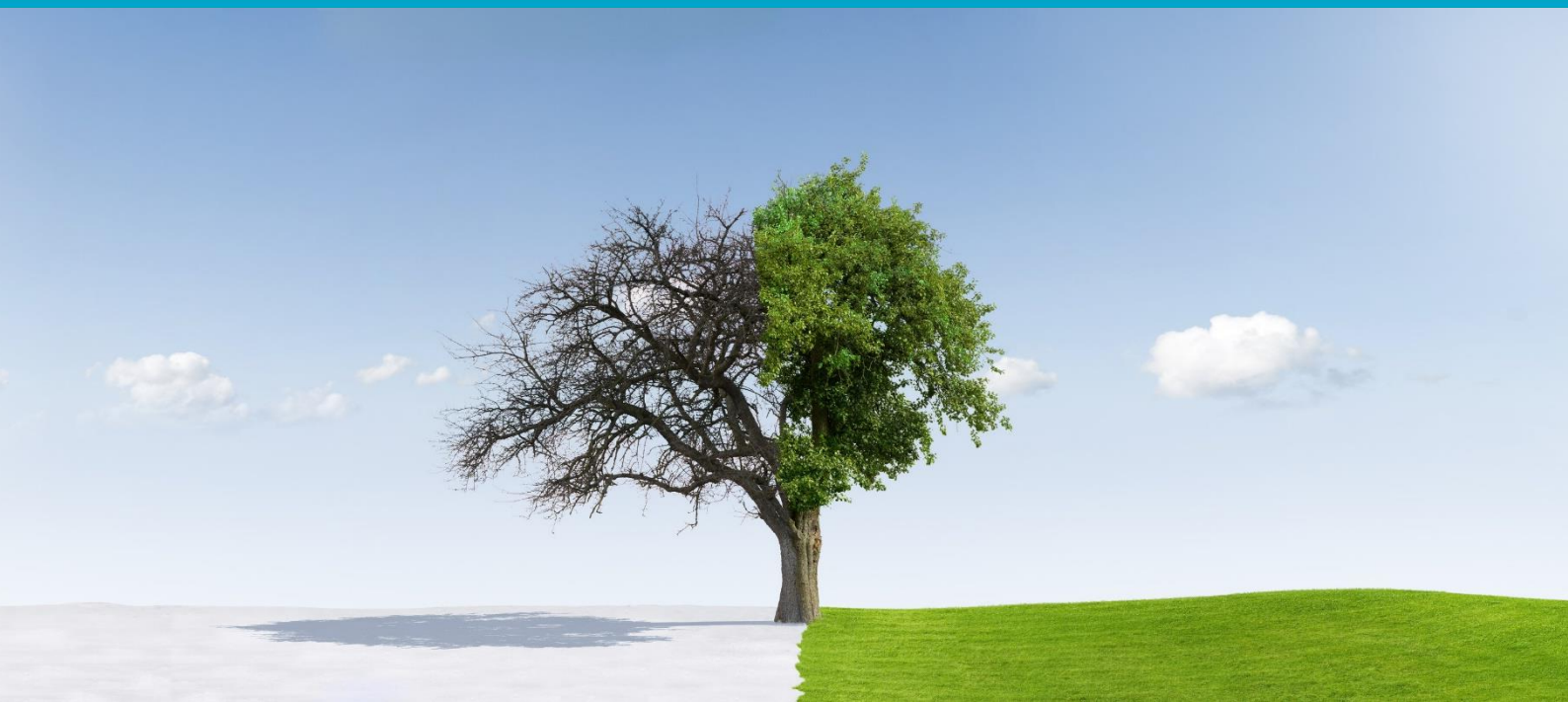


Accountable Care in Nederland

De oplossing om onze (diabetes-)zorg te verduurzamen



- Datum: 10 juli 2019
- Versie: 1.1
- Auteur: Robin Schepers

Managementsamenvatting

Door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen nemen zorgkosten in Nederland naar verwachting toe de komende jaren. In de Verenigde Staten zijn in 2011 Accountable Care Organizations (ACOs) ingevoerd als antwoord op soortgelijke problematiek. Binnen deze samenwerkingsorganisaties leggen zorgorganisaties samen verantwoording af over de kosten en kwaliteit van zorg. Dit onderzoek verkent de mogelijkheden voor het implementeren van het ACO-model in Nederland om te zorgen dat de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar blijft. Deze vergelijking wordt gemaakt aan de hand van diabetes-casuïstiek.

De ACO als overkoepelende samenwerkingsorganisatie, zoals dat in de Verenigde Staten vormgegeven is, blijft voor Nederland op dit moment nog een stip op de horizon. Dit komt doordat Nederlandse zorgorganisaties nog te veel beperkt zijn in het organiseren van intensieve samenwerking. In de weg daar naartoe kunnen organisaties wel al een groot aantal stappen zetten om (binnen een organisatie) Accountable Care te leveren. Organisaties kunnen inspelen op het veranderend zorgklimaat doordat op deze manier doelmatigheid van zorg stijgt en kosten bespaard worden. Door Accountable Care te leveren wordt er tevens ingespeeld op de groeiende behoefte van zorgorganisaties en professionals om zélf de verantwoordelijkheid te nemen voor de door hen geleverde zorg. Hier is een organisatiebreed gedragen cultuuromslag voor vereist.

Verbetering van zorg in de Verenigde Staten

Dit onderzoek heeft de effecten van het ACO-model op de diabeteszorg in de Verenigde Staten in kaart gebracht. De zorgmethodieken met betrekking tot diabetes in de Verenigde Staten en Nederland zijn namelijk overeenkomstig genoeg om verschillen in doelmatigheid van zorg toe te schrijven aan andere factoren dan diagnostiek of medicatie. Hierdoor is het mogelijk om tot conclusies te komen over de effectiviteit van het model.

Diabetes heeft een aanzienlijk hogere prevalentie in de Verenigde Staten dan in Nederland. Desondanks is de diabeteszorg in beide landen nagenoeg gelijk op alle relevante punten. We zien in beide landen een opwaartse trend in het aantal diabetesgevallen. De behandelrichtlijnen, inclusief richtlijnen voor bariatrische chirurgie en preventieve behandeling, zijn nagenoeg gelijk tussen beide landen.

Op basis van kwantitatieve, statistische analyse concludeert dit onderzoek dat zorgorganisaties doormiddel van het ACO-model zorgkosten verlagen en doelmatigheid verhogen. Over de jaren verbetert de geleverde zorgkwaliteit en dalen de zorgkosten. Zorgkwaliteit is in veel gevallen binnen drie jaar significant beter dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel voor de zorg in het algemeen als voor de diabeteszorg specifiek. Op de korte termijn is kwaliteit in de helft van de gevallen een goede voorspeller voor het behalen van shared savings. Kostenbesparingen van ACOs lijken meerjarig. Dit creëert optimistische verwachtingen voor de financiële haalbaarheid van het ACO-programma in de Verenigde Staten op de lange termijn.

Er zijn veel factoren die meewegen in het succes van een ACO in de Verenigde Staten. De grootste succesfactoren zijn interne factoren zoals de hoeveelheid ervaring die een zorgorganisatie heeft met geïntegreerde zorg of de opbouw van het shared savings contract. Ook regionale factoren zoals de hoogte van zorgkosten, dichtheid van zorgaanbieders en demografische verschillen spelen een rol.

ACOs met een tweezijdige shared savings afspraak (waardoor ook verliezen worden gedeeld) behalen vaker en hogere shared savings dan de organisaties met de eenzijdige shared savings variant.

Het Accountable Care model in Nederland

Door de implementatie van ACOs is het dus mogelijk om zorgkwaliteit te verhogen en zorgkosten te verlagen. Om de cultuuromslag naar Accountable Care in Nederland te faciliteren kunnen zorgorganisaties het model nastreven zoals dat aangereikt wordt in dit rapport. In het model staan drie doelen centraal:

- De gehele organisatiestructuur moet zo zijn opgezet dat de patiënt centraal staat.
- De zorg moet uitkomstgericht worden ingezet.
- De bekostigingsstructuur moet hervormd worden.

Organisaties moeten de patiënt centraal zetten. De zorg moet dusdanig ingericht zijn dat de vraag “wat is het belang van de patiënt hierbij?” op alle gebieden gesteld wordt. Ook moet de patiënt meer input krijgen in het behandelplan. Dit kan vorm krijgen door keuzetools te ontwikkelen om zo de patiënt beter te informeren.

Organisaties moeten uitkomstgerichte zorg nastreven. Dit kan door middel van het organiseren van uitkomstgerichte interventies. De effectiviteit hiervan wordt gemeten aan de hand van uitkomstindicatoren, waarbij de uitkomsten met betrekking tot het patiëntresultaat het meest relevant is. Door gebruik te maken van een cyclische methodiek kunnen uitkomsten periodiek in kaart worden gebracht, wat een feedbackloop voor verbetering teweegbrengt.

Organisaties moeten de bekostigingsstructuur herinrichten. Kostenbesparingen dienen aangemoedigd te worden door middel van shared savings, waardoor een deel van de kostenbesparingen terugvloeien naar de zorgaanbieder. Door gebruik te maken van meerjarencontracten is het mogelijk om concrete efficiëntieverbeteringen over de lange termijn te bewerkstelligen.

Een organisatie moet aan een aantal voorwaarden voldoen om de drie Accountable Care doelen succesvol te kunnen implementeren. Zo moet er voldoende personele capaciteit, financiën, tijd en (bestuurlijk) draagvlak zijn om de omslag te bemiddelen. Organisaties moeten inspelen op de intrinsieke motivatie van zorgverleners om goede zorg te leveren. Als laatste moeten organisaties inzetten op datamanagement en onderzoek dat aansluit bij de doelstelling van het programma. Een geïntegreerde IT-structuur en een nauwe samenwerking met de zorgverzekeraar faciliteren het vergaren van deze multidisciplinaire data.

Wanneer Nederland haar IT- en zorgfinancieringswetgeving meer openstelt voor samenwerkingen tussen zorgorganisaties wordt het mogelijk om ACOs als samenwerkingsverband tussen meerdere zorgorganisaties op te richten. Binnen deze ACOs kunnen organisaties dan ook over meerdere zorglijnen doelmatig samenwerken aan betere zorg. In het huidige zorgklimaat is dit nog niet mogelijk.

Algemene informatie

Auteur: Robin Schepers
Studentnummer: S2317613

Opleiding: Biology - Science, business and policy
Cursus: Internship Science, business and policy
Periode: 3 januari 2019 – 5 juli 2019

Stagebedrijf: Arteria Consulting
Locatie stagebedrijf: Hilversum

Begeleiding

| Naam | Organisatie | Functie | Rol |
|--------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|
| Cor Calis | Arteria Consulting | Partner | Dagelijkse begeleider |
| Emile Petiet, MSc. | Arteria Consulting | Consultant | Dagelijkse begeleider |
| Drs. Saskia Grooters | Rijksuniversiteit Groningen | Docent | Algemeen begeleider |
| Prof. Dr. Maarten Postma | Rijksuniversiteit Groningen | Professor | Wetenschappelijk begeleider |

Disclaimer

This report has been produced in the framework of an educational program at the University of Groningen, Netherlands, Faculty of Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) Curriculum. No rights may be claimed based on this report, other than described in the formal internship contract. Citations are only possible with explicit reference to the status of the report as a student internship product and written permission of the SBP staff.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Managementsamenvatting | 2 |
| Verbetering van zorg in de Verenigde Staten | 2 |
| Het Accountable Care model in Nederland | 3 |
| Algemene informatie | 4 |
| Inhoudsopgave | 5 |
| Leeswijzer | 6 |
| 1. Inleiding | 8 |
| 1.1. Probleemstelling | 8 |
| 1.2. Achtergrond | 8 |
| 1.3. Casuïstiek | 9 |
| 1.4. Hoofdvraag en deelvragen | 10 |
| 2. Rol van ACOs op de diabeteszorg in de VS | 11 |
| 2.1. Inleiding | 11 |
| 2.2. Effecten van ACOs op (diabetes-)zorg in de VS | 13 |
| 2.3. Verklarende factoren | 18 |
| 2.4. Conclusie | 19 |
| 3. Het ACO-model in de Nederlandse (diabetes-) zorg | 21 |
| 3.1. Inleiding | 21 |
| 3.2. Opzet diepte-interviews | 21 |
| 3.3. Analyse diepte-interviews | 22 |
| 3.4. Behoeften en verbetermogelijkheden in de Nederlandse zorg | 23 |
| 3.5. Conclusie | 25 |
| 4. Richtlijnen voor een ACO in Nederland | 26 |
| 4.1. Inleiding | 26 |
| 4.2. Doel: de patiënt centraal | 26 |
| 4.3. Doel: uitkomstgerichte zorg | 27 |
| 4.4. Doel: hervormde bekostigingsstructuur | 28 |
| 4.5. Voorwaarden | 29 |
| 4.6. Beperkingen | 31 |
| 4.7. Conclusie | 32 |
| 5. Advies en implementatie | 33 |
| 6. Discussie | 35 |
| 6.1. Op weg naar de Triple Aim | 35 |
| 6.2. Limitaties en Onderzoeksmogelijkheden | 35 |
| Bronvermelding | 36 |

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 (Inleiding) wordt de maatschappelijke relevantie alsmede het doel en de aanpak van het onderzoek beschreven.

- Paragraaf 1.1 beschrijft de probleemstelling van het onderzoek
- Paragraaf 1.2 beschrijft de achtergrond waar het onderzoek tegen uit is gesteld.
- Paragraaf 1.3 gaat in op de keuze voor de diabetes-casuïstiek van het onderzoek.
- Paragraaf 1.4 beschrijft de hoofdvraag van het onderzoek.
- Paragraaf 1.5 beschrijft de deelvragen van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 (Rol van ACOs op de diabeteszorg in de VS) worden kenmerkende aspecten, doelmatigheid en (financiële) efficiëntie van zorg van ACOs besproken. Ook verklaart dit hoofdstuk een aantal van de succesfactoren.

- Paragraaf 2.1 geeft een inleiding voor het hoofdstuk, alsmede een overzicht van de belangrijkste kenmerkende aspecten van een Accountable Care Organization.
- Paragraaf 2.2 beschrijft de effecten die de implementatie van het ACO-model hebben op de diabeteszorg uit de VS. Dit gebeurt aan de hand van zowel literatuuronderzoek als een kwantitatieve analyse.
- Paragraaf 2.3 beschrijft een aantal verklarende factoren over zowel het ontstaan van ACOs en het succesvol behalen van ACO-doelstellingen.
- Paragraaf 2.4 geeft een conclusie dat antwoord geeft op de deelvraag van het hoofdstuk.

In hoofdstuk 3 (Het ACO-model in de Nederlandse (diabetes-) zorg) worden verschillende behoeften die er in de Nederlandse (diabetes-)zorg bestaan beschreven, evenals het effect dat de ACO-implementatie daarop zou hebben.

- Paragraaf 3.1 geeft een inleiding van het hoofdstuk.
- Paragraaf 3.2 beschrijft de opzet van het kwalitatieve onderzoek.
- Paragraaf 3.3 beschrijft de analysemethode van de diepte-interviews geanalyseerd.
- Paragraaf 3.4 beschrijft een vijftal behoeften in de Nederlandse (diabetes-)zorg, evenals de impact die de implementatie van een ACO-model daarop kan hebben.
- Paragraaf 3.5 geeft een conclusie dat antwoord geeft op de deelvraag van het hoofdstuk.

In hoofdstuk 4 (Richtlijnen voor een ACO in Nederland) wordt beschreven hoe een ACO op Nederlandse bodem eruit zou zien.

- Paragraaf 4.1 geeft een inleiding van het hoofdstuk.
- Paragraaf 4.2 t/m 4.4 beschrijft drie doelstellingen waar een ACO in Nederland zich op moet focussen. Doelstellingen worden onderbouwd met een aantal concrete middelen om elk doel vorm te geven.
- Paragraaf 4.5 beschrijft zeven voorwaarden waar elke ACO in Nederland aan moet voldoen.
- Paragraaf 4.6 beschrijft vier beperkingen waardoor de effectiviteit van ACOs in Nederland beperkt zouden worden.
- Paragraaf 4.7 geeft een conclusie dat antwoord geeft op de deelvraag van het hoofdstuk.

In hoofdstuk 5 (Advies) worden de uitkomsten van het onderzoek samengevat tot een concreet en implementeerbaar advies.

In hoofdstuk 6 (Discussie) worden verschillende overige onderwerpen besproken.

- Paragraaf 6.1 gaat in op het verschil tussen het gegeven advies en het hedendaagse idee van de Triple Aim, inclusief hoe we Nederland dit werkbaar kan maken.
- Paragraaf 6.2 gaat in op limitaties van dit onderzoek. Ook worden er in dit gedeelte aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

In de bijlagen wordt aanvullende informatie gegeven over verschillende aspecten van het onderzoek.

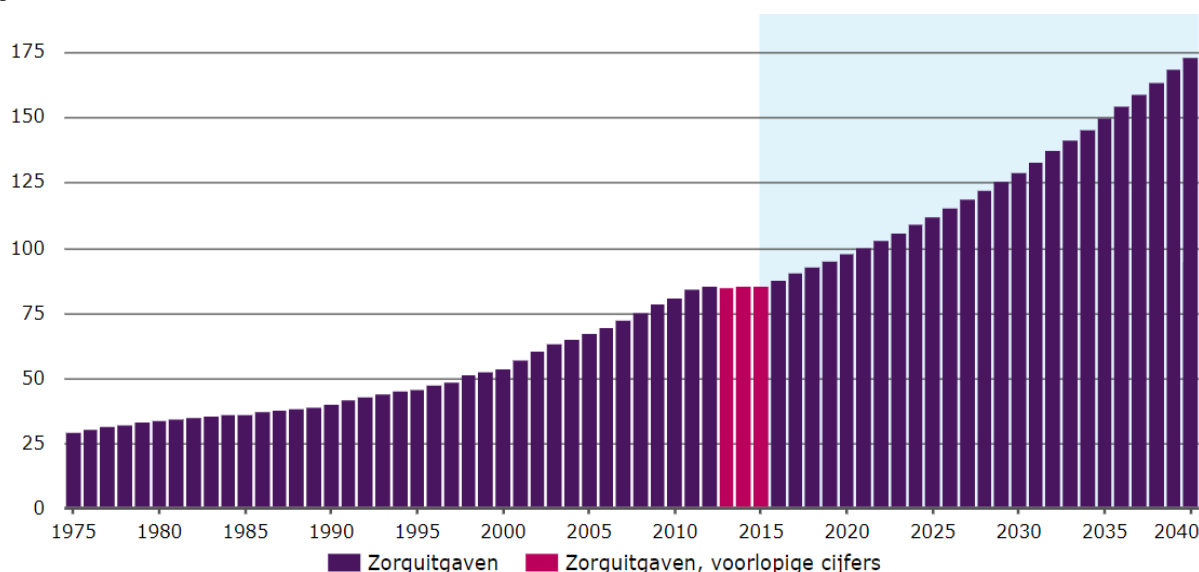
Afkortingentabel

| Afkorting | Uitgeschreven |
|-----------|--|
| ACO | <i>Accountable Care Organization</i> |
| CMS | <i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i> |
| GLI | Gecombineerde leefstijlinterventie |
| HbA1c | Hemoglobine A1c |
| MSSP | <i>Medicaid Shared Savings Program</i> |
| NGACO | <i>Next Generation Accountable Care Organization</i> |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| VS | Verenigde Staten |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen nemen zorgkosten in Nederland naar verwachting de komende jaren toe (Figuur 1)¹. De Nederlandse zorgsector met als belangrijkste spelers het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben zichzelf ten doel gesteld om de zorg zowel nu als in de toekomst toegankelijk te houden voor iedereen. Hierbij wordt gestreefd om op termijn de zorgkosten niet sneller te laten stijgen dan de economische groei. Hiertoe hebben partijen onder andere bestuurlijke akkoorden gesloten.



Figuur 1: De zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard in 2040. Figuur afkomstig uit rapportage 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' van het RIVM (2015)¹.

In het *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022* is afgesproken uitgaven te beheersen tot een afgesproken maximum². Dit terwijl toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid gewaarborgd blijven. Deze transformatie heeft als effect dat (duurdere) zorg voorkomen wordt, dat zorg (dichter) bij mensen thuis plaatsvindt en dat huidige vormen van zorg door andere zorg (zoals eHealth) vervangen worden. Concreet hebben de plannen in de periode 2019-2022 een beoogd remeffect van 2 miljard, waardoor de zorgsector met 8 miljard euro in plaats van 10 miljard zal groeien. Hierbij is het doel gesteld om de ziekenhuisgroei op 0% te houden.

1.2. Achtergrond

Het is niet eenvoudig om de groei in zorgkosten af te remmen. Het is hierbij namelijk belangrijk dat de kwaliteit niet afneemt. Ook moet de zorg zowel fysiek als financieel toegankelijk blijven voor iedereen. Eén van de mogelijkheden om kostenbesparing te realiseren met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid is met behulp van het principe van 'waardegedreven zorg', voor het eerst beschreven in Porter's boek *'Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results'*³. Hierbij wordt gekeken naar maximalisatie van waarde in het belang van de patiënt. Een concreet middel om deze waardegedreven zorg te implementeren is het Accountable Care-model. Hierbij zijn zorgleveranciers gezamenlijk verantwoordelijk voor het gehele zorgtraject van de patiënt. Dit model is een aantal jaren geleden geïntroduceerd in de Verenigde Staten. De vraag die volgt is of dit gedachtegoed ook in Nederland een bijdrage kan leveren het oplossen van de eerdergenoemde zorgproblematiek.

Een Accountable Care Organization (ACO) is een samenwerkingsverband van verschillende zorgaanbieders die samen verantwoording afleggen aan patiënten en financiers over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg⁴. Van een ACO wordt publieke openheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid en multidisciplinair samenwerken gevraagd. Hoofdstuk 3 en bijlage B gaan dieper in op de verschillende aspecten van ACOs.

ACOs die vooraf gestelde doelen weten te behalen worden beloond. Pilots in de Verenigde Staten (VS) tonen aan dat ACOs deze doelen kunnen behalen en dus een potentiële oplossing vormen. Dit resulteert onder andere in een lagere bezettingsgraad van ziekenhuiscapaciteit, door bijvoorbeeld een vermindering in spoedeisende hulp⁵. Hierdoor worden kostenbesparingen gerealiseerd⁶. Dergelijke resultaten kunnen ook in het Nederlandse zorgsysteem een oplossing bieden voor de eerder beschreven problematiek. Dit onderzoek richt zich dan ook op het verkennen van de mogelijkheden tot implementeren van dit ACO-achtige model in Nederland, met als doel om kosten te beheersen en tegelijkertijd kwaliteit en toegankelijkheid te garanderen.

1.3. Casuïstiek

Dit onderzoek richt zich op de behandeling van diabetes binnen ACOs. De werking van het ziektebeeld diabetes wordt relatief goed begrepen en vrij eenduidig behandeld in de westerse wereld^{7,8}. Tevens is de zorgkwaliteit van diabetes kwantificeerbaar door concrete kwaliteitsmetingen^{9,10} en goed verenigbaar met het ACO-model¹¹. Diabetes heeft als voornaamste nadeel dat zorgkwaliteitscriteria relatief moeilijk te behalen zijn. Dit komt doordat de ziekte moeilijk te beheersen is: hiervoor is namelijk in de meeste gevallen een leefstijlinterventie nodig⁹. Desondanks is dit ziektebeeld het meest geschikt voor een vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland.

Als mogelijke alternatieven voor diabetes zijn de ziekte van alzheimer, cardiovasculaire aandoeningen, COPD, drugsverslaving en kanker overwogen. De meest interessante hiervan waren COPD en cardiovasculaire aandoeningen. COPD was interessant vanwege de mogelijkheid om het onderzoek te koppelen aan preventie-initiatieven t.b.v. het stoppen met roken¹⁰. Nadelen van COPD waren onder andere dat COPD een algemene, collectieve term is met een veelvoud aan onderliggende oorzaken¹⁰. Cardiovasculaire aandoeningen waren voornamelijk interessant vanwege de gemakkelijke vergelijkbaarheid van concrete metingen zoals bloeddruk, hartslag en van ECG's. Echter hebben cardiovasculaire aandoeningen hetzelfde nadeel als COPD: de aandoening is een brede term en derhalve moeilijk (internationaal) te vergelijken. Voornamelijk vanwege de kwantificeerbaarheid en vergelijkingsmogelijkheden tussen de kwaliteit van zorg in de VS en in Nederland is diabetes gekozen als casuïstiek.

Om een vergelijking te kunnen maken tussen ACO-implementatie in Nederland en de VS is het eerst nodig om te weten waar de verschillen en overeenkomsten liggen in de zorg voor de gekozen doelgroep. Daarom is er gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en de VS met betrekking tot diabetes- prevalentie, -diagnostiek, en -behandeling. In Bijlage A (los beschikbaar) wordt de vergelijking tussen diabeteszorg uit de VS en Nederland uitgediept.

Diabetes heeft onder andere een aanzienlijk hogere prevalentie in de VS dan in Nederland. Desondanks is de diabeteszorg in beide landen nagenoeg gelijk op alle relevante punten. We zien in beide landen een opwaartse trend in het aantal diabetesgevallen. De behandelrichtlijnen, inclusief richtlijnen voor bariatrische chirurgie en preventieve behandeling, zijn nagenoeg gelijk tussen beide landen met als grootste relevante verschil de afwijkende richtlijnen in diagnostiek met betrekking op de glucosewaarde.

Ten aanzien van de vergelijkbaarheid, kunnen we concluderen dat de diabetes zorgmethodieken tussen de VS en Nederland overeenkomstig genoeg zijn om verschillen in doelmatigheid van zorg toe te schrijven aan andere factoren dan diagnostiek of medicatie. Hierdoor is het mogelijk om de doelmatigheid van zorg onder invloed van het Accountable Care model te onderzoeken en relevante conclusies te trekken.

1.4. Hoofdvraag en deelvragen

Om tot een gedragen antwoord te kunnen komen heeft dit onderzoek de hoofdvraag 'Wat zijn succesfactoren, obstakels en voorwaarden voor de implementatie van een ACO-achtig model in Nederland?'. Daartoe worden drie deelvragen beantwoord.

Hoofdvraag

- Hoofdvraag: Wat zijn succesfactoren, obstakels, voorwaarden en is er steun voor de implementatie van een ACO-achtig model in Nederland?
- Casuïstiek: *diabetes mellitus*

Deelvraag 1

- Deelvraag: *Wat is het effect van ACOs op de diabeteszorg in de VS?*
- Doel: De effecten van ACOs in de VS op de doelmatigheid en kosten van de zorg in kaart brengen.
- Methode: Veranderingen in zorgkwaliteit en financiën van ACOs onderzoeken door middel van kwantitatieve analyse en literatuuronderzoek.

Deelvraag 2

- Deelvraag: *Wat is de toegevoegde waarde van het ACO-model in de Nederlandse (diabetes-) zorg?*
- Doel: Onderzoeken wat de rol van het ACO-model in Nederland zou kunnen zijn.
- Methode: Behoeften en verbeteringsmogelijkheden in de zorg in kaart brengen door middel van kwalitatieve analyse.

Deelvraag 3

- Deelvraag: *Hoe kan het ACO-model in Nederland geïmplementeerd worden?*
- Doel: Richtlijnen beschrijven die een aspirant-ACO in Nederland na dient te streven
- Methode: Succesfactoren en obstakels identificeren aan de hand van kwalitatieve analyse en literatuuronderzoek.

2. Rol van ACOs op de diabeteszorg in de VS

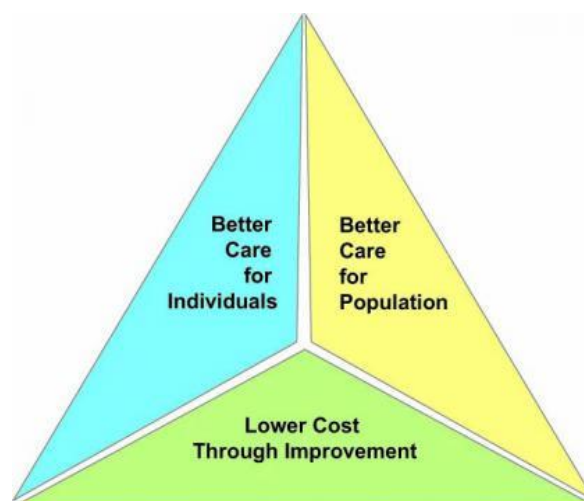
2.1. Inleiding

Om de stijging van zorgkosten te beperken, startte de U.S. Department of Health and Human Services in 2010 met nieuw beleid onder de *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*. Een deel van dit beleid was erop gericht om artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders de geleverde zorg beter te laten coördineren. Hiervoor werden Accountable Care Organizations (ACOs) in het leven geroepen. ACOs zijn samenwerkingsorganisaties van verschillende zorgaanbieders die samen verantwoording afleggen aan patiënten en financiers over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg⁴. Dit hoofdstuk is erop gericht om de effecten die ACOs hebben (gehad) in kaart te brengen.

Allereerst worden kenmerkende aspecten van ACOs hieronder afzonderlijk besproken. Daarna gaat dit hoofdstuk in op de effecten die ACOs hebben (gehad) op de doelmatigheid en kosten van de zorg. Als laatste gaat beschrijft dit hoofdstuk succes- en faalfactoren van ACOs in de VS. Dit hoofdstuk behandelt verschillende ACO-programma's, waar mogelijk, hetzelfde. Voor een uitgebreidere uitleg over deze programma's en de verschillen daartussen, zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

2.1.1. Triple Aim

Voor het eerst beschreven in 2008 in een artikel van Donald Berwick, bevat de Triple Aim een framework om het (Amerikaanse) zorgsysteem te optimaliseren en zo te verduurzamen. Hiervoor gaat het principe uit van drie doelen: het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van een populatie en het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking⁵⁸. De Triple Aim heeft invloed gehad op de totstandkoming van de Affordable Care Act twee jaar later. Er is echter geen consensus of dit framework succesvol geïntegreerd is^{59,60}. Ook in Nederland richt een aantal zorgorganisaties (waaronder de organisaties betrokken bij proeftuinen Toekomstbestendige zorg⁶¹) hun beleid zo in dat er zorg wordt geleverd conform het Triple Aim framework. Ook kennisinstituut Vilans (in samenwerking met het overheidsorganisatie RIVM en Kennisinstituut 'Jan van Es instituut') spant zich al enige jaren in voor het verspreiden van kennis over Triple Aim⁶².



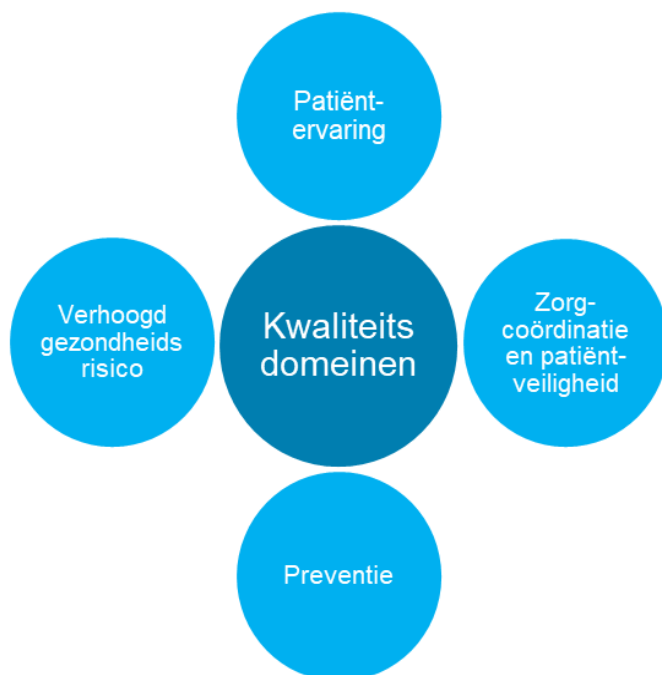
Figuur 2: Drie doelen van de Triple Aim¹⁰⁷.

De Triple Aim lijkt, elf jaar na de originele publicatie, steeds relevanter te worden. Met de focus op de verbetering van de zorgkwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid past het dan ook vaak naadloos in de doelstelling van ACOs. Daarin kan het dienen als kapstok om gericht beleid aan op te hangen.

2.1.2. Waardegedreven zorg

Waardegedreven zorg (in het Engels *Value Based Health Care*) maakt een afweging tussen patiëntwaarde en de kosten voor gezondheidszorg. De variant die in dit adviesrapport gebruikt wordt is afkomstig van econoom Michael Porter en Elizabeth Teisberg en wordt uitvoerig beschreven in hun boek³. De auteurs betogen dat het zorgveld in de VS te weinig gericht is op het creëren van waarde in de zorg en te veel op het creëren van machtsblokken en het afschuiven van kosten. Dit wordt beschreven als een *zero-sum equation*, waarbij de zorgsector niet gestimuleerd wordt om efficiëntie te verbeteren en zo kwaliteit te verhogen of kosten te verlagen. In plaats daarvan betogen de auteurs dat we een *positive-sum equation* moeten ambiëren door een gezonde concurrentie in te richten, niet meer gedreven door het stimuleren van steeds groter wordende zorgvolume, maar op kostenefficiënte zorg. Dit heet waarde-creatie voor de patiënt. Deze waarde-creatie kunnen we meetbaar maken door gezondheidsresultaten per uitgegeven dollar in kaart te brengen.

Accountable Care kan gezien worden als een uiting van dit gedachtengoed. In plaats van het stimuleren van een zorgsysteem waarin we volume belonen, beloont Accountable Care zinnige zorg waarin waarde-creatie voor de patiënt centraal staat. Dit betekent dat zorg op de juiste plek gegeven wordt: waar mogelijk in de nulde of eerste lijn en indien nodig in de tweede of derde lijn.



Figuur 3: Verdeling van kwaliteitsmetingen over vier domeinen.

2.1.3. Accountability

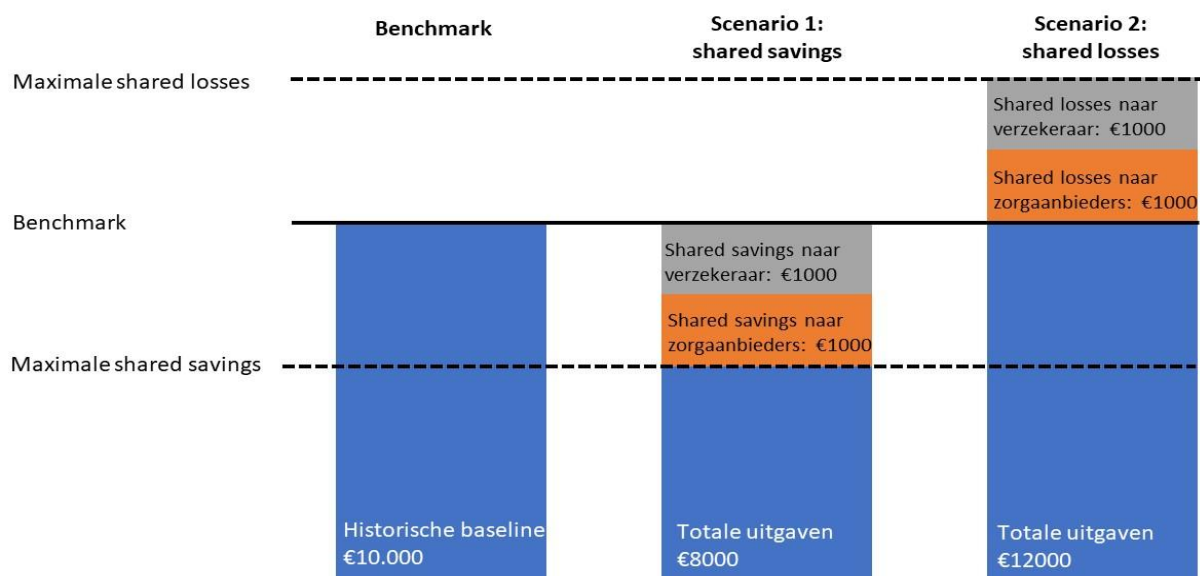
ACOs geven openheid over een set van tevoren afgesproken kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren dienen jaarlijks aangepast worden zodat deze relevant blijven met de laatste ontwikkelingen in de zorg. ACOs die meedoen met de nationale zorgverzekeringsprogramma's Medicare en Medicaid hanteren dezelfde kwaliteitsindicatoren: hierdoor is het mogelijk om kwaliteit van verschillende ACOs met elkaar te vergelijken. Hiermee nemen zorgorganisaties dus verantwoordelijkheid voor hun prestaties en zijn ze dus 'accountable'. In 2014 hanteerde het Medicare Shared Savings Programme nog 33 kwaliteitsmetingen, in 2019 zijn dit er 23. Deze kwaliteitsmetingen worden verdeeld over vier kwaliteitsdomeinen (Figuur 5)^{63,64}.

2.1.4. Shared savings

ACOs werken met alternatieve betalingsmethoden waarin shared savings centraal staan. In deze betalingsmethodiek worden ACOs verantwoordelijk gehouden voor het afbouwen van zorgkosten. Wanneer de organisaties een significante kostenbesparing (meestal 2% onder de benchmark) realiseren, krijgen ze een deel van de kostenbesparing terug van de verzekeraar (Figuur 4: scenario 1). Deze savings worden uitgekeerd aan de ACO als geheel en kan volgens een vooraf afgesproken sleutel onder zorgaanbieders verdeeld worden. Op deze manier wordt kostenefficiënt leveren van zorg, en daarmee het afbouwen van zorgkosten, beloond. Onderbehandeling van patiënten wordt voorkomen door ACOs verantwoordelijk te stellen voor het gehele zorgtraject van de patiënt: onderbehandelde patiënten komen vaak in een later stadium weer terug bij de behandelaar, waarbij kosten doorgaans vele malen hoger zijn dan oorspronkelijk. Een belangrijke voorwaarde voor het behalen van shared savings is dat de organisatie een minimum aan kwaliteit behaalt, gemeten aan de hand van de kwaliteitsmetingen zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven.

Er bestaan verschillende vormen van shared savings. ACOs kunnen kiezen voor eenzijdige shared savings, waarbij enkel het verschil in bespaarde kosten uitgekeerd wordt aan de gehele organisatie. Ook kunnen ACOs kiezen voor een tweezijdig shared savings model (ook wel shared savings/losses genoemd). Wanneer de ACO significant méér kosten maakt dan de benchmark, worden deze losses verdeeld onder de zorgaanbieders van een ACO en de zorgverzekeraar (Figuur 4, scenario 2). Tweezijdige shared savings geven ACOs een hogere mate van risico/beloning en dus meer stimulans voor het efficiënt leveren van zorg. Binnen deze twee varianten van shared savings verschillen contracten onderling in de minimale savings die behaald moeten worden voor het uitkeren, en welk percentage van de behaalde kostenbesparing teruggegeven wordt als shared savings⁶⁵.

Scenario's voor verdeling shared savings en shared losses



Figuur 4: Scenario's voor verdeling van shared savings en shared losses voor een hypothetisch bedrag. Verdeling shared savings en losses tussen verzekeraar en zorgaanbieder is afhankelijk van het overeengekomen contract.

Een specifieke Accountable Care organisatievorm waar dit onderzoek tevens naar kijkt is die van de Next-Generation ACO (NGACO). Next Generation ACOs zijn de opvolgers van de eerste ACOs. Zo hanteren ze een langere contractduur (twee of drie jaar) en meer risico. NGACOs bestaan uit een van twee risicoprofielen met tot 80 en tot 100% gedeelde besparingen/verliezen. Net als bij andere ACOs wordt er gewerkt met een minimum benchmark voor shared savings/losses. De kwaliteitscriteria zijn vrijwel hetzelfde, met als enige verschil dat het 'Electronic health record' nu vooraf vereist is; dit was bij Pioneer ACOs niet het geval⁶⁶.

Benchmarking

Benchmarking is een essentieel onderdeel van de ACO-structuur: dit bepaalt immers de drempel voor shared savings. Echter, hoe en wanneer er wordt gebenchmarkt verschilt sterk tussen verschillende programma's. ACOs baseren de benchmark meestal op een interne, drie-jarige historische baseline. Hierbij wordt rekening gehouden met regionale prijzen waardoor ACOs met elkaar te vergelijken zijn. NGACOs daarentegen gebruiken een eenjarig historische baseline in combinatie met een regionale voorspelde trend. Ook hier worden regionale prijzen meegenomen in de berekening.

NGACOs gebruiken een kortingsstructuur gebaseerd op kwaliteit: wanneer een ACO meetbare kwalitatieve verbetering door heeft gevoerd het afgelopen jaar wordt de benchmark gunstiger gelegd. Hierdoor is de kans op shared savings groter⁶⁶.

2.2. Effecten van ACOs op (diabetes-)zorg in de VS

2.2.1. Literatuur

Over het algemeen kan er gezegd worden dat er een stijgende trend zit in (diabetes-)zorg kwaliteitsscores binnen alle typen ACOs⁶⁷: ACOs zijn lerende organisaties en met de jaren worden er gemiddeld steeds betere scores behaald. Er zitten echter grote verschillen tussen soorten ACOs en de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Wanneer we kijken naar een samentrekking van diabetes specifieke kwaliteitsscores (composietscores) van ACOs zien we dat groepen die geleid worden door één of meer ziekenhuizen significant betere scores haalden dan groepen die door huisartsen(organisaties) geleid werden⁶⁸.

Diabetici die behandeld worden door zorgorganisaties geaffilieerd aan een ACO scoorden beter op depressie-symptomen en fysiek functioneren⁶⁹. De onderzoekers geven aan dat dit waarschijnlijk komt doordat de patiënt beter betrokken wordt in de behandeling. Deze patiënten krijgen vaker de kans om vragen te stellen, voelen zich beter gehoord en zijn daardoor tevredener over de geleverde zorg.

Een andere veelgebruikte kwaliteitsscore is de hoeveelheid heropnames in het ziekenhuis binnen een bepaalde tijdsperiode (meestal 30-dagen). Deze indicator is gebaseerd op het idee dat goede zorg in één keer goed geleverd dient te worden: minder heropnames duidt op betere zorg. In recent onderzoek is gevonden dat participatie in een ACO een vermindering in 30-dagen ziekenhuis heropname voor patiënten met diabetes teweegbrengt⁷⁰. Dit zou betekenen dat ACO-participatie op bepaalde gebieden daadwerkelijk kwaliteitsverbetering met zich meebrengt. De daling impliceert immers dat er voldoende zorg is geleverd tijdens de initiële ziekenhuisopname. Hier moet bij vermeld worden dat ander recent onderzoek dit verbeterende effect toekent aan een verandering in de manier van het berekenen van risicogroepen⁷¹.

(Diabetes-specifieke) therapietrouw is eveneens een interessante kwaliteitsscore om naar te kijken. Een verbetering hierin wordt gezien als een effectieve manier om de kwaliteit van zorg te verhogen zonder daarbij (grote) investeringen te hoeven doen in apparatuur, infrastructuur of andere sectoren. Echter, in recent onderzoek worden samenwerkingen van ziekenhuizen in het kader van het MSSP programma niet geassocieerd met significante verschillen in therapietrouw van patiënten⁷². Mogelijke oorzaken hierin zijn dat verantwoordelijkheid voor therapietrouw grotendeels bij de patiënt ligt, en in mindere mate bij de arts⁷². Aanpassingen in gedrag zijn traditioneel erg moeilijk en langzaam: wellicht dat de beperkte periode van kwaliteitsmetingen onvoldoende is om significante verbeteringen door te voeren. Een langere meetperiode kan hiervoor uitkomsten bieden.

2.2.2. Data-analyse

Inleiding

Er is, voor zover bekend (nog) geen onderzoek gedaan naar de effecten van ACO-formatie op de kwaliteit van specifiek diabeteszorg. Daarom is voor dit onderzoek een eigen, statistisch onderbouwde, data-analyse uitgevoerd. Hiertoe is eerst onderzocht op welke gebieden ACOs hogere kwaliteit zorg leveren dan niet-ACO zorgorganisaties. Daarna is geanalyseerd of deze verhoogde kwaliteit geleidelijk is ontwikkeld of vanaf het begin aanwezig was. Als laatste wordt er gekeken naar correlatie tussen kwaliteit en shared savings. Voor een uitgebreidere uitleg van de methode van de statistische data analyse, zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden..**

Methodiek

2.2.2.1.1 Herkomst

Het centrum voor Medicare & Medicaid services (CMS) stelt jaarlijkse data beschikbaar over de van alle bij Medicare aangesloten ACOs. Hier zijn standaard indicatoren opgesteld, waardoor ACOs met elkaar vergeleken kunnen worden. Deze indicatoren hebben betrekking op onder andere populatiegegevens, kwaliteit, benchmarking data en (al dan niet behaalde) shared savings. Er is data geanalyseerd voor ACOs die van 2013 tot en met 2017 in het programma hebben gezeten en voor alle jaren van de desbetreffende kwaliteitsmeting een uitkomst gerapporteerd hebben. Ook is er beschikbare data geanalyseerd van NGACOs over de jaren 2016 en 2017. Landelijke gemiddelden worden gebruikt als controlegroep, afkomstig van het nationale comité voor kwaliteitsbewaking (NCQA) en Medicaid.

2.2.2.1.2 Kwaliteitsmetingen

Om een beeld te krijgen van de effecten van de organisatiestructuur op diabeteszorg kijkt dit onderzoek naar acht relevante kwaliteitsindicatoren: vier zorgkwaliteitsindicatoren en vier gezondheidsindicatoren. De indicatorkeuze wordt tevens verder uitgediept in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden..**

De geanalyseerde kwaliteitsmetingen voor kwaliteit van gezondheid zijn als volgt:

- *HbA1C niet onder controle*: het percentage volwassenen met een diabetes diagnose met een HbA1C-waarde hoger dan 9%. Een lager percentage is beter.
- *Bloeddruk onder controle*: het percentage volwassenen met een hypertensie diagnose wiens bloeddruk lager is dan 140/90 mmHg. Een hoger percentage is beter.
- *Ongeplande ziekenhuisopname voor oudere diabetespatiënten (65+)*: het aantal diabetespatiënten met een acute, ongeplande ziekenhuisopname gedurende het jaar. Een lager getal is beter.
- *30-daags heropname-ratio*: het aantal patiënten die binnen 30 dagen van ziekenhuis ontslag opnieuw opgenomen dienden te worden. Een lagere ratio is beter.

De geanalyseerde kwaliteitsmetingen voor kwaliteit van zorg zijn als volgt:

- **Oogcontrole:** het percentage van volwassenen met een diabetes diagnose die een oogexamen ondergingen. Een hogere ratio is beter.
- **BMI-documentatie en follow-up:** het percentage van volwassenen die in de afgelopen zes maanden een niet-gezond BMI gedocumenteerd hadden én waarbij een plan van aanpak is gemaakt om dit te normaliseren. Een hoger percentage is beter.
- **Diabetes composietscore:** het percentage van volwassen patiënten met een diabetes diagnose die hun HbA1C onder controle hadden én een oogexamen in de afgelopen zes maanden hebben ondergaan. Een hogere score is beter.
- **Shared decision-making score:** de score gegeven door het Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) met betrekking tot het samen beslissen model. Een hogere score is beter.

2.2.2.1.3 ACOs en NGACOs ten opzichte van landelijke gemiddelden

Als eerste wordt er gekeken of ACOs en NGACOs significant een andere kwaliteit van zorg leveren dan een controlegroep en/of elkaar. Hiervoor is er voor het onderzoek een statistische analyse uitgevoerd, die wordt uitgediept in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden..** Kwaliteitsmetingen van gelijke jaren worden daarvoor, waar mogelijk, met elkaar vergeleken door middel van een statistische t-toets.

We concluderen aan de hand van deze analyse dat NGACOs op de helft en ACOs op drie van de vier kwaliteitsmetingen beter scoren dan het landelijk gemiddelde (Tabel 1). Een uitzondering is kwaliteitsmetingen van oogmetingen, waarbij zowel ACOs als NGACOs significant lager scoren dan het landelijk gemiddelde. Aldus een senior analist bij een ACO in de VS wordt dit waarschijnlijk veroorzaakt door onbetrouwbaarheden in de facturering voor oogmetingen. Deze meting wordt daarom ook steeds vaker achterwege gelaten.

Tussen ACOs en NGACOs zitten weinig significante verschillen. ACOs en NGACOs. Dit is in Tabel 1 te zien aan de gelijkwaardigheid van ACO en NGACO (te herkennen aan de '=' en de '&').

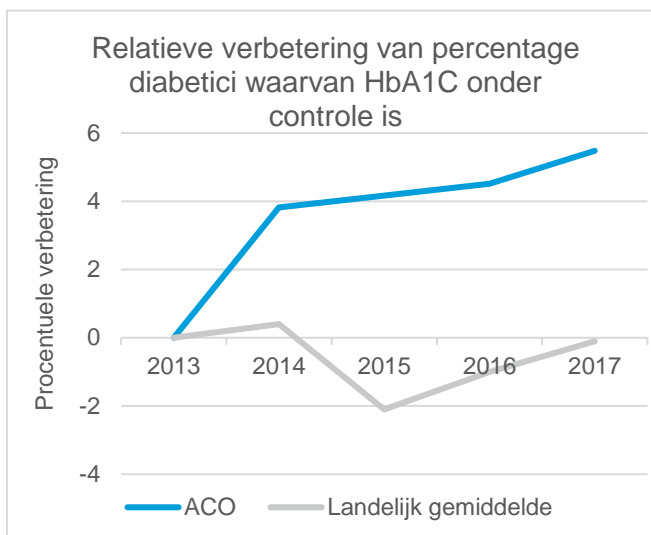
| Kwaliteitsmeting | Metingsjaar | Uitkomst |
|--|-------------|------------------------|
| HbA1C onder controle (<9%) | 2013 | ACO = Controle |
| | 2014 | ACO = Controle |
| | 2015 | ACO > Controle |
| | 2016 | ACO & NGACO > Controle |
| | 2017 | NGACO > ACO > Controle |
| Bloeddruk onder controle (<140 mmHg) | 2013 | ACO > Controle |
| | 2014 | ACO > Controle |
| | 2015 | ACO > Controle |
| | 2016 | ACO & NGACO > Controle |
| | 2017 | ACO & NGACO > Controle |
| Oogmetingen | 2015 | Controle > ACO |
| | 2016 | Controle > ACO & NGACO |
| | 2017 | Controle > ACO & NGACO |
| BMI screening en follow-up | 2014 | ACO > Controle |
| | 2015 | ACO > Controle |
| | 2016 | ACO > NGACO & Controle |
| | 2017 | ACO > NGACO & Controle |

Tabel 1: Vergelijking kwaliteitsmetingen NGACOs, ACOs en controlegroep per jaar. Resultaten die niet significant verschillen worden gesteld gelijk te zijn. Verschillen worden vastgesteld bij een $p < 0,05$.

2.2.2.1.4 Verbetering

Nu we weten dat ACOs en NGACO's op de meeste vlakken betere zorg leveren dan het landelijk gemiddelde, is het belangrijk om te onderscheiden of de zorgkwaliteit en gezondheid van de patiënten verbetert over de duur van het ACO-contract. Hiervoor wordt voor de ACO-dataset een statistische toets (single measure repeated ANOVA) voor elk van de acht kwaliteitsmetingen uitgevoerd over alle beschikbare jaren.

Voor ACOs zien we een positieve trend in zes van de acht kwaliteitsmetingen (Tabel 2). Voor NGACO's zien we een positieve trend enkel in de 'Oogmetingen' kwaliteitsmeting (Tabel 2) ($p < 0,05$); echter zijn voor deze groep maar data van twee jaar beschikbaar. Dit is onder andere te zien in Figuur 7, waarin te zien is dat ACOs de geleverde zorg consistent verbeteren in de kwaliteitsmeting 'Bloeddruk onder controle'. Het landelijk gemiddelde laat deze verbetering niet zien.



Figuur 5: Procentuele verbetering van aantal diabetici die bloeddruk onder controle had, genormaliseerd naar beginpercentage.

| Verbetering | Kwaliteitsmeting | P-waarde trend ACO | P-waarde trend NGACO |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Kwaliteit van gezondheid | HbA1C onder controle (<9%) | $P < 0,01$ | NS ($P = 0,440$) |
| | Bloeddruk onder controle (<140 mmHg) | $P < 0,0001$ | NS ($P = 0,097$) |
| | Ongeplande ziekenhuisopname | NS ($P = 0,2927$) | NS ($P = 0,098$) |
| | Heropname binnen 30 dagen | $P < 0,05$ | NS ($P = 0,299$) |
| Kwaliteit van zorg | Oogmetingen | $P < 0,0001$ | $P < 0,05$ |
| | BMI screening en follow-up | $P < 0,0001$ | NS ($P = 0,565$) |
| | Diabetes-composietscore | $P < 0,0001$ | NS ($P = 0,059$) |
| | Shared decision making score | NS ($P = 0,069$) | NS ($P = 0,295$) |

Tabel 2: Verbetering van geselecteerde kwaliteitsmetingen over 3-5 jaar gedurende het ACO contract. NS = Niet significant. P-waarden trend ACO zijn berekend aan de hand van een single measure repeated ANOVA. P-waarden trend NGACO zijn berekend aan de hand van tweezijdige t-toetsen voor twee steekproeven.

Aan de hand van de resultaten van de statistische toetsen, concluderen we dat ACOs de kwaliteit van zorg over de jaren significant verbeteren (gekenmerkt door p-waarden lager dan 0,05). Deze verbeteringen worden ook weerspiegeld in de gezondheid van haar patiënten, die na 3-5 jaar significant verbeterd is. Een ACO-structuur lijkt dus voldoende stimulans te geven om betere zorg te gaan leveren. NGACO's laten weinig verbetering zien over de twee meetjaren. Dit komt waarschijnlijk door een tekort aan meetpunten.

2.2.2.1.5 Analyse van shared savings

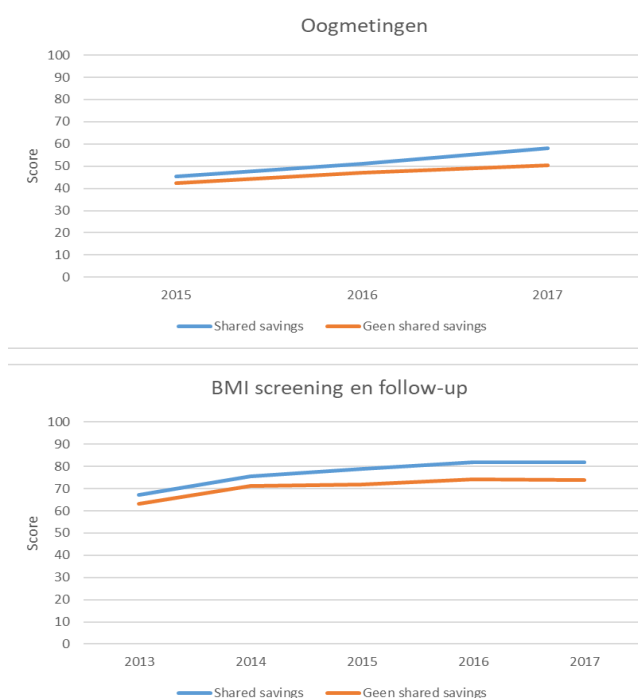
ACO's leveren betere zorg dan gemiddeld, en die kwaliteit stijgt ook. De vraag die volgt is of dit ook samengaat met financiële besparingen. Om deze vraag te beantwoorden is de groep ACO's opgedeeld in twee subgroepen: een groep met toegekende shared savings en een groep zonder toegekende shared savings. De analyse vergelijkt dus of er significante verschillen zijn in de scores op kwaliteitsindicatoren tussen de groepen met of zonder shared savings. Door deze verdeling is het mogelijk om voor elk jaar voor elke kwaliteitsmeting een statistische toets (chi-kwadraattoets) uit te voeren.

| Shared savings | Kwaliteitsmeting | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------------|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Kwaliteit van gezondheid | HbA1C onder controle (<9%) | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 |
| | Bloeddruk onder controle (<140 mmHg) | NS | NS | NS | NS | NS |
| | Ongeplande ziekenhuisopname | N/A | N/A | NS | NS | NS |
| | Heropname binnen 30 dagen | N/A | N/A | NS | NS | NS |
| Kwaliteit van zorg | Oogmetingen | N/A | N/A | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 |
| | BMI screening en follow-up | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 | P<0,05 | P<0,05 |
| | Diabetes-composietscore | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 | P<0,001 |
| | Shared decision making score | NS | NS | NS | NS | NS |

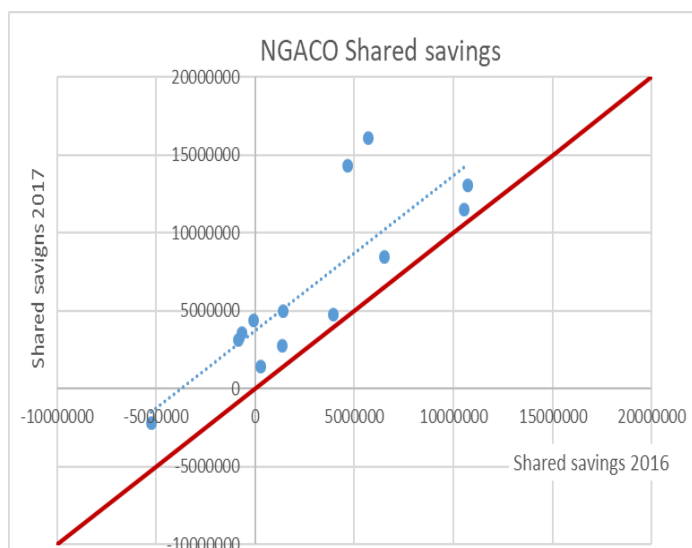
Tabel 3: Correlatie van uitkomsten van de kwaliteitsmetingen tussen de groep ACOs met toegewezen shared savings en de groep zonder shared savings. N/A = geen data beschikbaar. NS = niet-significante verschillen tussen de groepen. P-waarden zijn berekend aan de hand van een chi-kwadraattoets.

Een vergelijkende analyse tussen het al dan niet behalen van shared savings en het functioneren van ACOs laat voor de volgende kwaliteitsmetingen in alle beschikbare jaren een significant verschil zien (te zien aan een p-waarde lager dan 0,5 of 0,001) (Tabel 3): 'HbA1C onder controle', 'Oogmetingen', 'BMI screening en follow-up' en 'Diabetes-composietscore'. In alle gevallen scoren ACOs die shared savings toegekend krijgen hogere kwaliteit. Voor de overige kwaliteitsmetingen wordt geen significant verschil gevonden. Dit wordt voor twee kwaliteitsmetingen grafisch weergegeven in Figuur 9.

We concluderen dat de kwaliteit van gezondheid en de kwaliteit van zorg met betrekking tot de gekozen diabetes-kwaliteitsindicatoren zelfs op de korte termijn in een aantal gevallen een indicator zijn voor het behalen van shared savings.



Figuur 6: Kwaliteit van zorg op twee van de vijf kwaliteitsmetingen waarin een significante correlatie is.



Figuur 7: Correlatie tussen jaar 1 en jaar 2 van de shared savings. Rode ononderbroken lijn: fictieve lijn wanneer ACOs in jaar twee evenveel shared savings zouden behalen als in jaar 1. Blauwe stippellijn: trendlijn. $R^2=0,69$, $p=0,000412$.

2.2.2.1.6 Duurzaamheid van NGACO shared savings

Als laatste is het interessant om te kijken naar de voorspellende waarde van shared savings van NGACO's. NGACO's rapporteren namelijk in alle gevallen shared savings. Hierdoor is het mogelijk om een regressieanalyse uit te voeren.

Deze analyse laat een sterke correlatie zien tussen de hoogte van shared savings van 2016 en de hoogte van shared savings van 2017 (Figuur 9). Hierbij krijgen alle NGACO's in jaar 2 méér shared savings toegewezen dan in jaar 1. Dit is te zien in de figuur doordat alle meetpunten boven de rode lijn liggen.

We concluderen dat de kostenbesparingen in ieder geval meerjarig zijn: het betreft geen éénmalige verlaging in kosten. Dit geeft een positief beeld voor de financiële haalbaarheid van het NGACO-programma op de lange termijn.

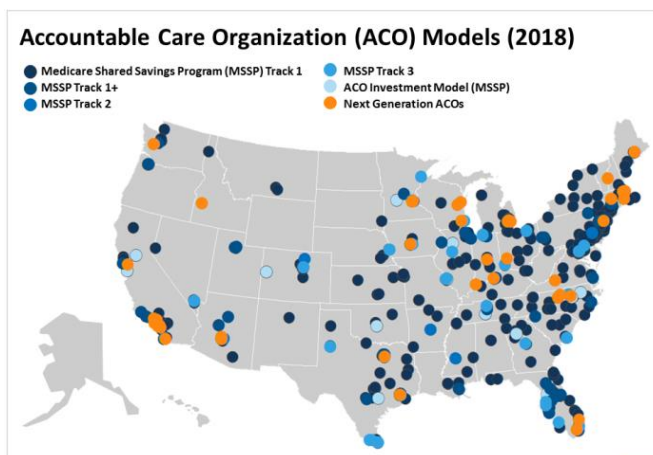
2.3. Verklarende factoren

De geografische spreiding van ACO's in de VS is al sinds de start van het programma in 2011 ongelijk. Ook is het succes van individuele ACO's variërend. Hier kunnen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen. Een literatuuronderzoek biedt een grote diversiteit aan antwoorden op de zoektocht naar deze onderliggende succesfactoren.

2.3.1. Bemiddelende factoren in het ontstaan van ACO's

Hoewel de Affordable Care Act, waaraan ACO's hun bestaansrecht ontleen een landelijke wet is, is de distributie van ACO's in de VS regionaal ongelijk (zie Figuur 10). Dit komt grotendeels door regionale verschillen die een positief klimaat creëren waardoor de opstart van een ACO vergemakkelijkt wordt. Deze regionale factoren zijn als volgt:

- Kwalitatief goede zorg⁷³: in gebieden met kwalitatief goede zorg achten organisaties de kans groter dat ze aan de ACO-kwaliteitscriteria voldoen, waardoor de kans groter is dat ze kwalificeren voor shared savings.
- Hoge zorgkosten⁷³⁻⁷⁵: in gebieden met hoge zorgkosten is het gemakkelijker om een kostenbesparing te realiseren, wat het toekennen van shared savings bevordert.
- De aanwezigheid van grote, geïntegreerde ziekenhuissystemen en/of huisartsgroepen⁷⁶: Hierdoor wordt de overstap van reeds bestaande organisatievorm naar een ACO organisatievorm kleiner.
- Weinig huisartsen per inwoner⁷³. Eén hypothese is dat dit komt doordat hierdoor huisartsen grote organisaties vormen, waardoor de kans groter is dat ze boven de grens van het minimaal aantal patiënten om te mogen deelnemen uitkomen. Een tweede hypothese waardoor dit komt is dat in gebieden met relatief minder huisartsgroepen individuele huisartsen betere banden hebben met



Figuur 8: verdeling van ACO's in de VS. Figuur verkregen van de website van de Kaiser Family Foundation¹⁰⁸

financiers. Dit faciliteert vertrouwen waardoor vernieuwende betaalmethodieken gemakkelijker tot stand komen.

- Ervaring met georganiseerde populatiegezondheidszorg en mantelzorg^{73,76,77}. Voor organisaties in dergelijke gebieden is de overstap naar een risico-gebaseerd betalingsstelsel relatief kleiner en daarom gemakkelijker te zetten.
- Competitieve omgeving⁷⁵: in gebieden met een hogere dichtheid aan gezondheidsinstanties is de kans groter dat er een ACO gevormd wordt. In deze gebieden ligt er namelijk meer druk op de zorgkosten per persoon.
- Weinig armoede^{78,79}: Gebieden met een minder armoede hebben relatief meer geld per persoon beschikbaar. Hierdoor hebben organisaties vaker het kapitaal beschikbaar om de nodige investeringen in infrastructuur en organisatie te doen.

2.3.2. Bemiddelende factoren in het slagen van ACOs

Literatuuronderzoek geeft ook verschillende antwoorden op de vraag waar het succes van een ACO aan te danken is. Een klein, maar het belangrijkste, deel van deze factoren zijn interne factoren: eigenschappen die een ACO zelf heeft waardoor de kans op slagen (dat wil zeggen: shared savings toegekend krijgen of kwaliteitsverbetering van zorg) stijgt. Deze interne factoren zijn:

- Ervaring met ACOs of soortgelijke samenwerkingsverbanden^{77,80,81}. Organisaties die al langer in een ACO deelnemen scoren hoger dan nieuwe ACOs. Dit laat zien dat organisaties leren en deze ervaringen in de praktijk toe kunnen passen.
- Gebruik maken van een tweezijdig risicomodel⁸²⁻⁸⁴: NGACO's zijn hier een voorbeeld van.
- Lage uitgaven aan korte ziekenhuisopnames⁸⁵: Dit komt waarschijnlijk doordat deze kosten laag worden gehouden vaak al gepaard gaat met een hoge mate van geïntegreerde zorg en dus (kosten-)efficiëntie.

Net als bij het ontstaan van ACOs, spelen er bij het succes van ACOs verschillende regionale factoren een rol. Deze komen in sommige vlakken sterk overeen met de ontstaansfactoren. De regionale factoren zijn relatief minder verklarend dan de interne factoren maar spelen desalniettemin een significante rol:

- Hoge zorgkosten^{80,85}: Regio's met hoge zorgkosten hebben succesvollere ACO's. In deze regio's besparen ACO's gemakkelijker zorgkosten en kunnen daardoor meer shared savings claimen.
- Lage sociaaleconomische status⁸⁶: Organisaties in gebieden met een relatief lage sociaaleconomische status (SES) laten gemiddeld een grotere verbetering zien in zorgkwaliteit dan gebieden met een hoge SES. Hierbij werd geen verschil opgemerkt tussen de twee groepen met betrekking tot uitgaventrends. Dit zou betekenen dat in de lage SES-gebieden het gemakkelijker is om kwaliteitsverbeteringen door te voeren zonder daar extra financiële middelen voor te gebruiken.
- Lage regionale kostenstijging ten opzichte van de nationale kostenstijging⁸⁵. Lagere regionale kostenstijging dan nationale kostenstijging. Dit heeft te maken met de manier waarop benchmarking gebeurt. Dit gebeurt namelijk op nationaal niveau. Wanneer regionale kosten minder snel stijgen dan (gemiddelde) nationale kosten heeft dit dus een gunstig effect op de voorspelde shared savings.
- Laag percentage etnische minderheden⁸⁷: ACO's in regio's met een laag percentage aan etnische minderheden presteren voornamelijk gedurende de eerste jaren beter. Hierbij wordt rekening gehouden met regionale patiëntkarakteristieken zoals inkomen en gezondheidsrisico's.

2.4. Conclusie

Hoofdstuk 2 kijkt naar de effecten die ACO's in de VS hebben gehad op de doelmatigheid en kosten van de zorg.

ACO's verbeteren de geleverde zorgkwaliteit en verlagen de zorgkosten. De kwaliteit van zorg alsmede de kwaliteit van de gezondheid van hun patiënten verbetert elk jaar. Zorgkwaliteit is in veel gevallen binnen drie jaar significant beter dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel voor de zorg in het algemeen als voor de diabeteszorg specifiek. Op de korte termijn is kwaliteit in de helft van de gevallen een goede voorspeller voor het behalen van shared savings. Kostenbesparingen van ACO's

lijken meerjarig. Dit geeft een positief beeld voor de financiële haalbaarheid van het ACO-programma op de lange termijn.

Er zijn veel factoren die meewegen in het succes van een ACO. De grootste succesfactoren zijn interne factoren zoals de hoeveelheid ervaring die een zorgorganisatie heeft met geïntegreerde zorg of de opbouw van het shared savings contract. Ook regionale factoren zoals de hoogte van zorgkosten, dichtheid van zorgaanbieders en demografische verschillen spelen een rol.

ACOs met een tweezijdige shared savings afspraak (waaronder NGACOs) behalen vaker shared savings dan de organisaties met de eenzijdige shared savings variant.

3. Het ACO-model in de Nederlandse (diabetes-) zorg

3.1. Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk wordt beschreven hoe ACOs hun vruchten lijken af te werpen met betrekking tot de (diabetes-) zorg in de VS. Ook hebben we gezien dat diabeteszorg in de VS meer overeenkomsten dan verschillen vertoont met de diabeteszorg in Nederland. Hoofdstuk 3 kijkt naar wat de toegevoegde waarde van het ACO-model in de Nederlandse (diabetes-) zorg is.

Om dit inzichtelijk te maken zijn een aantal diepte-interviews afgenomen. Op deze manier worden een aantal behoeften en verbeteringsmogelijkheden in de Nederlandse zorg geïdentificeerd. Tot slot wordt gekeken naar wat hier de rol van het ACO-model in kan zijn. Daarin wordt ook de analyse van de werking en het succes van ACOs in de VS zoals in eerdere hoofdstukken beschreven meegenomen.

3.2. Opzet diepte-interviews

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn onder andere gebaseerd op 14 diepte-interviews met 13 zorg-, beroeps- en belangenorganisaties. De interviews waren semigestructureerd in die zin dat een aantal onderwerpen in ieder geval vast stonden, indien die toepasselijk waren voor de organisatie van de geïnterviewde. Voor gesprekken met belangen- en beroepsorganisaties werd een ander interviewstructuur gehanteerd dan voor gesprekken met samenwerkingsinitiatieven. De standaardstructuren zijn te vinden in *Bijlage D: standaardopzet diepte-interviews*.

Waar mogelijk werd er op locatie van de organisatie gesproken met de betrokken medewerker. Indien dit niet mogelijk was, werd er telefonisch gesproken. Interviews hadden een lengte van 30-90 minuten.

| Naam geïnterviewde | Organisatie | Groep |
|--------------------|--|----------------------------------|
| Frederik Vogelzang | InEen | Beroepsbelangenorganisatie |
| Iddo de Ruiter | Landelijke Huisartsen Vereniging | Beroepsbelangenorganisatie |
| Erik Serné | Nederlandse Internisten Vereniging | Beroepsbelangenorganisatie |
| Frieda van de Jagt | Diabetesfonds | Diabetes belangenorganisatie |
| Carin Koning | Diabetesvereniging Nederland | Diabetes belangenorganisatie |
| Hanneke Zandbergen | Gezonde zorg, Gezonde regio (REOS) | Samenwerkingsinitiatief |
| Els van der Stelt | Kwaliteit als Medicijn (Rivas Zorggroep) | Samenwerkingsinitiatief |
| Marieke de Wit | MijnZorg, AndersBeter (ROS Robuust) | Samenwerkingsinitiatief |
| Marjan Vroonland | Salland United | Samenwerkingsinitiatief |
| Harmen Sietsma | Arts en zorg | Shared savings-initiatief |
| Arthur Hayen | Menzis | Shared savings-initiatief |
| Marloes Zuidgeest | Linnean Initiatief | Uitkomstgerichte zorg-initiatief |
| Rob Ong | Linnean Initiatief | Uitkomstgerichte zorg-initiatief |
| Roald van Leeuwen | Santeon | Waardegedreven zorg |

Tabel 4: Overzicht van gesproken personen en organisaties.

Om een beeld te krijgen van de huidige stand van zaken en mogelijkheden tot verbetering van de (diabetes-)zorg is er gesproken met een kennisspecialist van diabetes-belangenorganisaties Diabetesfonds en een beleidsadviseur van Diabetesvereniging Nederland. Ook is er gesproken met een huisarts, werkzaam bij beroepsorganisaties Ineen (eerstelijnszorg), een programmamanager van Landelijke Huisartsenvereniging (eerstelijnszorg) en een ambassadeur (tevens hoogleraar) van de Nederlandse Internisten Vereniging.

Om de succesfactoren en obstakels van ACO-achtige organisatiemodellen in kaart te brengen is er gesproken met projectleiders van meerdere initiatieven die verschillende aspecten van dit model reeds geïmplementeerd hebben. Dit zijn samenwerkingsinitiatieven en netwerken 'Gezonde zorg, Gezonde regio' uit Zuid-Holland noord, 'Kwaliteit als Medicijn' uit Gorinchem, 'MijnZorg' & 'Anders Beter' uit Mijnstreek en 'Salland United' uit Deventer. Binnen deze verbanden werken organisaties al enige jaren samen om de zorg doelmatiger in te richten. Een overzicht van de samenstelling van deze samenwerkingsverbanden is weergegeven in Tabel 5.

| | Huisartsen-organisatie | Ziekenhuis | Patiënten-organisatie | Gemeente | Zorg-verzekeraar | Overig |
|----------------|------------------------|------------|-----------------------|----------|------------------|---|
| GzGr | Meerdere | | Aanwezig | | Aanwezig | - Eerstelijns Diagnostisch centrum |
| KAM | Aanwezig | Aanwezig | | | Aanwezig | - Geriatrische revalidatiezorg - Jeugdzorg - Verpleeghuizen |
| Mijnzorg | Meerdere | Aanwezig | Aanwezig | Meerdere | Aanwezig | - Apothekers - Thuiszorg |
| Salland United | Aanwezig | Aanwezig | | Aanwezig | Aanwezig | - GGZ - Ouderenzorg - Thuiszorg |

Tabel 5: Samenstelling van geïnterviewde zorgorganisaties en netwerkinitiatieven die verschillende aspecten van het ACO-model geïmplementeerd hebben. GzGr = Gezonde zorg, Gezonde Regio; KAM = Kwaliteit Als Medicijn.

Voor een verdieping op waardegedreven zorg is er gesproken met een programmamanager van Santeon. Santeon is een ziekenhuisgroep waarbinnen zeven topklinische ziekenhuizen open samenwerken met als doel om de medische zorg te verbeteren. Santeon werkt al geruime tijd aan de implementatie van de waardegedreven zorg. Ook is er met twee projectleiders van het Linnean initiatief gesproken over uitkomstgerichte zorg. Het Linnean initiatief is een coalitie van zorgverleners en vertegenwoordigers die de ontwikkeling naar meer uitkomstgerichte zorg wil versnellen.

Voor een verdieping op shared savings is er gesproken met een senior-analist van zorgverzekeraar Menzis en de medisch directeur van huisartsenorganisatie Arts en Zorg. Deze organisaties werken al enige jaren succesvol samen met shared savings.

3.3. Analyse diepte-interviews

De interviews zijn uitgewerkt in een gestandaardiseerd interview-tabel om zo de resultaten te kunnen vergelijken. Deze tabel is gebaseerd op de onderzoeksvraag en is zo opgesteld dat trends, succesfactoren, obstakels en toekomstperspectief te onderscheiden zijn.

Nadat alle interviews verwerkt zijn in de gestandaardiseerde tabellen zijn ze geanalyseerd op overkoepelende thematiek. Er worden thema's onderscheiden wanneer er met drie of meer organisaties hetzelfde thema gesproken is. Een overzicht van de overkoepelende thematiek en het aantal keer dat het besproken werd is te zien in Tabel 6.

| Thema | Aantal keer besproken |
|--|-----------------------|
| Motivator: Intrinsieke motivatie van artsen | 6 |
| Motivator: Verantwoordelijkheid nemen | 6 |
| | |
| Trend: Samen beslissen | 8 |
| Trend: Patiëntgericht beleid | 6 |
| Trend: Regionale aanpak | 6 |
| Trend: Uitkomstgerichte zorg | 6 |
| Trend: Preventie | 4 |
| Trend: De juiste zorg op de juiste plek | 3 |
| Trend: Leefstijlverandering in de diabeteszorg | 3 |
| | |
| Succesfactor: IT | 8 |
| Succesfactor: Bestuurlijk draagvlak | 8 |
| Succesfactor: Vertrouwen | 8 |
| Succesfactor: Langzaam opbouwen | 6 |
| Succesfactor: Ontwikkeling uitkomstindicatoren | 6 |
| Succesfactor: Feedbackloops | 5 |
| Succesfactor: Samenwerking zorgverzekeraar | 5 |
| Succesfactor: Meerjarencontracten | 3 |
| | |
| Obstakel: Behandelcapaciteit | 6 |
| Obstakel: Financiering over de schotten | 3 |
| Obstakel: Privacy | 3 |
| | |
| Toekomstperspectief: Shared savings | 6 |
| Toekomstperspectief: Populatiebeking | 4 |

Tabel 6: Aantal keer dat thema's zijn aangedragen tijdens diepte-interviews. De onderwerpen die door de interviewer specifiek zijn aangedragen zijn niet meegenomen in de telling.

Nadat de antwoorden van interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de bovenstaande thema's zijn de inzichten gebruikt als basis voor het beschrijven van behoeften en verbetermogelijkheden in de zorg (paragraaf 3.4) en het beschrijven van richtlijnen voor een ACO in Nederland (Hoofdstuk 5).

3.4. Behoeften en verbetermogelijkheden in de Nederlandse zorg

Om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van (diabetes-) zorg te waarborgen zijn er met behulp van de eerder omschreven diepte-interviews een aantal overkoepelende behoeften geïdentificeerd. In deze paragraaf zijn deze behoeften uitgeschreven, evenals de impact die de implementatie van een ACO-model daarop kan hebben.

3.4.1. Behoefte: meer personeel

Meerdere beroepsorganisaties en diabetesbelangenorganisaties gaven in het interview aan dat het tekort aan artsen en verpleegkundigen een van de grootste huidige problemen is. Een bestuurder van een zorgorganisatie zei daarover het volgende: "het tekort komt sneller en is omvangrijker dan verwacht". Een medewerker van een beroepsorganisatie gaf aan dat er eerst "weer wat lucht in de organisatie" moest komen alvorens Nederland kan gaan kijken naar de verbetering van zorg.

De implementatie van ACO's zorgt niet voor een vermeerdering van het aantal zorgprofessionals. De implementatie van eHealth-programma's kan bijvoorbeeld een deel van de druk op de eerste lijn verlichten. Echter, het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn kan deze druk weer vergroten. De implementatie van het ACO-model is dus geen oplossing voor deze behoefte.

3.4.2. Behoefte: juiste zorg op de juiste plek

Sinds het uitkomen van het gelijknamige rapport in 2018 ondersteunt het ministerie van VWS het 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' initiatief van zorgpartijen om te zoeken naar manieren om de zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen door bijvoorbeeld eHealth^{88,89}. Zowel zorgorganisaties, als zorgverleners en belangenbehartigers zijn van

mening dat het noodzakelijk is om actief te kijken naar het verplaatsen van zorg, zowel in het belang van het welzijn van de patiënt als om deze zorg betaalbaar te houden. Zo geven huisartsen en specialisten bijvoorbeeld aan dat diabetes type 2 standaard uit het ziekenhuis naar de eerste en anderhalve lijn verplaatst moet worden. Tevens is het de tendens om de (chronische) patiënten, zoals diabetespatiënten, zoveel mogelijk thuis te houden en meer in te zetten op gezonder leven en zelfmanagement.

Een grotere autonomie voor de (diabetes-)patiënt in combinatie met meer zorg in de eerste lijn in plaats van de tweede lijn lijkt dus een gemeenschappelijk doel. Deze taakverschuiving van ziekenhuis naar huisarts leidt echter tot grotere en complexere zorg, waar organisaties op dit moment vaak (nog) geen eenduidig antwoord op hebben. Voor het verplaatsen van zorg naar lagere zorglijnen en het verschaffen van patiëntautonomie is het noodzakelijk dat organisaties nauw samenwerken. De integrale zorgbenadering die ACOs hanteren is hier wellicht een oplossing voor. Doordat organisaties binnen een ACO samen verantwoording afleggen worden ze gedwongen om met elkaar af te stemmen om zo efficiënte zorg te leveren.

3.4.3. Behoeft: kostenbesparing

Zorgorganisaties geven aan dat ze graag kostenbesparingen op een verantwoordelijke manier willen realiseren. Dit is moeilijk aangezien organisaties niet willen dat kwaliteit ten koste gaat van financiële bezuinigingen. Eén van de aangegeven mogelijkheden hierin is dat sneller inzicht komt in de zorgkosten die door een patiëntenpopulatie gemaakt wordt. Hierdoor kan de zorgverlener beter inspelen op regionale trends om zo de kosten te drukken. Ook gaf een huisartsenorganisatie aan dat de huidige bekostigingsmanier onvoldoende aansluiting vond op hun motivatie: *“eerdere bekostiging was helaas productie gedreven. Dit waren geen afspraken die aansloten op de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals om goede zorg te leveren”*. Ze willen graag op zoek naar alternatieve bekostigingsmanieren zodat artsen meer invloed uit konden oefenen op hun eigen praktijkvoering om zo kwaliteit en (financiële) doelmatigheid na te streven.

Gezien de successen die ACOs in de VS hebben geboekt (zie daarvoor hoofdstuk 3), lijkt het erop dat ACOs kostenbesparing verantwoord realiseren. Door doelmatig gebruik te maken van kwaliteitsmetingen wordt er niet gekort op zorgkwaliteit. Door shared savings kunnen kostenbesparingen terugvloeien naar de zorgverlener, wat duurzame besparingen stimuleert.

3.4.4. Behoeft: meer regionaal overleg

Zorgverleners geven in de interviews aan dat de zorg verbeterd kan worden door regionaal overleg te bevorderen. Een voorbeeld die een geïnterviewde gaf, was dat onbekendheid van de mogelijkheden binnen het sociaal domein (zoals sociaal werk en welzijnsaanbod) een groot obstakel is in het doelmatig doorverwijzen van patiënten. Ze geven aan dat voor het leveren van doelmatigere zorg het kan helpen om verschillende zorgaanbieders, verzekeraars en patiënt(-vertegenwoordigers) om de tafel te krijgen en daar te overleggen wat er nodig is. Een beroepsvereniging voor huisartsen zei dat *“het ideaal zou zijn als we dingen niet dubbel zouden doen. Dit betekent efficiënt omgaan met middelen met als doel goede zorg te leveren. Daarin past niet dat je heel erg strakke grenzen hebt tussen alles en iedereen”*. Een ander initiatief gaf aan dat er regionaal overleg nodig is om de mogelijkheden onderzoeken om een schaalvergroting van kleinschalige initiatieven te bewerkstelligen.

Het opstarten van een regionale ACO kan een van de manieren zijn om regionale overleggen te faciliteren. Door regionale zorgorganisaties hun kostenbesparingen te laten delen door middel van shared savings wordt het mogelijk om dit soort overleggen ook financiële daadkracht bij te staan. Echter is het implementeren van het ACO-model slechts één van de vele manieren om regionale overleggen te faciliteren.

3.4.5. Behoeft: verantwoordelijkheid nemen

Zorgorganisaties én beroepsorganisaties geven in interviews aan dat zowel artsen en organisaties verantwoordelijkheid willen nemen voor de kwaliteit van zorg en de daaruit vloeiende zorgkosten. Eén zorgorganisatie stelde zichzelf bijvoorbeeld de vraag *“kunnen we op een bepaalde manier anders werken waarin we kwaliteit verbeteren en onze verantwoordelijkheid nemen in het tegengaan van stijgende kosten?”*. Organisaties zijn bang dat het steeds moeilijker wordt zelf de regie te nemen over hun zorgkwaliteit en zorgkosten. De toenemende hoeveelheid diabetici en de daaraan verbonden stijgende kosten van diabeteszorg zijn ontwikkelingen waar organisaties graag proactief in willen

handelen. Echter zijn veel organisaties nog zoekende naar hoe ze het nemen van deze verantwoordelijkheid kunnen faciliteren.

De focus vanuit ACOs op *accountability* (verantwoording) is een van de pillaren waar ACOs op gebouwd zijn. Door gebruik te maken van kwaliteitsindicatoren en daar op aansluitende shared savings-financiering kan de implementatie van het ACO-model helpen om de organisatie en haar artsen een steuntje in de rug te geven voor het nemen van de verantwoordelijkheid van zorgkwaliteit en bijbehorende kosten.

3.5. Conclusie

In hoofdstuk 2 is uiteengezet welke effecten ACOs hebben (gehad) op de diabeteszorg in de VS. Hoofdstuk 3 bekijkt de impact die ACOs zouden kunnen hebben in Nederland. Door middel van kwalitatief onderzoek zijn er vijf behoeften in het Nederlandse zorglandschap gedefinieerd. Het ACO-model kan faciliteren in vier van deze vijf behoeften.

Dat ACOs hierin kunnen faciliteren komt voornamelijk door de nadruk die een ACO legt op regionale en transmurale zorg. Hierdoor wordt het mogelijk voor zorgorganisaties om de juiste zorg op de juiste plek te leveren, wat de geleverde zorg uiteindelijk doelmatiger maakt. Door middel van het afleggen van verantwoording wordt het voor ACOs mogelijk om proactief de verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit en kosten van zorg. Kostenbesparingen worden vergemakkelijkt door de implementatie van shared savings. Een implementatie van het ACO-model zorgt niet voor de vermindering van personeelstekorten die op dit moment vooral in de eerstelijnszorg en de verpleegzorg spelen.

4. Richtlijnen voor een ACO in Nederland

4.1. Inleiding

Hoofdstuk 4 richt zich op richtlijnen die een Nederlandse organisatie dient te gebruiken om een ACO-model succesvol te implementeren. Aangezien een ACO structuur als organisatiebreed wordt beschouwd, wordt er in dit hoofdstuk afgestapt van de diabetescasuïstiek. In plaats daarvan beschrijft dit hoofdstuk een model die een zorgorganisatie kan gebruiken.

Evenals in hoofdstuk 3 zijn de aanbevelingen in dit hoofdstuk gebaseerd op 14 diepte-interviews met 13 zorg- en belangenorganisaties en een grondige analyse van de werking en het succes van ACOs in de VS zoals in eerdere hoofdstukken beschreven. Voor een uitgebreidere uitleg van de geïnterviewde organisaties en de analysemethodiek, zie de alinea 'Opzet diepte-interviews' en 'Analyse diepte-interviews' in hoofdstuk 3.

Dit hoofdstuk beschrijft drie doelen waar een aspirant-ACO in ieder geval aandacht aan moet besteden om het model succesvol te implementeren. Deze doelen worden elk onderbouwd met twee of drie concrete middelen om het doel vorm te geven. Deze doelen komen sterk overeen met de strategieën die ACOs in de VS aanhangen (samengevat in een artikel van Lewis *et al.*⁹⁰). Ook komen de doelen grotendeels overeen met Berwick's Triple Aim principe⁵⁸ (voor een verdieping hierop, zie paragraaf 'Op weg naar de Triple Aim' op pagina 35). In dit hoofdstuk zijn de doelen zo neergezet dat het ACO-model in Nederland werkbaar is.

Tevens beschrijft dit hoofdstuk zeven voorwaarden waar een organisatie aan moet voldoen om het model effectief toe te passen. Ook worden er vier beperkingen beschreven die de succesvolle werking van ACOs hinderen. Een schematisch overzicht van de bevindingen is te vinden in Figuur 11 op pagina 34.

4.2. Doel: de patiënt centraal

In een ACO dient het belang van de patiënt centraal te staan. Dit betekent dat organisaties de omslag moeten maken van aandoeningsgerichte zorg naar persoonsgerichte zorg. Bij het leveren van persoonsgerichte zorgen vormen de motivatie en drijfveren van patiënten het vertrekpunt. *Persoonsgerichte zorg faciliteert immers maatwerk. Tevens sluit het aan bij de intrinsieke drijfveren van het zorgverlenend personeel*, aldus meerdere medewerkers van beroeps- en belangenverenigingen. Zij vinden dat strakke ketens meer losgelaten dienen te worden waarna er geld uitgegeven kan worden naar wat er nodig is in het belang van de patiënt.

4.2.1. Middel: patiëntgerichte zorg aanbieden

Grote kansen ter verbetering van de zorg liggen in kennis en betere ervaringsoverdracht, waarbij de patiënt een hogere autonomie heeft. Bij alle nieuwe interventies dient de vraag gesteld te worden "wat is het belang voor de patiënt hierbij?". Dit resulteert ook in sommige gevallen in minder zorg: zorg wordt soms gegenereerd door specialisten terwijl dat niet nodig is voor de patiënt. De omslag kost op de korte termijn extra tijd in de spreekkamer, maar kan op den duur zorgkosten vermijden. Patiëntgerichte (diabetes-)zorg wordt geassocieerd met beter fysiek functioneren, minder complicaties en is op termijn kosten-efficiënter^{69,91,92}.

Gesproken zorgverleners vinden de recente ontwikkeling van zorgstandaarden, richtlijnen en indicatoren een stap in de goede richting. Ook spelen recente innovaties in geneesmiddelen, eHealth en een grotere focus op leefstijl een grote rol in de ontwikkeling van de autonomie van de patiënt.

4.2.2. Middel: samen beslissen

Samen beslissen, waarbij de zorgverlener samen met de patiënt een geïnformeerd besluit maakt over de behandeling, is een middel om te zorgen dat de geleverde zorg ook de zorg is die patiënten nodig hebben. Het samen beslissen-programma wordt erkend en ondersteund in het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022². Door samen beslissen wordt zorg efficiënter en sluit het

beter aan bij de wensen van de patiënt. Een bijkomend voordeel is dat het de therapietrouw, betrokkenheid en patiënttevredenheid vergroot^{92,93}.

Professionals geven aan dat de ontwikkeling van keuzetools essentieel is voor een goede implementatie van samen beslissen. Dit kan in de vorm van kennistechnologie zijn waardoor patiënten(-groepen) begrijpelijke informatie krijgen, bijvoorbeeld ter voorbereiding zijn van een consult. Een goede IT-organisatie waarbij uitkomstinformatie voor individuele zorgprocessen zijn verwerkt helpt zowel patiënt als arts in het maken van de juiste keuze. Een ideaalplaatje zou zijn dat de arts al van tevoren verwachtingen over een behandeling met een patiënt deelt, bijvoorbeeld over pijn of slagingskansen. Op deze manier kan data gebruikt worden in voorlichting.

Samen beslissen heeft zowel gedragsverandering nodig aan de kant van de patiënt als aan de kant van de zorgverlener. Voor een goede werking van samen beslissen dient de patiënt gemotiveerd zijn om zijn of haar wensen te formuleren en over te brengen tijdens het consult. De zorgverlener moet hiervoor open staan en het gesprek aan durven gaan.

4.3. Doel: uitkomstgerichte zorg

Meer zorg is niet per definitie betere zorg: gezonde mensen hebben namelijk geen zorg nodig en kosten dus ook per definitie minder geld. Zorgorganisaties geven aan dat er geen focus moet liggen op 'de patiënt x-aantal keer per jaar langs laten komen', maar op efficiënte zorg op de juiste plek. Om dit doel na te streven organiseren Nederlandse samenwerkingsorganisaties doorgaans uitkomstgerichte interventies, die veelal overeenkomen met de ontwikkellijnen voor uitkomstgerichte zorg van het VWS⁹². De effectiviteit wordt gemeten aan de hand van uitkomstindicatoren, waarbij de uitkomst in het belang van de patiënt het belangrijkste is. Hierdoor hangt dit doel samen met het eerste doel 'De patiënt centraal'. Tevens moeten ACOs cyclisch werken: uitkomsten worden zo periodiek gemeten en met elkaar besproken, wat een verbeteringscyclus teweegbrengt.

Dit doel maakt het mogelijk voor ACOs om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg.

4.3.1. Middel: interventies ontwikkelen

Succesvolle Nederlandse samenwerkingsorganisaties organiseren interventies. Dit zijn concrete veranderingen in de manier van leveren van zorg. Veruit de meeste daarvan hebben te maken met patiëntregie of zorgen dat patiënten minder vaak doorverwezen worden naar de tweede lijn. Veel doorgevoerde interventies sluiten dan aan bij de doelstelling van landelijk initiatief 'de juiste zorg op de juiste plek'⁸⁸.

Organisaties verzorgen interventies op veel verschillende niveaus: zowel op aandoeningsniveau alsmede als over de gehele zorglinie. De interventie moet afhankelijk zijn van de context: wat is er nodig en waarom? Organisaties moeten oppassen voor onnodige interventies. Het kan hierbij helpen om eerst te kijken wat er mogelijk is aan de hand van gesprekken of data-analyse. Een strategie die veel ACOs in de VS ook gebruiken⁹⁰. Het is essentieel dat er laagdrempelig interventies geprobeerd worden en er altijd de mogelijkheid is om een interventie (vroegtijdig) stop te zetten indien de vooraf gestelde doelen niet behaald worden. Criteria voor de keuze voor aandoening-gerichte interventies zijn onder andere: ziektelast, volume, verbeterpotentieel en beschikbaarheid van data. De effectiviteit van de interventies moet meetbaar zijn doormiddel van indicatoren.

Eén zorgorganisatie gaf aan dat het belangrijkste is dat zorgverleners gaan samen zitten, het liefst samen met patiënten of patiëntvertegenwoordigers. Een open dialoog over hoe de zorg beter geleverd kan worden is essentieel. Ideeën voor interventies komen namelijk vaak vanuit zorgverleners: de organisatie dient dus kansrijke ideeën te vertalen naar concrete interventies met bijbehorende mijlpalen en toets-momenten. Wanneer de organisatie deze ideeën kan steunen wordt er gewerkt met de intrinsieke motivatie van de zorgverlener.

Voor een succesvolle implementatie van interventies moeten organisaties vooraf duidelijke afspraken maken over het doel van interventies. Dit zorgt ervoor dat organisaties geen tegenstrijdige belangen hebben. Hierbij moet onderkend worden dat de definitie van 'innovatie' voor iedereen verschilt.

4.3.2. Middel: uitkomstindicatoren vaststellen en meten

Een belangrijke trend in de zorg is de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. ACOs moeten deze indicatoren zo opstellen dat de organisatie ook de effectiviteit van de hierboven beschreven interventies meetbaar kan maken.

Deze indicatoren dienen ervoor te zorgen dat huisartsen verantwoording kunnen nemen over de kwaliteit van zorg. Het kiezen van juiste indicatoren is essentieel voor een goede terugkoppeling⁹. Op dit moment worden er nog vooral klinische indicatoren gebruikt, zoals mortaliteit of heropnamecijfers. Geïnterviewde zorgorganisaties gaven aan dat ze het belangrijk vinden dat er meer aandacht wordt besteed aan patiëntervaringen en kwaliteit van leven, bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van *Patient reported outcome measures* (PROMs) en *Patient reported experience measures* (PREMs).

Organisaties dienen een robuuste, doch behapbare indicatorenset per aandoening vast te stellen. De meeste organisaties die al dergelijke indicatoren gebruiken, werken met ongeveer 5-7 indicatoren per aandoening. Dit sluit tevens aan op het VWS programma '(Ont-)regel de zorg, dat als doel heeft de ervaren regeldruk voor professionals en patiënten in de zorg te verlagen door administratieve lasten te verminderen⁹⁴.

Met behulp van een degelijke IT structuur worden de resultaten gemeten en teruggekoppeld. Hierbij is het van belang dat alle zorgaanbieders het eens zijn over hoe deze informatie gebruikt dient te worden. Kwaliteitsindicatoren moeten er voor zorgen dat artsen hun verantwoording kunnen nemen, ze moeten er niet voor dienen dat artsen hun verantwoordelijkheid moeten afleggen voor een prestatiebeloning.

4.3.3. Middel: cyclisch werken

Om te zorgen dat zorgverleners zich blijven ontwikkelen richten bijna alle samenwerkingsorganisaties feedbackloops op aan de hand van uitkomstmetingen. Dit zorgt er voor dat zorgverleners een goed beeld hebben van waar er verbeteringen mogelijk zijn. Het is vooral van belang dat variatie binnen de geleverde zorg gevonden en verklaard kan worden. Er wordt doorgaans niet gesproken over 'betere' of 'slechtere' zorg, enkel over wat men van elkaar kan leren.

Indien nodig kan hier vervolgens een interventie op plaats vinden. Dit proces speelt in op de intrinsieke motivatie van zorgverleners om goede kwaliteit te leveren en waarde toe te voegen. Hierdoor zijn artsen zich ook meer bewust van het belang van het programma.

Deze verbetercycli uiten zich doorgaans in regelmatige intervisies tussen artsen en andere medewerkers (lokale verbetersteams) waarop interventies bediscussieerd worden, ondersteund door uitkomstgerichte kwaliteitsmetingen. Deze intervisies kunnen elke twee maanden plaats vinden binnen een ziekenhuis- of huisartsenorganisatie en een aantal keer per jaar binnen het samenwerkingsverband als geheel. Door tijdens deze intervisies de zorgkwaliteit en betaalbaarheid te bespreken, worden verbeteringen ten opzichte van de benchmarks inzichtelijk. Waar nodig kan de interventie dan bijgesteld worden. Hierdoor worden uiteindelijk verbeteringen bewerkstelligd.

4.4. Doel: hervormde bekostigingsstructuur

Financiële hervormingen hebben een katalyserende werking: organisaties worden aangemoedigd door het vooruitzicht op kostenbesparing. In de hervormde bekostigingsstructuren van ACOs dienen twee middelen centraal te staan: shared savings en meerjarencontracten. Vanwege de gezamenlijke focus op meetbaar maken van uitkomsten hangt het huidige doel nauw samen met het vorige doel 'Uitkomstgerichte kwaliteit'

4.4.1. Middel: shared savings

Een gevolg van doelmatig ingerichte zorg is dat de hoeveelheid zorg geleidelijk wordt afgebouwd. Hierbij kunnen shared savings als stimulans dienen voor de zorgaanbieder, door een deel van de afgebouwde zorgkosten naar hen terug te laten vloeien. Een ander deel van de shared savings gaat naar de zorgverzekeraar om te investeren in innovatie. *Shared savings helpen tevens met het creëren van financiële bewustwording van de zorgaanbieders* aldus zowel een medewerker van een huisartsen belangenorganisatie als een medewerker van een huisartsenorganisatie. De hoogte van shared savings kan afhankelijk gemaakt worden van de doelmatigheid van zorg, mits alle partijen daar van tevoren concrete afspraken over maken.

Shared savings worden vaak eerst op interventieniveau toegepast. Om de werkwijze en haalbaarheid te testen worden eerst interventies gedaan worden waarin een efficiëntieslag snel gemaakt kan worden. Belangrijk hierin is de samenspraak tussen de zorgverlener en zorgverzekeraar en de gezamenlijke keuze voor een onderwerp.

Shared savings kunnen alleen geïmplementeerd worden als daar voldoende (financiële) ondersteuning tegenover staat. Dit vraagt ook om een complexe organisatievormen. Het is een heel andere methodiek van werken en dat moet geleidelijk opgetuigd worden.

Een driedelige benchmark staat aan de basis van shared savings. Allereerst wordt het gewogen gemiddelde van drie jaar historische zorgkosten van een arts genomen. Om voor regionale verschillen te corrigeren kan daar bovenop een regionale groeitrend berekend worden. Als laatste kan er een case-mix correctie plaatsvinden zodat historische populatie gelijk is aan de huidige populatie. Deze case-mix correctie dient zodanig vastgesteld te worden dat er enkel gecorrigeerd wordt voor factoren waar de arts geen invloed op had (of kunnen hebben).

Ziekenhuizen die kosten willen afbouwen of die vlak voor een keuze staan voor uitbreiding kunnen een overstap naar een betalingsmethodiek met shared savings overwegen. De aantrekkelijkheid van shared savings kan ook afhangen van de winstmarge: bij een lage winstmarge is shared savings aantrekkelijk omdat zo toch een efficiëntieslag te bewerkstelligen. Shared savings resulteert namelijk in een vermindering van de zogenoemde *low-value services*: zorg waarvan de toegevoegde waarde voor de patiënt minimaal is⁹⁵.

4.4.2. Middel: meerjarencontracten

Meerjarenafspraken zijn een belangrijke prikkel om anders te gaan werken⁶¹. Hierbij is het doel om minder te produceren, waarbij shared savings (deels) terugvloeien naar de zorgaanbieder. *Een shared savings contract voor één jaar heeft niet veel zin: inspanningen zijn pas over verloop van tijd merk- en meetbaar*, aldus een geïnterviewde zorgverzekeraar. Daarnaast heeft de arts tijd nodig om de interventies door te voeren, wat vaak ook nog een aantal duurt. Shared savings leveren meestal pas na een paar jaar voordelen op: de organisatie moet de tijd krijgen om de investering terug te verdienen. Zorgorganisaties die efficiëntere zorg willen leveren gaan meestal contractduren aan met de verzekeraar voor een periode van drie jaar.

Indien de meerjarencontracten van shared savings succesvol zijn, kunnen organisaties gaan kijken naar een all-in bekostigingsmodel waarbij een organisatie een vast bedrag per ingeschreven patiënt per jaar krijgt. Dit bekostigingsmodel haalt de volumeprikkel weg en geeft artsen vrijheid en financiële zekerheid. Tevens ondervangt het model de prikkel voor onderbehandeling via de shared savings-afspraken en kwaliteitsafspraken. Zie de paragraaf 'Op weg naar de Triple Aim' op pagina 35 voor een uitgebreidere uitleg.

4.5. Voorwaarden

Om de eerdergenoemde middelen toe te passen zijn er een aantal voorwaarden opgesteld waar een ACO aan moet voldoen. Deze voorwaarden zijn organisatiebreed en zijn allen noodzakelijk ter bevordering van de doelmatigheid van een organisatie.

4.5.1. Voorwaarde: (bestuurlijk) draagvlak en projectleiderschap

Er dient zowel binnen het bestuur als bij de individuele zorgverleners draagvlak te zijn voor de invoering van het ACO-gedachtengoed. Bestuurlijk draagvlak voor verandering creëert beweging binnen de eigen organisatie. Bestuurders moeten zich ervan bewust zijn dat een geïntegreerde zorgaanpak kan leiden tot een vermindering van organisatorische autonomie. Het is dus belangrijk dat bestuurders een transparante discussie met elkaar voeren. Het helpt hierbij als iedereen gebruik maakt van dezelfde data om beslissingen op te baseren.

Het bestuur kan verantwoordelijken aanstellen voor de uitvoering en voortgang van de interventies. Dit geeft sturing richting de gewenste innovatie. In alle gevallen waarbij meerdere belangen gemoeid zijn is het essentieel dat de projectleiding onafhankelijk is. Het liefst is dit projectleiderschap voor langere tijd betrokken bij de implementatie: het wisselen van projectleider heeft sterk vertragende effecten.

Het enthousiasmeren van artsen geldt in alle organisaties als een van de belangrijkste eerste stappen. Eigenaarschap moet gevoeld worden. Dit kan gefaciliteerd worden door bijvoorbeeld per praktijk het gesprek aan te gaan over wat voor de betreffende populatie relevant is. De arts dient te geloven in het doel van de ACO. Implementatie moet niet iets zijn dat men 'erbij' doet, maar moet geïntegreerd worden in de manier van zorg leveren.

4.5.2. Voorwaarde: capaciteit

Er moet voldoende capaciteit binnen de organisatie beschikbaar zijn: zowel op het niveau van behandelcapaciteit als op financieel vlak. Creativiteit moet tijd en ruimte krijgen om te ontwikkelen. Organisaties moeten er voor zorgen dat de betrokkenen daadwerkelijk extra tijd krijgen om de interventies op touw te zetten.

Een risico is dat de innovatiekracht wordt belemmerd door een te hoge werkdruk binnen de organisaties. Vooral huisartsen hebben nu al vaak te maken een hoge werklast: verplaatsing van zorg naar de eerste lijn kan daarom moeizaam gaan. Hier wordt in de deelhoofdstuk 'Beperkingen' op pagina 31 verder op ingegaan.

De ontwikkeling van uitkomstgerichte zorg kost geld. Denk hierbij bijvoorbeeld aan ontwikkeling van IT en data-analyse. Er moeten altijd voldoende financiële middelen zijn om de organisatievorm mogelijk te maken.

4.5.3. Voorwaarde: intrinsieke motivatie

Zorgverleners zijn intrinsiek gemotiveerd om kwalitatief goede zorg te leveren. Wanneer aanbieders informatie aangereikt krijgen die gebruikt kan worden ter verbetering van de geleverde zorg, willen ze deze vaak gebruiken. Meerdere belangen- en zorgorganisaties gaven aan dat er op gelet moet worden dat deze intrinsieke motivatie niet vervangen wordt door financiële motieven. Dit is haalbaar door focus te leggen op de intrinsieke motivatie van een zorgverlener om de beste zorg te verlenen, waarbij geen financiële gevolgen worden gekoppeld aan het procesindicatoren maar wel aan uitkomstindicatoren⁹⁶. Een zorgleverancier gaf aan dat *een hervormde bekostigingsstructuur zoals shared savings op basis van uitkomstgerichte zorg vaak aansluit bij de intrinsieke motivatie van artsen*.

4.5.4. Voorwaarde: IT en data-analyse

Een goede IT-opzet waarbij het delen van data op patiëntniveau vergemakkelijkt wordt is essentieel voor een goede multidisciplinaire samenwerking binnen ACOs⁹⁰. Op dit moment zijn veel patiëntgegevens dusdanig gefragmenteerd dat artsen veel tijd kwijt zijn aan het binnenhalen van gegevens. Dit is zonde van de tijd. Een mogelijke oplossing is dat de patiënt zelf de gegevens gaat beheren en dat de arts daar op kan inpluggen. Vervolgens dienen er dashboards ontwikkeld worden die waardegerichte zorg inzichtelijk maken. Zo kunnen artsen te weten komen hoeveel zorg kost en wat het de patiënt oplevert.

Voor een goede werking van een multidisciplinaire IT is data-uniformiteit essentieel, gaven meerdere zorgorganisaties aan. Deze omschakeling vergt een intensieve ICT-structuur waarbij het vaak nog onduidelijk is hoe dit efficiënt opgeschaald kan worden.

ACOs moeten investeren in datamanagement en (kwalitatief én kwantitatief) onderzoek die aansluiten bij de doelstelling van het programma. Bestuurders kunnen data-ondersteunde keuzes maken door middel van technologie om zo uitkomstgerichte kwaliteit na te streven. Ook is het mogelijk om artsen terugkoppeling te geven aan de hand van de data. Huisartsen moeten bijvoorbeeld weten hoe hun populatie opgebouwd is om efficiënte zorg te leveren.

4.5.5. Voorwaarde: samenwerking zorgverzekeraar

In alle gevallen is een nauwe samenwerking met de zorgverzekeraar belangrijk voor het laten slagen van de ACO-samenwerking. De zorgverzekeraar is nu nog vaak de enige die een compleet beeld kan vormen van wat er gebeurt met de patiënt. Daarom is het belangrijk dat de verzekeraar goed samenwerkt met de zorgaanbieder om kwaliteitscijfers boven water te krijgen. Dit creëert aangrijpingspunten voor een feedbackloop.

Daarnaast is begrip van en voor de zorgverzekeraar belangrijk voor het laten slagen van hervormde bekostigingsstructuren. In de huidige samenwerkingsorganisaties laat de verzekeraar de

zorgaanbieder relatief vrij: het risico ligt immers ook bij hen. Bij de geïnterviewde organisaties zijn de zorgverzekeraars enthousiast over de ontstane samenwerking.

4.5.6. Voorwaarde: tijd

Het tot stand komen van de eerdergenoemde doelen vergt een cultuurverandering binnen de organisatie, wat altijd tijd kost. *“In de breedte is het belangrijk dat er een coalitie is waarin vertrouwen is, waar je slagen mee kan maken en waar je elkaar kan vinden als er problemen zijn”*, aldus een samenwerkingsinitiatief. Dit betekent dat organisaties de tijd moeten nemen om relaties op te bouwen en om te blijven zoeken naar resultaten. Intensief samenwerken is een proces waarin vertrouwen, elkaars agenda kennen en veel uitwisseling een belangrijke rode draad zijn

In elke organisatie kunnen er mensen tegen verandering zijn. Het is daarom belangrijk om gevaren te erkennen en daarover in gesprek te gaan. Daarnaast heeft een meerjarig innovatief programma een ruime mate van onzekerheid. Het doel is vaak helder maar het pad daartoe is vaak nog onderhevig aan veranderingen.

Het voornaamste obstakel hierin komt in de vorm van ongeduld. Het doorvoeren van interventies is vaak een langzaam proces, wat ongeduld met zich mee kan brengen. Zorgleveranciers geven aan dat voor veel ‘kortdurende pilots’ al snel een jaar moet worden uitgetrokken om tot aannemelijke conclusies te kunnen komen. Zowel interventies als (financiële) hervormingen moeten langzaam opgebouwd worden om zo de resultaten constant te kunnen monitoren.

4.5.7. Voorwaarde: vertrouwen

Intensieve samenwerking tussen zorgorganisaties moet gebaseerd worden op vertrouwen. Wanneer dit mist leidt dit tot controlemechanismen, wat resulteert in administratieve lasten in de vorm van checklists. Samenwerken moet geleerd worden en kost dus tijd. Het is aan te raden dat zorgorganisaties verwachtingen naar elkaar uitspreken. Hierbij moeten ze zowel bij de start als gedurende de uitvoering bepalen wat het programma voor de partijen moet opleveren. Ook moeten organisaties de mogelijkheid behouden om initiatieven ook weer terug te draaien indien deze niet werken.

Eén gesproken organisatie creëerde vertrouwen door spelregels op te stellen. Dit kan onder andere zijn: iedereen doet mee, capaciteit wordt delen en minder focus op marktwerking. Indien dit vertrouwen nog moet groeien kan gebruik worden gemaakt van een externe (onafhankelijke) programmamanager.

4.6. Beperkingen

Er zijn meerdere landelijke trends die de effectiviteit van ACOs op dit moment beperken. Deze beperkingen zijn erg breed en dienen landelijk opgelost te worden alvorens de ACOs de doelmatigheid van de door hun geleverde zorg kunnen optimaliseren.

4.6.1. Beperking: samenwerking tussen zorgdomeinen

Waarschijnlijk het grootste obstakel is de moeilijkheid om goede (financierings-)afspraken te maken tussen verschillende zorgdomeinen. Door de huidige wetgeving is het in veel gevallen ondoenbaar om goede geïntegreerde zorg te leveren. Hierdoor kan het voorkomen dat organisaties naar elkaar kijken, waardoor uiteindelijk niemand de verantwoording neemt. Op dit moment zijn hier geen directe oplossingen voor aangezien dit wetsmatig is vastgelegd. Mogelijk kunnen ACOs hier mee omgaan door hun doelgroep binnen de zorg van de zorgverzekeringswet te houden.

4.6.2. Beperking: personeelstekort

Personeelstekort is een van de grotere directe problemen in de zorgsector. Dit komt voornamelijk voor in de nulde en eerste lijn. Voor een efficiëntieslag moet daar eerst wat ruimte ontstaan. Op dit moment geven bijvoorbeeld erg veel huisartsen aan dat ze overbelast zijn.

4.6.3. Beperking: privacywetgeving

Een struikelblok voor zowel korte als lange termijn is data- en privacywetgeving. Bij vlaggen biedt de huidige privacywetgeving onvoldoende duidelijkheid over wat zorgaanbieders en zorgverzekeraars wel of niet mogen delen. Ook is de wetgeving in sommige onduidelijk in hoe data in Elektronisch

Patiëntendossiers gekoppeld mag worden. Het ministerie van Volksgezondheid is met een wetsvoorstel bezig om de privacy beter te reguleren om zo de kaders van de uitwisseling van uitkomstindicatoren te verduidelijken. Angst voor het lekken van patiëntdata blijft echter en moet dus voldoende rekening mee worden gehouden.

4.6.4. Beperking: angst voor verlies van professionele autonomie

Een van de beperkingen die vaker in de gesprekken naar voren kwam is de angst voor verlies van autonomie op het niveau van de zorgverlener. Multidisciplinaire samenwerking vraagt vertrouwen tussen, en samenwerking met, artsen die vaak al jaren danwel decennia gewend zijn om enkel binnen het eigen domein te werken. Dit betreft dus een culturele beperking wat naar verwachting maar langzaam zal verdwijnen.

4.7. Conclusie

Hoofdstuk 3 toont aan dat de ACO-organisatiestructuur op een aantal vlakken van toegevoegde waarde zou zijn in Nederland. In dit hoofdstuk is gekeken hoe het ACO-model in Nederland geïmplementeerd kan worden.

Om in het Nederlandse zorgklimaat werkbaar te zijn, dient een ACO drie doelen na te streven. Allereerst moet binnen een organisatie op alle niveaus de patiënt centraal staan in haar besluitvorming. Ten tweede dient er uitkomstgerichte zorg nagestreefd te worden om zo de doelmatigheid van zorg te vergroten. Als laatste dient er een hervormde bekostigingsstructuur gerealiseerd te worden om de nieuwe samenwerkingsvorm (financieel) te ondersteunen. Wanneer deze doelen nagestreefd worden kan de ACO zelf de verantwoordelijkheid nemen over (het verbeteren van) de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de door hun geleverde zorg. Er worden twee of drie concrete middelen voor elk doel aangeraden om het implementeerbaar te maken. Het succes van de implementatie is afhankelijk van zeven voorwaarden die organisatiebreed van toepassing zijn om het model succesvol te gebruiken.

Het is helaas niet mogelijk om het ACO-model volledig te implementeren in Nederland. Dit komt door een aantal beperkingen die van toepassing zijn in het Nederlandse zorglandschap. Deze beperkingen zijn erg breed en dienen landelijk opgelost te worden alvorens de ACOs de doelmatigheid van de geleverde zorg kunnen optimaliseren. De beperkingen zijn vooral van toepassing op de integreerbaarheid van verschillende zorgdomeinen. Ook zal het personeelstekort in de zorg en een angst voor het verlies van professionele autoriteit voor vertraging zorgen.

5. Advies en implementatie

De ACO als overkoepelend samenwerkingsorganisatie zoals dat in de VS vorm heeft blijft voor Nederland op dit moment nog een stip op de horizon. In de weg daar naartoe kunnen organisaties wel al een groot aantal stappen zetten om (binnen een organisatie) Accountable Care te leveren. Op deze manier kunnen organisaties inspelen op het veranderend zorgklimaat waarbij doelmatigheid van zorg stijgt en kosten bespaard worden. Door Accountable Care te leveren wordt er tevens ingespeeld op de groeiende behoefte van zorgorganisaties en professionals om zélf de verantwoordelijkheid te nemen voor de door hen geleverde zorg. Om Accountable Care te leveren is er een organisatiebreed gedragen cultuuromslag vereist.

Om de cultuuromslag naar Accountable Care te faciliteren dienen Nederlandse zorgorganisaties het model na te streven zoals aangereikt in dit adviesrapport. Dit model is schematisch weergegeven in Figuur 11 op pagina 34. In dit model staan drie doelen centraal:

- De patiënt moet centraal worden gezet in de gehele organisatie.
- De zorg moet uitkomstgericht worden ingezet.
- De bekostigingsstructuur moet hervormd worden.

Elk doel kan geïmplementeerd worden door gebruik te maken van een aantal middelen. Deze middelen zijn zo opgesteld dat ze relevant, meetbaar en haalbaar zijn.

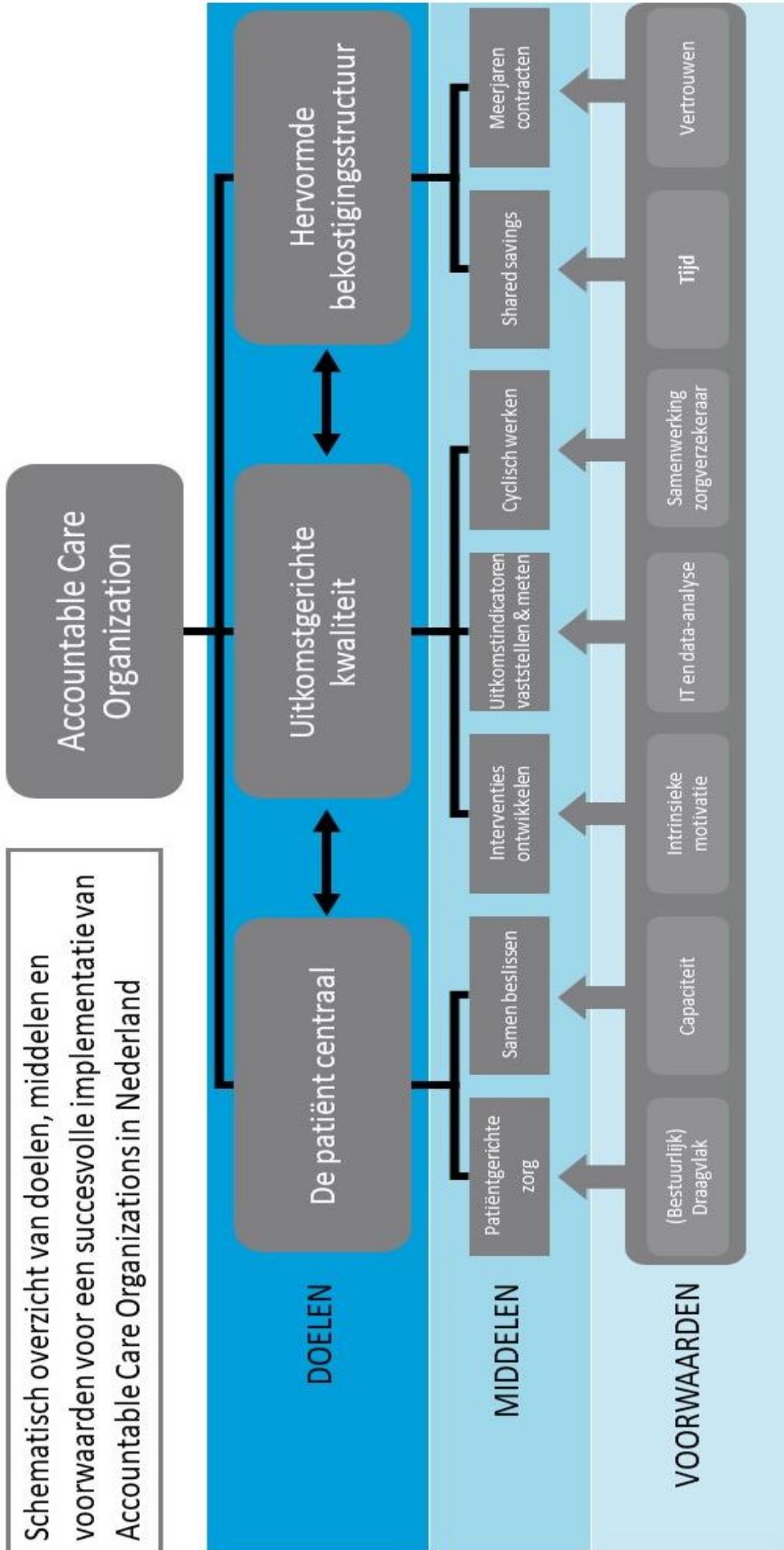
Om de patiënt centraal te zetten dient de zorg zo ingericht te worden dat de vraag “wat is het belang van de patiënt hierbij?” op alle gebieden gesteld wordt. Ook moet de patiënt meer input krijgen in het behandelplan. Dit kan vorm krijgen door keuzetools te ontwikkelen om zo de patiënt beter te informeren.

Om de zorg uitkomstgericht in te zetten moeten organisaties uitkomstgerichte interventies organiseren. De effectiviteit hiervan wordt gemeten aan de hand van uitkomstindicatoren, waarbij de uitkomsten met betrekking tot het patiëntbelang het meest relevant is. Door gebruik te maken van een cyclische methodiek kunnen uitkomsten periodiek in kaart worden gebracht, wat een verbeteringscyclus teweegbrengt.

Om de overstap naar Accountable Care te katalyseren dienen organisaties de bekostigingsstructuur anders vorm te geven. Kostenbesparingen dienen aangemoedigd te worden door middel van shared savings, waardoor een deel van de kostenbesparingen terugvloeien naar de zorgaanbieder. Door gebruik te maken van meerjarencontracten is het mogelijk om concrete efficiëntieverbeteringen over de lange termijn te bewerkstelligen.

Een organisatie moet aan een aantal voorwaarden voldoen om de drie Accountable Care doelen succesvol te implementeren. Zo moet er voldoende personele capaciteit, financiën, tijd en (bestuurlijk) draagvlak zijn om de culturele omslag te bemiddelen. Organisaties moeten inspelen op de intrinsieke motivatie van zorgverleners om goede zorg te leveren. Als laatste moeten organisaties inzetten op datamanagement en onderzoek die aansluiten bij de doelstelling van het programma. Een geïntegreerde IT-structuur en een nauwe samenwerking met de zorgverzekeraar faciliteren het vergaren van deze multidisciplinaire data.

Wanneer Nederland haar IT- en zorgfinancieringswetgeving meer openstelt voor samenwerkingen tussen zorgorganisaties wordt het mogelijk om ACOs als samenwerking tussen meerdere zorgorganisaties op te richten. Binnen deze ACOs kunnen organisaties dan ook over meerdere zorglijnen doelmatig samenwerken aan betere zorg. In het huidige zorgklimaat is dit echter nog niet efficiënt mogelijk.



Figuur 9. Schematisch overzicht van doelen, middelen en voorwaarden voor een succesvolle implementatie van ACOs in Nederland

6. Discussie

6.1. Op weg naar de Triple Aim

De drie doelen zoals opgesteld in hoofdstuk 5 lijken sterk op de Triple Aim⁵⁸. Beide methodieken stellen namelijk uitkomstgerichte kwaliteit in het belang van de patiënt centraal. Het grootste verschil tussen de methodieken zit in de bekostiging. De Triple Aim-methodiek suggereert een populatiebekostiging waarbij het doel is om de kosten per hoofd van de bevolking te verlagen. Op het moment van schrijven is dit in Nederland (nog) niet haalbaar. Dit komt door de hiervoor besproken beperkingen, met name door de moeilijkheid van financiering tussen de verschillende zorgdomeinen en door de onduidelijkheid in privacywetgeving. Hierdoor is het onmogelijk om een dusdanige mate van gestructureerde zorg te leveren die nodig is om populatiegezondheid en daarmee populatiebekostiging te realiseren.

In de VS is wél mogelijk is om een populatiebekostiging te realiseren^{97,98}. Dit komt doordat daar minder onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende zorgdomeinen, waardoor er minder barrières opgebouwd zijn. De manier die in dit adviesrapport wordt voorgesteld om de bekostigingsstructuur te hervormen (dus door middel van shared savings en meerjarencontracten) is op dit moment wél haalbaar in Nederland.

Wellicht is het in de toekomst mogelijk om Triple-Aim methodiek succesvol te implementeren in Nederland. Populatiebekostiging lijkt immers werkbaar (en voorzichtig succesvol) in de VS^{97,98}. Ook in buurland Duitsland wordt er al jaren succesvol geëxperimenteerd met populatiebekostiging: zorgnetwerk *Gesundes Kinzigtal* weet al jaren hoge kwaliteit geïntegreerde zorg te leveren door gebruik te maken van een populatiebekostigingssysteem^{99,100}. Dit kon in een Nederlandse pilot in 2012 nog niet succesvol financieel werkbaar worden^{99,101}. Een dergelijke systematiek, waarbij er op regionaal niveau wordt samengewerkt met behulp van populatiebekostiging, zou in Nederland van grote toegevoegde waarde zijn. Daarvoor moeten er echter eerst substantiële veranderingen worden aangebracht in de wetgeving omtrent de zorgfinanciering en privacywetgeving.

6.2. Limitaties en Onderzoeksmogelijkheden

Dit adviesrapport geeft een aantal handvatten met betrekking tot de implementeerbaarheid van ACOs in Nederland. Het huidige onderzoek, en daarmee het aangedragen model heeft echter een aantal beperkingen wat mogelijkheden biedt voor vervolgonderzoek.

Het onderzoek heeft getracht om met in ieder geval één organisatie te spreken van elke relevante sector die betrokken zou zijn in de implementatie van ACOs. Hierin is het echter niet mogelijk geweest om een medewerker van VWS spreken. De rol die de overheid kan spelen in bijvoorbeeld de mogelijkheid tot het beschikbaar stellen van domein-overstijgende financiering ten behoeve van de ontwikkeling van ACOs is potentieel interessant om in de toekomst te onderzoeken.

Het onderzoek geeft vier beperkingen die maximale effectiviteit van ACOs in Nederland in de weg staan. Een vervolgonderzoek kan kijken naar hoe deze beperkingen overwonnen zouden kunnen worden. Het is daarin voornamelijk interessant om te onderzoeken hoe er om kan worden gegaan met de wetgeving met betrekking tot financiering binnen (en over) de zorgdomeinen. Ook is het interessant om te onderzoeken hoe de privacywetgeving met betrekking tot een geïntegreerde IT-organisatie in het voordeel van ACOs kan werken.

Als laatste gaat het onderzoek niet in op de rol van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) met betrekking tot monopolyvorming. De ACM ziet er op toe dat bedrijven (en dus ook zorgorganisaties) eerlijk concurreren. Dit is gebaseerd op Europese verordeningen en Nederlandse wetten. Het is mogelijk dat het samenwerken van zorgorganisaties onder de ACO-methodiek de gewone concurrentiewerking verstoort, waardoor de ACM moet ingrijpen. De potentiële rol van de ACM hierin is daarom een mogelijk onderwerp voor een vervolgonderzoek.

Bronvermelding

1. RIVM. Zorguitgaven | Volksgezondheid Toekomst Verkenning. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>. Published 2018. Accessed June 18, 2019.
2. Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 2018.
3. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.; 2006. <https://sisis.rz.htw-berlin.de/inh2008/12360970.pdf>.
4. Jenny Gold. Accountable Care Organizations, Explained. NPR. <https://www.npr.org/2011/04/01/132937232/accountable-care-organizations-explained?t=1557927067771>. Published 2011. Accessed May 15, 2019.
5. Mcconnell KJ, Renfro S, Chan BKS, et al. Early Performance in Medicaid Accountable Care Organizations: A Comparison of Oregon and Colorado HHS Public Access. *JAMA Intern Med*. 2017;177(4):538-545. doi:10.1001/jamainternmed.2016.9098
6. McWilliams JM, Chernew ME, Landon BE, Schwartz AL. Performance Differences in Year 1 of Pioneer Accountable Care Organizations. *N Engl J Med*. 2015;372(20):1927-1936. doi:10.1056/NEJMsa1414929
7. Nederlandse Diabetesfederatie. *Zorgstandaard Diabetes*; 2017. <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2015/08/NDF-Zorgstandaard-diabetes-type-2-Volwassenen-2015.pdf>. Accessed January 23, 2019.
8. Zangeneh F, Boltri J, Dallas A, et al. *Guiding Principles for the Care of People with or at Risk for Diabetes*; 2018.
9. Fisher ES, Shortell SM, Kreindler SA, Van Citters AD, Larson BK. A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. *Health Aff*. 2012;31(11):2368-2378. doi:10.1377/hlthaff.2012.0544
10. Berwick D. Launching accountable care organizations - the proposed rule for the medicare shared savings program. *N Engl J Med*. 2010;363(1):1-3. doi:10.1056/NEJMp1002530
11. McClellan J, Macdonnell A, Thoumi M, et al. Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies. *Health Aff*. 2014;33(9):1507-1515. doi:10.1377/hlthaff.2014.0373
12. Harris MI. Impaired glucose tolerance in the U.S. population. *Diabetes Care*. 1989;12(7):464-474. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2758951>. Accessed January 28, 2019.
13. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Symptoms & Causes of Diabetes. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/symptoms-causes>. Published 2016. Accessed January 28, 2019.
14. McCulloch D, Robertson P. *Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus*; 2018. <https://www.uptodate-com.proxy-ub.rug.nl/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus>. Accessed January 28, 2019.
15. Bazotte RB, Silva LG, Schiavon FP. Insulin resistance in the liver: Deficiency or excess of insulin? *Cell Cycle*. 2014;13(16):2494. doi:10.4161/15384101.2014.947750
16. Poortvliet MC, Schrijvers CTM, Baan CA. Diabetes in Nederland. Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. *Rijksinst voor Volksgezond en Milieu*. 2007. doi:http://hdl.handle.net/10029/16486
17. DeFronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care*. 1991;14(3):173-194. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2044434>. Accessed January 28, 2019.
18. Centers for Disease Control. *National Diabetes Statistics Report, 2017*; 2017. <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/basics/cdc-statistics-report-2017.pdf>. Accessed January 29, 2019.
19. Sullivan PW, Morroto EH, Ghushchyan V, Wyatt HR, Hill JO. Obesity, inactivity, and the prevalence of diabetes and diabetes-related cardiovascular comorbidities in the U.S., 2000-2002. *Diabetes Care*. 2005;28(7):1599-1603. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15983307>. Accessed January 28, 2019.
20. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*. 2016;387(10027):1513-1530. doi:10.1016/S0140-6736(16)00618-8
21. WebMD. Diabetes Diagnosis: Tests Used to Detect Diabetes. <https://www.webmd.com/diabetes/guide/diagnosis-diabetes#1>. Accessed January 28, 2019.
22. Nederlands Huisartsen Genootschap. Diabetes mellitus type 2. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2>. Published 2018. Accessed January 23, 2019.
23. Hauser K, Koerfer A, Kuhr K, Albus C, Herzig S, Matthes J. Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2015;112(40):665-671. doi:10.3238/arztebl.2015.0665
24. Horré J, Buyschaert J. Kennis en therapietrouw bij diabetes type 2 patiënten. 2015. http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1778a824-53bb-184f-417e-923ba7590a9c%7D_JulieBuyschaert2015KennisThera.pdf.
25. Thomas I, Gregg B. Metformin; a review of its history and future: from lilac to longevity. *Pediatr Diabetes*. 2017;18(1):10-16. doi:10.1111/pedi.12473
26. Metformine - Hoe werkt het? <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/dagelijks-leven/medicijnen-bij-diabetes/metformine>. Accessed January 31, 2019.
27. Bressler R, Johnson DG. Pharmacological regulation of blood glucose levels in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 1997;157(8):836-848. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9129543>. Accessed January 31, 2019.
28. Medicijnen bij diabetes. <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/dagelijks-leven/medicijnen-bij-diabetes>. Accessed January 31, 2019.
29. Gupta V. Glucagon-like peptide-1 analogues: An overview. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(3):413-421. doi:10.4103/2230-8210.111625
30. DPP4-remmers | Farmacotherapeutisch Kompas. https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/dpp4_remmers. Accessed January 31, 2019.
31. Zheng SL, Roddick AJ, Aghar-Jaffar R, et al. Association Between Use of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors, Glucagon-like Peptide 1 Agonists, and Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors With All-Cause Mortality in Patients With Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2018;319(15):1580. doi:10.1001/jama.2018.3024
32. Diabetes and Hyperglycemia - Hyperglycemia Symptoms and Causes. <https://www.diabetes.co.uk/Diabetes-and>

- Hyperglycaemia.html. Accessed January 31, 2019.
33. Low Blood Glucose (Hypoglycemia) | NIDDK. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/low-blood-glucose-hypoglycemia>. Accessed January 31, 2019.
34. Hypoglycemia - Symptoms, Causes and Treatment. <https://www.diabetes.co.uk/Diabetes-and-Hypoglycaemia.html>. Accessed January 31, 2019.
35. Rossini AA. Why Control Blood Glucose Levels? *Arch Surg.* 1976;111(3):229-233. doi:10.1001/archsurg.1976.01360210023004
36. Misra S, Oliver NS. Diabetic ketoacidosis in adults. *BMJ.* 2015;351:h5660. doi:10.1136/bmj.h5660
37. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL (Dan L, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th ed. New York: McGraw Hill Education Medical; 2005.
38. Mora-Fernández C, Domínguez-Pimentel V, de Fuentes MM, Górriz JL, Martínez-Castelao A, Navarro-González JF. Diabetic kidney disease: from physiology to therapeutics. *J Physiol.* 2014;592(18):3997-4012. doi:10.1113/jphysiol.2014.272328
39. Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2. 2005.
40. Lizicarova D, Krahulec B, Hirnerova E, Gaspar L, Celecova Z. Risk factors in diabetic nephropathy progression at present. *Bratislava Med J.* 2014;115(08):517-521. doi:10.4149/BLL_2014_101
41. Diabetesfonds. Voetcomplicaties van diabetes. <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/complicaties-van-diabetes/voeten>. Accessed January 31, 2019.
42. Bril V, Perkins B, Toth C. Neuropathy. *Can J Diabetes.* 2013;37:S142-S144. doi:10.1016/j.cjcd.2013.01.039
43. Xu H, Curtis T, Stitt A. Pathophysiology and Pathogenesis of Diabetic Retinopathy (revision number 14). In: *Diapedia.* Diapedia.org; 2014. doi:10.14496/dia.7104343513.14
44. Engelgau MM, Geiss LS, Saaddine JB, et al. The evolving diabetes burden in the United States. *Ann Intern Med.* 2004;140(11):945-950. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15172919>. Accessed January 31, 2019.
45. Kertes PJ, Johnson TM (Thomas M. *Evidence-Based Eye Care.* Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
46. American Diabetes Association AD. Statistics About Diabetes: American Diabetes Association®. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/>. Published 2018. Accessed January 29, 2019.
47. Timmons J. Diabetes: Facts, Statistics, and You. <https://www.healthline.com/health/diabetes/facts-statistics-infographic#1>. Published 2018. Accessed January 29, 2019.
48. American Diabetes Association AD. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care.* 2018;41(5):917-928. doi:10.2337/dci18-0007
49. Volksgezondheidszorg.info. <https://www.volksgezondheidszorg.info/>. Accessed January 29, 2019.
50. CBS StatLine. Overledenen; geslacht en leeftijd, per week. <https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?PA=70895ned>. Accessed May 16, 2019.
51. Volksgezondheidszorg. Sterfte diabetes naar leeftijd en geslacht. 2018. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/sterfte#bronverantwoording>.
52. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344(18):1343-1350. doi:10.1056/NEJM200105033441801
53. Hamberg- van Reenen HH, van Meeteren-Schram MT, Heus SM, Baan CA. *Diabetesinterventies in Kaart.*; 2008. www.rivm.nl. Accessed January 23, 2019.
54. CZ. *Selectief Inkoopbeleid Bariatrie Verantwoordingsdocument.*; 2019.
55. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 1993;153(16):1869-1878. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8250648>. Accessed February 8, 2019.
56. Delamater A. Improving Patient Adherence. *Clin Diabetes.* 2006;24(2). doi:10.2337/diaclin.24.2.71
57. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care.* 1997;20(10):1512-1517. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9314626>. Accessed February 8, 2019.
58. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff.* 2008;27(3):759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759
59. McCarthy M. *ACA and the Triple Aim: Musings of a Health Care Actuary.*; 2015. <http://www.ifebp.org/inforequest/ifebp/0166490.pdf>. Accessed June 6, 2019.
60. Molinari C. Does the Accountable Care Act aim to promote quality, health, and control costs or has it missed the mark? Comment on "Health system reform in the United States". *Int J Heal policy Manag.* 2014;2(2):97-99. doi:10.15171/ijhpm.2014.23
61. Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. *Samen Werken Aan Duurzame Zorg Landelijke Monitor Proeftuinen.*; 2015. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0076.pdf>. Accessed January 25, 2019.
62. Hermesen S, de Groen B. Triple aim in Nederland: betere zorg met minder kosten. 2018:1-17.
63. CMS. *Shared Savings Program Quality Measure Benchmarks 2014.*; 2014. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/MSSP-QM-Benchmarks.pdf>. Accessed May 15, 2019.
64. CMS. *Medicare Shared Savings Program Quality Measure Benchmarks for the 2019 Performance Year.*; 2019. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/2019-quality-benchmarks-guidance.pdf>. Accessed May 15, 2019.
65. About shared savings. 2019. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about.html>. Accessed May 15, 2019.
66. Center for Medicare and Medicaid Innovation. *Fact Sheet Pioneer ACO Model and Next Generation ACO Model.*; 2015. <https://innovation.cms.gov/Files/fact-sheet/nextgenaco-comparefactsheet.pdf>. Accessed February 12, 2019.
67. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Side-by-Side Comparison: Medicare Accountable Care Organization (ACO) Models. <https://www.kff.org/interactive/side-by-side-comparison-medicare-accountable-care-organization-aco-models/>. Published 2017. Accessed February 11, 2019.
68. Muhlestein D, Hall C. ACO Quality Results: Good But Not Great. Health Affairs. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20141218.043429/full/>. Published 2014. Accessed February 11, 2019.
69. Shortell SM, Poon BY, Ramsay PP, et al. A Multilevel Analysis of Patient Engagement and Patient-Reported Outcomes in Primary Care Practices of Accountable Care Organizations. *J Gen Intern Med.* 2017;32(6):640-647. doi:10.1007/s11606-016-3980-z
70. Chukmaitov A, Harless DW, Bazzoli GJ, Muhlestein DB. Preventable Hospital Admissions and 30-Day All-Cause

- Readmissions: Does Hospital Participation in Accountable Care Organizations Improve Quality of Care? *Am J Med Qual.* 2019;34(1):14-22. doi:10.1177/1062860618778786
71. Ody BC, Msall L, Dafny LS, Grabowski DC, Cutler DM. Decreases In Readmissions Credited To Medicare ' s Program To Reduce Hospital Readmissions Have Been Overstated. *Health Aff.* 2019;1(1):36-43.
72. McWilliams JM, Najafzadeh M, Shrank WH, Polinski JM. Association of Changes in Medication Use and Adherence With Accountable Care Organization Exposure in Patients With Cardiovascular Disease or Diabetes. *JAMA Cardiol.* 2017;2(9):1019. doi:10.1001/jamacardio.2017.2172
73. Lewis VA, Colla CH, Carluzzo KL, Kler SE, Fisher ES. Accountable care organizations in the United States: Market and demographic factors associated with formation. *Health Serv Res.* 2013;48(6 PART1):1840-1858. doi:10.1111/1475-6773.12102
74. Lewis VA, Colla CH, Fisher ES. Predicting ACO Formation: Two Studies With More In Common Than It Might Seem., *Health Aff.* December 2013. doi:10.1377/hblog20131022.035044
75. Yeager VA, Zhang Y, Diana ML. Analyzing Determinants of Hospitals' Accountable Care Organizations Participation. *Med Care Res Rev.* 2015;72(6):687-706. doi:10.1177/1077558715592295
76. Auerbach DI, Liu H, Hussey PS, Lau C, Mehrotra A. Accountable Care Organization Formation Is Associated With Integrated Systems But Not High Medical Spending. *Health Aff.* 2013;32(10):1781-1788. doi:10.1377/hlthaff.2013.0372
77. Lewis VA, Tierney KI, Colla CH, Shortell SM. The new frontier of strategic alliances in health care: New partnerships under accountable care organizations. *Soc Sci Med.* 2017;190:1-10. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.054
78. Lewis VA, Larson BK, McClurg AB, et al. The Promise And Peril Of Accountable Care For Vulnerable Populations: A Framework For Overcoming Obstacles. *Health Aff.* 2012;31(8):1777-1785. doi:10.1377/hlthaff.2012.0490
79. Pollack CE, Armstrong K. Accountable Care Organizations and Health Care Disparities. *JAMA.* 2011;305(16):1706. doi:10.1001/jama.2011.533
80. Schulz J, Decamp M, Berkowitz SA. Regional cost and experience, not size or hospital inclusion, helps predict ACO success. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(24).
81. Tracey Walker. The Most Successful ACOs Share This One Quality | Managed Healthcare Executive. Managed Healthcare executive. <https://www.managedhealthcareexecutive.com/aco/most-successful-acos-share-one-quality>. Published 2018. Accessed February 13, 2019.
82. Athenahealth. Public and Commercial ACOs Over Time. <https://www.athenahealth.com/knowledge-hub/aco/history>. Accessed February 11, 2019.
83. Matulis R, Lloyd J. The History, Evolution, and Future of Medicaid Accountable Care Organizations. *CHCS - Br.* 2018;(February):22.
84. Tu T, Muhlestein D, Kocot ISL, White R. The Impact of Accountable Care - Origins and Future of Accountable Care Organizations. *Leavitt Partners/Brookings Inst.* 2015. doi:10.1007/s1129-011-9106-3
85. Herbold JS. *What Predictive Analytics Can Tell Us about Key Drivers of MSSP Results.*; 2017. <http://healthaffairs.org/blog/2016/09/09/>. Accessed February 13, 2019.
86. Song Z, Rose S, Chernew ME, Safran DG. Lower- Versus Higher-Income Populations In The Alternative Quality Contract: Improved Quality And Similar Spending. *Health Aff.* 2017;36(1):74-82. doi:10.1377/hlthaff.2016.0682
87. Lewis VA, Frazee T, Fisher ES, Shortell SM, Colla CH. ACOs serving high proportions of racial and ethnic minorities lag in quality performance. *Health Aff.* 2017;36(1):57-66. doi:10.1377/hlthaff.2016.0626
88. VWS taskforce Rapport. De juiste zorg op de juiste plek. 2018.
89. ZonMw. Juiste Zorg op de Juiste Plek - ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>. Accessed June 4, 2019.
90. Lewis VA, Tierney KI, Frazee T, Murray GF. Care Transformation Strategies and Approaches of Accountable Care Organizations. *Med Care Res Rev.* 2017. doi:10.1177/1077558717737841
91. Hodorowicz MA. Diabetes Educators in Accountable Care Organizations: Meeting Quality Measures Through Diabetes Self-Management Education and Care Coordination. *Evidence-based Diabetes Manag.* 2018;12. <https://www.ajmc.com/journals/evidence-based-diabetes-management/2016/december-2016/diabetes-educators-in-accountable-care-organizations-meeting-quality-measures-through-diabetes-self-management-education-and-care-coordination>. Accessed January 16, 2019.
92. Ministerie van Volksgezondheid. Uitkomstgerichte zorg. 2018.
93. Pena J. *Improving Diabetes Care through an Accountable Care Organization.*; 2014. <http://www.medicaleconomics.com/modern-medicine-feature-articles/improving-diabetes-care-through-accountable-care-organization>. Accessed January 16, 2019.
94. Ministerie van Volksgezondheid W en S. (Ont)Regel de Zorg: Actieplan. 2018.
95. Schwartz AL, Chernew ME, Landon BE, Michael McWilliams J. Changes in low-value services in year 1 of the medicare pioneer accountable care organization program. *JAMA Intern Med.* 2015;175(11):1815-1825. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4525
96. Phipps-Taylor M, Shortell SM. More Than Money: Motivating Physician Behavior Change in Accountable Care Organizations. *Milbank Q.* 2016;94(4):832-861. doi:10.1111/1468-0009.12230
97. Hacker K, Walker DK. Achieving population health in accountable care organizations. *Am J Public Health.* 2013;103(7):1163-1167. doi:10.2105/AJPH.2013.301254
98. Cashman SB. Accountable Care Organizations: embracing a new population health? *Med Care.* 2016;54(11):967-969. doi:10.1097/MLR.0000000000000656
99. Busse R, Stahl J. Integrated Care Experiences And Outcomes In Germany, the Netherlands and England. *Netherlands, Engl Heal Aff.* 2014;33(13):1558. doi:10.1377/hlthaff.2014.0419
100. Pimperl A, Schulte T, Mühlbacher A, et al. Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. *Popul Health Manag.* 2017;20(3):239-248. doi:10.1089/pop.2016.0036
101. H., Struijs N. J, Baan B. C, et al. Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination. *Health Aff.* 2012;31(2):426-433. doi:<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0912>
102. Physicians Advocacy Institute. *Medicare Shared Savings Program (MSSP) Accountable Care Organizations (ACO) Tracks 1, 1+, 2, and 3 Overview.*; 2018. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service->. Accessed February 12, 2019.
103. CMS. *Medicare Shared Savings Program Fast Facts.*; 2018. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/SSP-2018-Fast-Facts.pdf>. Accessed February 12, 2019.

104. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Advance Payment Accountable Care Organization (ACO) Model*.; 2013. www.innovations.cms.gov. Accessed February 12, 2019.
105. Shortell SM, Wu FM, Lewis VA, Colla CH, Fisher ES. A taxonomy of accountable care organizations for policy and practice. *Health Serv Res*. 2014;49(6):1883-1899. doi:10.1111/1475-6773.12234
106. Shortell SM, Colla CH, Lewis VA, Fisher E, Kessell E, Ramsay P. Accountable Care Organizations: The National Landscape. *J Health Polit Policy Law*. 2015;40(4):647-668. doi:10.1215/03616878-3149976
107. Linsay G. Making the Triple Aim a common Vision. 2016. <http://strategyhealthcare.com/making-the-triple-aim-a-common-vision/>.
108. Kaiser Family. Accountable Care Organization (ACO) Models (2018) | The Henry J. Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/faqs-medicare-accountable-care-organization-aco-models/attachment/aco-map-woutline_1-11-18/. Published 2018. Accessed June 12, 2019.