werkt hier als extra belemmering voor gegevensuitwisseling in de keten.

■ **Uitkomstvergelijking wordt belemmerd door gebruik verschillende standaarden**

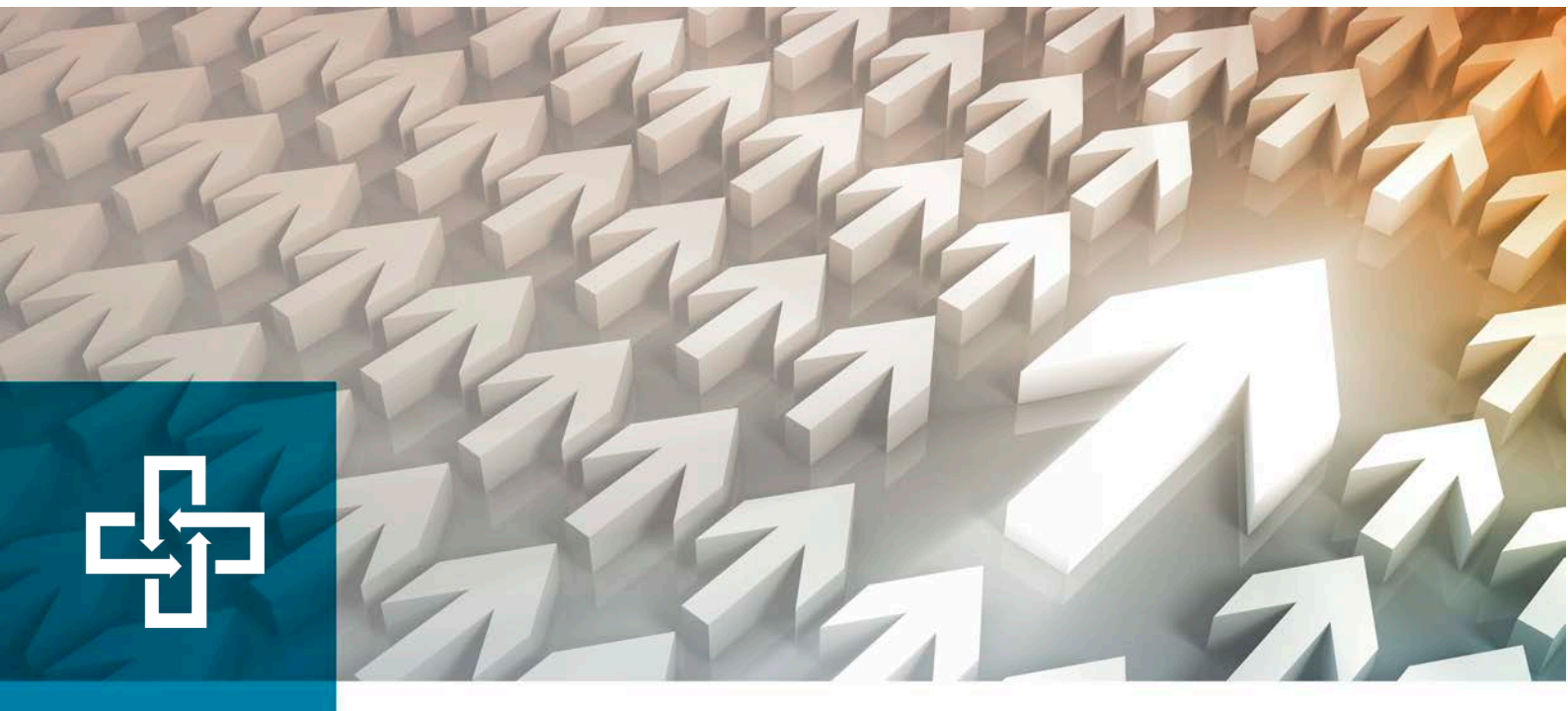
De ICHOM-standaarden zijn breed bekend en worden ook gebruikt. Sommige ziekenhuizen maken hun eigen 'standaard' of geven een eigen invulling aan de ICHOM-standaard. Dit belemmert potentieel het kunnen vergelijken van uitkomsten tussen verschillende ziekenhuizen.

■ **Ziekenhuizen zijn beducht voor een *blaming culture* in plaats van een *learning culture***

Transparantie op niveau van individuele artsen blijkt een belangrijke randvoorwaarde om verbetering in de praktijk te bewerkstelligen. Dit vraagt om een kwetsbare opstelling van artsen. Ziekenhuizen zijn bang dat het vergelijken van uitkomsten leidt tot druk op financiering van de zorgverzekeraar.

■ **De huidige informatievoorziening belemmert de doorontwikkeling naar VBHC**

Om uitkomsten te kunnen meten en te vergelijken tussen ziekenhuizen is het randvoorwaardelijk dat eenzelfde gegevensstandaard wordt geïmplementeerd en gebruikt. Standaarden die worden gebruikt voor het meten van uitkomsten zijn nog niet of slechts deels in de bestaande informatiesystemen geïntegreerd. Bestaande informatiesystemen moeten de mogelijkheden wel gaan bieden. Anders betekent dit in potentie additionele registratielast en dus extra werk voor zorgverleners.



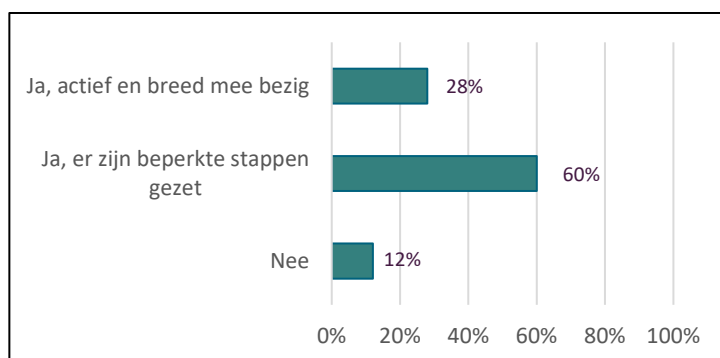
3 RESULTATEN

Om een beeld te krijgen van de huidige stand van zaken betreffende VBHC in de Nederlandse ziekenhuizen is gekozen voor het uitzetten van een beknopte vragenlijst met aanvullend een aantal verdiepende interviews. De beknopte vragenlijst is gebaseerd op de componenten van VBHC zoals beschreven in de bijlage. De beknopte vragenlijst is ingevuld door vijfentwintig ziekenhuizen, waarna met acht van deze ziekenhuizen een verdiepend interview heeft plaatsgevonden.

De resultaten gaan in op de componenten van VBHC. Ze geven duiding aan de reacties op de vragenlijst en de verdiepende interviews.

1. STAND VAN ZAKEN

Is uw ziekenhuis bezig met VBHC?



28% van de ziekenhuizen is actief en breed bezig met VBHC

Zeven van de vijftientig ziekenhuizen geven aan actief en breed bezig te zijn met VBHC. Daarvan zijn er drie academische ziekenhuizen, twee topklinische ziekenhuizen en twee algemene ziekenhuizen. Vijftien ziekenhuizen geven aan beperkte stappen te zetten. Daarvan zijn er twee academische ziekenhuizen, drie topklinische ziekenhuizen en tien algemene ziekenhuizen.

Ziekenhuizen focussen zich op uitkomsten

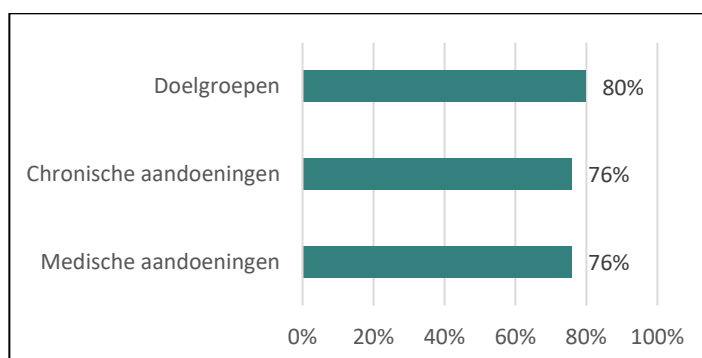
Ziekenhuizen passen VBHC niet in de volle breedte toe. Ze focussen zich op de uitkomsten voor de patiënt en nemen onder meer het kostenaspect nog niet of beperkt in beschouwing.

VBHC als label voor uiteenlopende initiatieven

Ziekenhuizen zijn bezig met uiteenlopende initiatieven, zoals patiënt centraal, lean en zinnige zorg. De indruk bestaat dat een deel van deze initiatieven als VBHC wordt gelabeld zonder dat het vanuit een integrale VBHC-visie wordt aangepakt.

2. GEÏNTEGREERDE ZORGVERLENING

Is er in uw organisatie sprake van geïntegreerde zorgverlening rondom aandoening en/of doelgroep?*



*Bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Focus relatief beperkt op chronische aandoeningen

Waar antwoorden op de enquête een eenduidig beeld qua insteek laat zien, blijkt vanuit de interviews dat geïntegreerde zorgverlening rondom chronische aandoeningen beperkt is. Mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat geïntegreerde zorg voor chronische doelgroepen in de keten over ziekenhuisgrenzen heen gaat en het daardoor complexer is.

Kanteling van huidige organisatiestructuur vraagt tijd en geld

Inrichting van een ziekenhuisorganisatie op basis van aandoeningen is ingewikkeld. Dit komt deels door de bestaande opdeling in specialismen en deels door de bekostigingssystematiek. Voorbeelden waarbij we deze herinrichting wel zien betreffen een moeder-kind centrum en een oncologiecentrum.

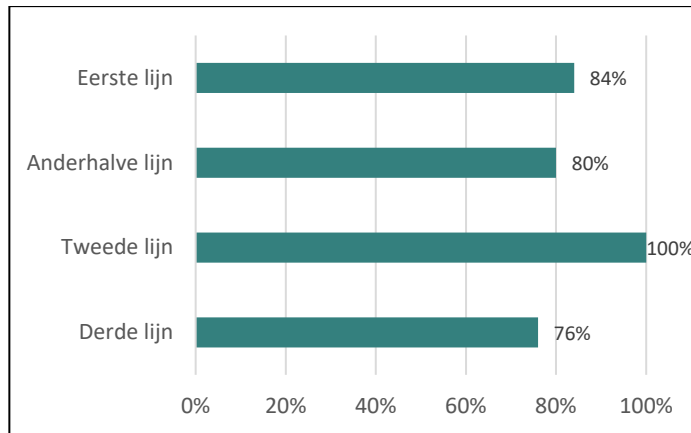
Mate van 'samen beslissen' afhankelijk van enthousiasme van artsen

De houding van de artsen bepaalt in sterke mate in hoeverre patiënten worden betrokken bij het vormgeven van de behandeling. Vanuit interviews komt naar voren dat de *drie goede*

vragen⁵ daarbij een handige rol spelen: wat zijn de mogelijkheden van de patiënt, wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden en wat betekent dat voor de situatie van de patiënt?

3. REGIONALE KETENSAMENWERKING

Werkt uw organisatie expliciet samen met zorgverleners uit andere lijnen in de regio?*



*Bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Beperkte samenwerking met huisartsen

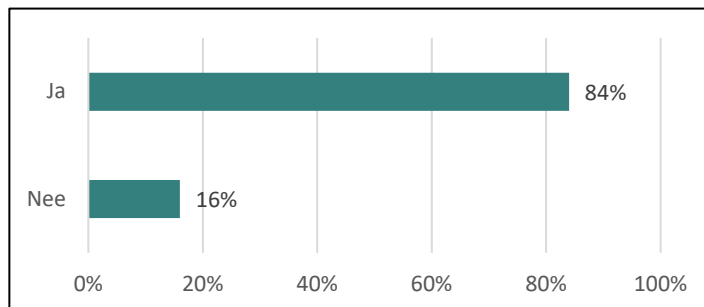
Bij VBHC-initiatieven wordt er meer samengewerkt tussen ziekenhuizen dan met huisartsen. In het kader van verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg is dat opvallend. Een voorbeeld rond thuisdialyse is hierop een uitzondering.

Moeizame gegevensuitwisseling hindert samenwerking

Er is in zeer beperkte mate sprake van keten brede dossiervoering. Dit heeft zeer waarschijnlijk te maken met nog beperkt doorgevoerde gegevensstandaardisatie.

4. METEN VAN ZORGUITKOMSTEN

Doet uw organisatie aan uitkomstmeting?*



* Onder uitkomstmetingen worden niet alleen medische effecten maar ook patiënt-gerelateerde uitkomstmetingen verstaan.

⁵ <https://3goedevragen.nl/>

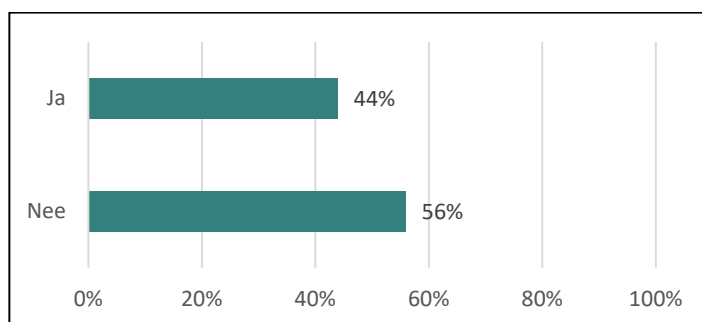
Nog niet alle ziekenhuizen gebruiken dezelfde standaarden voor uitkomstmeting

De ICHOM-standaarden zijn breed bekend en worden ook gebruikt. Sommige ziekenhuizen maken hun eigen 'standaard' of geven een eigen invulling aan de ICHOM-standaard. Dit belemmert potentieel het kunnen vergelijken van uitkomsten tussen verschillende ziekenhuizen.

Samenwerking tussen ziekenhuizen bevordert effectiviteit van uitkomstmeting

Er is een aantal samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen om VBHC en uitkomstmeting gezamenlijk vorm te geven. Dit versnelt de implementatie van uitkomstmeting, maakt vergelijking van resultaten tussen ziekenhuizen mogelijk en kan daardoor leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg.

5. FINANCIERING

Bent u al betrokken bij/in overleg met een zorgverzekeraar over een VBHC initiatief/experiment?**Minder dan de helft van de ziekenhuizen is in gesprek met een zorgverzekeraar over VBHC**

Door verandering van de vorm waarin zorg geleverd wordt, bijvoorbeeld in de keten of samenwerking, is financiering een belangrijk aandachtspunt. Echte invulling van VBHC kan alleen in samenwerking met zorgverzekeraars.

Toerekenen van kosten aan individuele patiënten blijkt erg lastig

Twee van de acht geïnterviewde ziekenhuizen zijn concreet bezig om de kostenkant van Porters' VBHC-concept handen en voeten te geven. In de praktijk blijkt de toerekening van de kosten die het ziekenhuis maakt en de tijdsbesteding van personeel aan een individueel patiënt erg ingewikkeld.

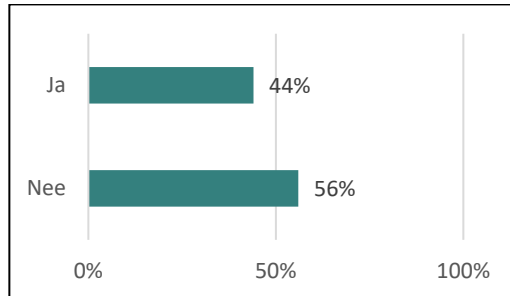
Ziekenhuizen zijn beducht voor een *blaming culture* in plaats van een *learning culture*

Ziekenhuizen zijn bang dat vergelijking van uitkomsten leidt tot druk op financiering vanuit de zorgverzekeraars. Transparantie op niveau van individuele artsen is een belangrijke randvoorwaarde om verbetering in de praktijk te bewerkstelligen.

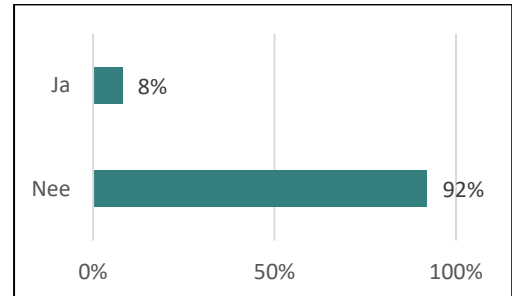
6. ONDERSTEUNEND INFORMATIEPLATFORM

Is uw organisatie bezig met de aansluiting/aangesloten op een:

PGO



Ketendossier



Patiënt is nog beperkt in regie over eigen gegevens

De huidige functionaliteiten binnen het patiëntenportaal en de persoonlijke gezondheidsomgeving voor individuele patiënten zijn nog beperkt. Dit betekent dat zes van de acht geïnterviewde ziekenhuizen beperkte ondersteuning bieden in het zelf kunnen inzien van uitkomsten door de patiënt en het zelf kunnen doorgeven van gegevens door de patiënt.

Ziekenhuizen zijn beducht voor extra registratielast door uitkomstmeting

De standaarden die gebruikt worden voor het meten van uitkomsten zijn nog niet of deels in de bestaande informatiesystemen geïntegreerd. Bestaande informatiesystemen moeten de mogelijkheden wel gaan bieden. Dit betekent in potentie additionele registratielast en dus extra werk voor zorgverleners.

Uiteenlopende data definities belemmeren het vergelijken van uitkomsten

Nog niet alle data omtrent uitkomsten voor patiënten worden gestandaardiseerd vastgelegd. Ziekenhuizen hanteren vaak nog hun eigen data definities. Deze verschillen zijn niet alleen zichtbaar bij ziekenhuizen onderling, maar ook binnen het ziekenhuis kunnen verschillende zorgverleners verschillende zaken onder dezelfde uitkomstmetingen verstaan. Dit belemmert potentieel het kunnen vergelijken van uitkomsten in en tussen de ziekenhuizen.



4 BESCHOUWING M&I/PARTNERS

De doelstellingen van Value-Based Healthcare (VBHC) – meer focus op de waarde die het zorgsysteem levert voor de patiënt – is prijzenwaardig⁶. Niet alleen in Nederland, maar ook elders in de wereld – onder andere in Zweden en de VS – vindt transformatie van de zorg langs deze lijnen plaats.

VBHC in zijn ultieme vorm is een veelomvattend concept. Invoering is complex en raakt het hele zorglandschap (patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars). In het onderzoek zien we op dit moment een stevige focus op uitkomstmeting. Inmiddels zijn het Ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland een gezamenlijk programma, *Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*, gestart. Alle ziekenhuizen zullen daar binnen afzienbare tijd mee te maken krijgen. Dit alles in het licht van de doelstellingen van de minister van VWS om in 2022 voor ruim de helft van de ziektelast inzicht te hebben in uitkomsten die ertoe doen. En bovenal dat deze informatie door patiënten en professionals goed vindbaar en goed te begrijpen is en ook in de praktijk kan worden gebruikt om samen te kunnen kiezen voor de best passende zorg⁷. Kortom, de focus op uitkomstmeting zal verder toenemen.

Verwacht mag worden dat dit programma een aantal andere belangrijke componenten uit het VBHC-bouwwerk triggert. Met het vastleggen van de zorguitkomsten voegen we immers een belangrijk element aan het informatiestelsel in de zorg toe. Zorginstituut Nederland zet daarbij

⁶ Hiervoor zijn we ingegaan op ons onderzoek naar de stand van VBHC bij Nederlandse ziekenhuizen. In deze paragraaf geven we een beschouwing op VBHC gerelateerd aan de ontwikkelingen in het veld.

⁷ Zie voetnoot 1 op pagina 4.

nadrukkelijk in op de ICHOM-standaard⁸. Het kiezen van een standaard is één. Deze daadwerkelijk invoeren, gebruiken, uitwisselen en ontsluiten is twee. Daar is nog veel werk aan de winkel in termen van afspraken, organiseren en aanpassen van de informatievoorziening in de sector. Afhankelijk van de follow-up van de minister van VWS op zijn brief aan de kamer, waarin hij aangeeft dat de voortgang van de realisatie van een duurzaam informatiestelsel in de zorg onvoldoende tempo heeft, zal dat met meer of minder regie van VWS zijn.⁹

Patiënt-gerelateerde uitkomstmeting over zorgketens vindt op dit moment nog nauwelijks plaats. Waar het al een uitdaging is om uitkomstmeting binnen de grenzen van het ziekenhuis te doen, wordt de uitdaging in de keten nog groter. Niet alleen in termen van organiseren, maar ook in termen van ondersteunende informatievoorziening.

In het gezamenlijke programma *Uitkomstgerichte zorg 2018 – 2022* zullen veel lessen worden geleerd, niet alleen op het gebied van uitkomstinformatie, maar ook op andere componenten van het VBHC-bouwwerk. Gegeven de veelomvattendheid van het concept en de complexiteit van de Nederlandse zorg is een belangrijke vraag of we met elkaar voldoende tempo kunnen ontwikkelen.

Ondertussen blijft de financieringskant niet onberoerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) adviseert om zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg te gaan belonen op basis van de gezondheidswinst voor de patiënt¹⁰. Contracteren op waarde moet de norm worden, zodat zorg op de juiste plek en doelmatige inzet van mensen en middelen een stap dichterbij komt. Dit is nodig om de zorg ook op termijn betaalbaar te houden. Dat staat in het advies van de NZA aan de minister. Diverse zorgverzekeraars hebben hiervoor al de eerste stappen gezet. Zo liet Menzis vorig jaar weten met ingang van 2018 meer waardegericht te gaan inkopen. Zo sloot zij met dertig ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra een driejarig contract voor de inkoop van behandeling van heup- en knieartrose en staaroperaties¹¹. In totaal goed voor circa tienduizend patiënten.

Het toerekenen van de daadwerkelijk gemaakte kosten aan de behandeling van patiënten is – op zijn zachtst gezegd – een uitdaging, iets dat door Porter zelf ook wordt erkend. Uitgaan van individuele patiënten vergt een zeer gedetailleerde (tijd-)administratie en vergroot de registratielast enorm. Toerekenen aan groepen/bundels van patiënten vergt een scherpe definitie van die groepen die in de praktijk lastig toe te passen is.

In een recent interview laat LUMC-bestuursvoorzitter Willy Spaan zich kritisch uit over VBHC en de ontbrekende wetenschappelijke onderbouwing. Om die reden kiest hij voor een beleid van kleine stapjes¹²: “Wij doen het (Value-Driven Healthcare, red.) niet over de volle breedte van het ziekenhuis. Wij doen het stapsgewijs, eerst met vier ziektebeelden en dan uitbreiden naar twaalf en later vijftien. En we willen vooral wetenschappelijk onderzoeken of het oplevert wat Porter en zijn volgelingen claimen: betere kwaliteit tegen lagere kosten. Er wordt in de zorg veel VBHC geïmplementeerd, maar er is nul, echt nul wetenschappelijk bewijs dat het ook werkt.” Ondanks zijn kritiek: “Het Porter-model heeft wel een goede kant: het legt de nadruk op

⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/rapport-meer-patientregie-door-meer-uitkomstinformatie-in-2022>

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2018/10/15/kamerbrief-rapport-kpmg-outcomedoelen-in-kaart>

¹⁰ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/10/04/nza-zet-gezondheidswinst-centraal-in-bekostiging-medisch-specialistische-zorg>

¹¹ <https://www.skivr.nl/actueel/id32068-menzis-rekent-aanbieders-af-op-waarde-.html>

¹² https://www.zorgvisie.nl/value-based-healthcare-is-een-buzzwoord/?_ga=2.227862685.1888076276.1541410396-1466940077.1534605483

uitkomsten die relevant zijn voor patiënten. De zorg legt nu nog te veel nadruk op het medische resultaat.”

Linksom of rechtsom zien we de zorg op veel fronten de beweging maken richting waardegedreven zorg om zo het begrip ‘patiënt centraal’ ook daadwerkelijk inhoud te geven. Niet alleen achter de schermen, maar ook in de spreekkamer waar ‘samen beslissen’ verder inhoud wordt gegeven, vraagt dat om forse veranderingen.

BIJLAGE 1 VALUE-BASED HEALTHCARE

VBHC is in 2006 door Porter c.s.¹³ in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Zij stellen dat we toe moeten naar een systeem waarin we focussen op de waarde die het zorgsysteem levert voor de patiënt. De waarde is gelijk aan de verhouding tussen de uitkomst van de geleverde zorg voor een individuele patiënt bij een bepaalde aandoening en de kosten voor zorg voor de individuele patiënt die daartegenover staan. De uitkomst wordt daarbij niet alleen in medische termen beschouwd (hoe goed is een behandeling gegaan) maar ook in termen van de persoonlijke ervaringen van de patiënt over het behaalde resultaat.

Volgens Porter c.s. omvat VBHC de volgende componenten:

- **Organiseer de zorg rondom aandoeningen en doelgroepen**
Creëer daartoe multidisciplinaire teams die de zorgverlening regelen voor een bepaalde aandoening dan wel doelgroep. Deze teams hebben de verantwoordelijkheid voor het totale zorgproces, inclusief het herstelproces.
- **Integreer de zorgverlening in één samenwerkende keten**
Zorg wordt verleend door meerdere zorgverleners, integreer dat in één keten. Dat betekent dus afstemming over wie in de keten welke zorg levert voor een individuele patiënt.
- **Meet de zorguitkomsten voor elke patiënt met een bepaalde aandoening of in een bepaalde doelgroep**
Hierbij draait het om uitkomsten die er voor de patiënt toe doen en wordt er breder gekeken dan de huidige procesindicatoren bij kwaliteitsmetingen.
- **Meet de kosten voor elke individuele patiënt met een bepaalde aandoening of in een bepaalde doelgroep**
Kosten moeten keten breed te herleiden zijn naar de behandeling van individuele patiënten.
- **Financiering**
Betaal het geheel van zorgverlenende en dienstverlenende partijen die rond de aandoening van een patiënt een rol spelen één bedrag, op basis van de uitkomsten die worden bereikt voor de patiënten. Partijen moeten onderling afstemmen hoe de werkzaamheden en inkomsten moeten worden verdeeld.
- **Ondersteunend informatieplatform**
Om zorggegevens en uitkomsten te kunnen uitwisselen en vergelijken is een (virtueel) informatieplatform nodig waar gestructureerde data met eenduidige data definities worden gebruikt.

¹³ <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>