

Achtergrondstudie bij het advies Governance en Kwaliteit van zorg

“All for one, one for all”?

Over afstemming van prestatie-indicatoren voor
ziekenhuizen

Haiko van der Voort
Emiel Kerpershoek
TU Delft, oktober 2008

“All for one, one for all”?

Over afstemming van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen

Drs. H.G. van der Voort
Drs. E.F.P. Kerpershoek
Sectie Policy, Organization, Law and Gaming
Faculteit Techniek, Bestuur en Management
Technische Universiteit Delft
Jaffalaan 5
2628 BX Delft
Tel. 015-2788541
E-mail: h.g.vandervoort@tudelft.nl

Delft, 7 oktober 2008

In opdracht van: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
In het kader van het RVZ- advies “Governance in de gezondheidszorg”
Begeleiding: mr. M. de Lint

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Context: toezicht op kwaliteit in een gewijzigd stelsel	7
3. De casestudie: Uitdagingen van prestatiemeting voor de kwaliteit van ziekenhuizen	9
4. De basisset: het ontstaan en de opzet	13
<i>Ontstaan van de basisset</i>	13
<i>Motieven van de auteurs voor gezamenlijke ontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren</i>	14
<i>De introductie van de basisset prestatie-indicatoren</i>	15
<i>Positie van de basisset in (gelaagd en gefaseerd) toezicht</i>	16
<i>Naast de basisset: verschillende indicatorenlijsten</i>	16
5. Hoe incorporeert de IGZ variëteit in kwaliteitsdefinities in de basisset?	17
6. Hoe verkrijgt IGZ commitment voor de basisset onder professionals?	19
7. Hoe verkrijgt IGZ commitment voor de basisset onder managers?	19
8. Het leek te werken, maar onder welke condities?	20
9. Afstemming: Hoe balanceert IGZ op het dilemma variëteit en uniformiteit?	21
10. Conclusie en reflectie	24
<i>Incorporeren variëteit kwaliteitsdefinities</i>	24
<i>Commitment professionals</i>	24
<i>Commitment managers</i>	24
<i>Variëteit en administratieve lasten</i>	24
<i>Dynamica: introductie van de basisset</i>	25
<i>Conditie: verharding van de koppeling</i>	25
<i>Reflectie: de positie van de IGZ</i>	26
Bijlage 1: Lijst van respondenten	28
Bijlage 2. Lijst van gebruikte afkortingen	29

Samenvatting

Kwaliteit van gezondheidszorg wordt gezien als een belangrijke publieke waarde. Deze kwaliteit wordt geborgd door een veelheid aan organisaties. Allereerst zijn er natuurlijk de zorginstellingen zelf die met hun eigen kwaliteit begaan zijn. Daarnaast bestaan er vele organisaties die normen stellen aan kwaliteit. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is er een van, maar ook bijvoorbeeld zorgverzekeraars, brancheverenigingen, beroepsverenigingen vinden iets van kwaliteit en hebben middelen om zorginstellingen te beïnvloeden. In ruime zin (en materieel) zijn zij als 'toezichthouders' op kwaliteit van de gezondheidszorg te beschouwen.

Het zorgstelsel, en daarmee het stelsel van al deze instellingen die kwaliteit borgen, is sterk aan het veranderen. De introductie van marktwerking heeft tot op heden geleid tot een stelsel dat niet helemaal een markt is, niet helemaal een (overheids)hiërarchie, en ook niet helemaal een zelfregulerend systeem.

Dit levert spanningen op bij de afstemming over kwaliteit. Deze afstemming is het onderwerp van deze studie. Als illustratie voor de spanningen die bij afstemming een rol spelen is de introductie van de Basisset Prestatieindicatoren Ziekenhuizen gebruikt.

De Basisset is een initiatief van de IGZ, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medische Specialisten (Orde) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU). De casestudie gaat met name in op de manier waarop de IGZ omgaat met de volgende uitdagingen:

1. Hoe kan er worden omgegaan met de variëteit in kwaliteitsdefinities? Professionals, managers van instellingen, toezichthouders en cliënten kijken allemaal verschillend naar kwaliteit. Hun kwaliteitsdefinities zijn allemaal legitiem. Hoe kunnen kwaliteitsdefinities vanuit het publieke en het private domein, en vanuit de zorginstelling en van daarbuiten, worden gecoördineerd?
2. Hoe kunnen professionals en managers van zorginstellingen aan prestatiemeting worden geëngageerd? Afstemming gaat niet slechts om het coördineren van kwaliteitsdefinities, maar ook over het prikkelen van zorginstellingen om voor toezicht bruikbare informatie te leveren.
3. Hoe kan afstemming over prestatiemeting enerzijds recht doen aan de variëteit van belangen en anderzijds juist tot uniformiteit leiden? Enige redundantie aan prestatie-meetsystemen doet recht aan de variëteit van kwaliteitsdefinities en belangen. Enige uniformiteit is van belang om bijvoorbeeld de administratieve lasten te beheersen.

De IGZ heeft hiertoe een aantal strategieën ontwikkeld, die in paragraaf 10 zijn samengevat. Deze waren deels bewust bedacht, deels waren ze ontstaan uit de tumultueuze omgeving waarin de Basisset is ontwikkeld. De strategieën zijn vergeleken met een ander initiatief dat gebruik maakt van prestatiemeting: het programma Zorgbrede Transparantie.

De strategieën van beide programma's verschillen substantieel van elkaar. Ze hebben allemaal voordelen en nadelen, die zijn terug te voeren op de achterliggende spanningen van het huidige hybride stelsel. Vanuit de marktgedachte is transparantie van belang. Vanuit een hiërarchisch perspectief is dat slagvaardig nalevingstoezicht. Transparantie blijkt in de casestudie echter ook een bedreiging voor nalevingstoezicht, omdat het bedreigend kan zijn voor zowel de instellingen als toezichthouders. Dit kan ten koste gaan van met name de kwaliteit van informatie waarop het toezicht gebaseerd wordt. Het vermogen van de instellingen om zelf kwaliteit te borgen (door de hoge mate van professionaliteit) een

belangrijke kracht tegen een al te hiërarchische positie van de toezichhouders. De voorzichtige houding van de IGZ bij het ontwikkelen van de Basisset is daarvoor een illustratie. Of we kunnen spreken van zorginstellingen als zelfregulerende systemen, en of derhalve een uitruil van in- en extern toezicht mogelijk is, kan uit deze studie niet eenduidig worden opgemaakt. Aan de informatieverzoeken van IGZ wordt voldaan, zij het dat de kwaliteit van informatie volgens vele respondenten niet optimaal is. De instellingen associëren het voldoen aan de informatieverzoeken wellicht niet met kwaliteit, maar eerder met het bijdragen aan de externe verantwoording. Dit wordt vervolgens afgewogen tegen het imago dat met publicaties over kwaliteit kan worden gemaakt en gebroken. Juist in een marktstelsel is dit van belang.

Een andere private waarde waartegen het bijdragen aan de externe verantwoording wordt afgewogen is efficiency. Het voldoen aan informatieverzoeken kost tijd. Administratieve lasten wordt niet alleen door instellingen als een probleem gezien. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor afstemming. Het probleem van de administratieve lasten is niet per se marktfalen of overheidsfalen, omdat de informatieverzoeken van veel verschillende partijen komen, waaronder overheid, semi-overheid en private partijen. Het probleem is derhalve 'systemisch' van aard, resultante van een hybride stelsel. Het is hierdoor onduidelijk wie zich als probleemeigenaar zou moeten opwerpen en wie deze volgende uitdaging van afstemming aan zou moeten gaan.

1. Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is geïnteresseerd in de vraag hoe de overheid beter kan profiteren van reeds in de gezondheidszorg bestaande toezicht- en handhavingactiviteiten door activiteiten op elkaar af te stemmen. Deze studie van de TU Delft, faculteit Techniek, Bestuur en Management, geeft een antwoord op deze vraag in het kader van het onderzoeksprogramma “Governance in de gezondheidszorg”, waarin wordt stilgestaan bij nieuwe verhoudingen bij verantwoording en toezicht in de gezondheidszorg.

Weinig sectoren kennen zo veel organisaties die zich als hoeders van de kwaliteit van het primaire proces profileren, als de gezondheidszorg. “Er zijn bijna veertig toezichthouders in de sector, die allemaal inspecteren, visiteren, accrediteren, controleren”¹. En ze hebben allemaal een visie over de kwaliteit van de zorg en hoe deze moet worden vastgesteld. Een logische vraag is hoe Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als wettelijke toezichthouder van al deze activiteit kan profiteren in haar toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het potentieel lijkt immers enorm. Als IGZ haar activiteiten afstemt op andere toezichthouders en hen het nodige vertrouwen in hun activiteiten schenkt, dan kan IGZ haar toezicht wellicht flink beperken en daarbij selectief en slagvaardig te werk gaan.² Bovendien zouden de administratieve lasten voor de instellingen met een betere afstemming wellicht beperkt kunnen blijven en biedt afstemming perspectief op verbetering van de kwaliteit van toezicht.

In deze studie bekijken we aan de hand van een casus hoe IGZ haar toezichtsactiviteiten afstemt op dat van andere organisaties die de kwaliteit van de gezondheidszorg borgen. We kijken daarbij met name naar welke typische problemen afstemming over kwaliteit kent, hoe IGZ met deze problemen omgaat en of er ‘good practices’ zijn te formuleren. Uit de casus kan lering worden getrokken voor de casus zelf en ook voor het toezicht door de IGZ. Immers, zowel de redenen achter afstemming als de manier waarop deze vorm krijgt kan een indicatie geven van de positie van de IGZ in het stelsel van de gezondheidszorg.

De casus sluit aan bij een belangrijke trend rond kwaliteit in de gezondheidszorg, namelijk de nadruk op prestatiemeting. Onder invloed van de stelselwijziging is er een grote vraag naar transparantie van kwaliteit van instellingen. In het streven kwaliteit inzichtelijker te maken, hebben veel burgers van kwaliteit zich gebogen over de vraag hoe kwaliteit te meten is. Ook de IGZ is betrokken bij een aantal initiatieven om kwaliteit middels prestatie-indicatoren meetbaarder te maken. Een van deze initiatieven is het gezamenlijk met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medische Specialisten en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) ontwikkelen en gebruiken van een basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen ten behoeve van het wettelijk toezicht door IGZ. Momenteel is IGZ ook betrokken bij het Programma Zorgbrede Transparantie Kwaliteit, waarin een brede vertegenwoordiging van partijen in de zorg prestatie-indicatoren ontwikkelen ten behoeve van transparantie in de zorg. Het initiatief van de basisset is nu ongeveer 5 jaar oud. Daarom leggen we het accent van onze casestudie op de ontwikkeling en het beheer van de basisset. Daar waar mogelijk nemen we echter ook het nieuwe initiatief

¹ Martin van Rijn, DG Gezondheidszorg in “Zorg voor minder last” (commissie Bürma), juli 2007, p.2, <http://www.minfin.nl/binaries/minfin/assets/pdf/actueel/bijlage-nieuwsberichten/2007/07/zorg-voor-minder-last.pdf>

² Zoals gepropageerd in de notitie “Meer toezicht minder last”, Tweede kaderstellende visie op toezicht, Ministerie van BZK, 2005

‘Zorgbrede Transparantie Kwaliteit’ mee. De vragen die we met de casestudie willen beantwoorden zijn:

- Wat zijn de belangrijkste (afstemmings)problemen bij het ontwikkelen van de prestatie-indicatoren?
- Hoe gaat IGZ met deze problemen om?
- Welke condities spelen hierbij een rol?

Met de beantwoording van deze vragen kunnen we meer generiek uitspraken doen over de problematiek en veelbelovende praktijken van afstemming over toezicht in de context van het nieuwe stelsel.

In hoofdstuk 2 geven we de context van de studie weer: de IGZ houdt toezicht in een gewijzigd stelsel en dat stelsel heeft consequenties voor de manier waarop IGZ haar toezicht inricht. Vanaf hoofdstuk 3 doen we verslag van de studie, die bestaat uit een literatuurstudie en 10 gesprekken met deskundigen. Met de hierdoor verkregen informatie hebben we eerst de problematiek van afstemming over prestatiemeting scherper gemaakt. Dit heeft geleid tot een aantal uitdagingen voor IGZ, waarvan verslag in hoofdstuk 3. Nadat we het ontwikkelingsproces van de basisset hebben gereconstrueerd (hoofdstuk 4), gaan we in hoofdstuk 5 tot en met 9 na hoe IGZ de in hoofdstuk 3 geschetste uitdagingen is aangegaan. Hoofdstuk 10 bevat een meer generieke conclusie over ‘good practices’ en dominante spanningen van afstemming door IGZ in een gewijzigd stelsel.

Het is van belang om te wijzen op de beperkte omvang van het onderzoek. De studie is een enkele case-study over de kwaliteit van ziekenhuizen (niet zijnde verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen, etc.) en kan dus niet leiden tot harde, generieke uitspraken. Daarnaast geldt dat ook onderzoekers meer vragen kunnen stellen dan tien wijzen kunnen beantwoorden. Het bestek van dit onderzoek laat niet toe dat alle vragen diepgaand worden beantwoord. De vragen zijn op zichzelf al een resultaat van de studie en dienen gesteld te worden bij ieder volgend initiatief voor prestatiemeting.

2. Context: toezicht op kwaliteit in een gewijzigd stelsel

Het stelsel van de gezondheidszorg is sterk aan het veranderen. Het nieuwe stelsel, waarin zorgverzekeraars meer vrijheid hebben om zorg in te kopen bij zorgaanbieders en consumenten makkelijker kunnen ‘switchen’ tussen zorgverzekeraars, is ingegeven door de wens om meer marktwerking in de gezondheidszorg te realiseren. Die marktwerking leidt tot een sterkere behoefte aan transparantie bij zowel zorgverzekeraars als consumenten, immers zonder transparantie is het moeilijk om bewust te kiezen. De stelselwijziging laat het belang van kwaliteit van de zorg (als erkende publieke waarde) onverlet, maar kan leiden tot een andere manier van borging. We noemen drie extreme vormen van borging van publieke waarden³:

- Wet en regelgeving, waarin kwaliteit door de overheid eenzijdig wordt genormeerd en vervolgens gecontroleerd.
- De competitieve markt, waarin vrij op kwaliteit kan worden geconcurrereerd tussen marktpartijen.
- Institutionele verankering, waarin kwaliteit binnen de instelling wordt gegarandeerd door eigen normen en toezicht.

³ Aan de hand van: Helen Stout, “Weerbare waarden”, Boom Juridische uitgevers, Den Haag, 2007

Het accent op kwaliteitstoezicht is in deze drie extreme vormen van borging geheel verschillend. Bij wet- en regelgeving is 'nalevingstoezicht' dominant. Een inspectie is hierin een 'keurmeester' die controleert of een instelling aan de voorgeschreven normen voldoet. Bij de competitieve markt geldt 'stelseltoezicht', waarbij een 'marktmeester' erop toeziet dat de markt zo functioneert, dat voldoende op publieke waarden (zoals kwaliteit en prijs) kan worden geconcurrereerd. Tenslotte vereist institutionele verankering 'systeemtoezicht', waarbij de toezichthouder het interne systeem van kwaliteitsborging van een zorgaanbieder onder de loupe kan nemen.

Het huidige stelsel, na introductie van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is (uiteeraard) een hybride stelsel. Er is weliswaar meer marktwerking, maar er zijn nog steeds wettelijke eisen met betrekking tot kwaliteit. Er is zowel een marktmeester, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) als een keurmeester (de IGZ). Overheidsbreed wordt er geflirt met systeemtoezicht⁴, en de IGZ moet per 1 januari 2008 toezicht houden op veiligheidsmanagementsystemen van ziekenhuizen, maar de IGZ blijft ook direct toezicht op de zorgkwaliteit houden.

Een hybride stelsel als de gezondheidszorg is geen zuivere markt en geen hiërarchie (met een overheid als hiërarch). We kenschetsen het liever als een 'netwerk', waarbij verscheidenheid aan typen organisaties en wederzijdse afhankelijkheden domineren. IGZ is daarbinnen weliswaar formeel de toezichthouder met vergaande bevoegdheden ten opzichte van zorginstellingen en zorgbeoefenaars, maar om haar toezicht goed uit te voeren is zij sterk afhankelijk van de bereidheid van de onder toezicht gestelden om bruikbare informatie te leveren. Dit leveren van bruikbare informatie is minder vanzelfsprekend, naarmate de IGZ minder zicht heeft op het daadwerkelijke reilen en zeilen van de onder toezicht gestelden, bijvoorbeeld wanneer er te weinig capaciteit is om alle instellingen gedetailleerd te volgen of wanneer belangrijke deskundigheid over de geleverde kwaliteit bij de instellingen zelf ligt.⁵ Door deze wederzijdse afhankelijkheid is de relatie tussen toezichthouder (IGZ) en onder toezicht gestelde (instelling) vaak te kenschetsen als een voortdurend duw- en trekspel in plaats van een serie eenzijdige acties vanuit de IGZ.⁶

In een gemengd stelsel van wet- en regelgeving en competitieve markt is er zowel nalevingstoezicht als stelseltoezicht nodig. Die zijn er. NZA borgt toegankelijkheid en betaalbaarheid als belangrijke publieke waarden, de IGZ kwaliteit en veiligheid. Het borgen van een andere waarde, transparantie, lijkt een logische taak voor de NZA als stelseltoezichthouder, maar ook de IGZ beoogt met de introductie van prestatie-indicatoren het verhogen van de transparantie van zorgaanbieders.⁷ In het samenwerkingsprotocol tussen beide toezichthouders is transparantie genoemd als een waarde die door beide wordt geborgd.⁸ De IGZ zal wellicht hier geconfronteerd worden met een spanning tussen transparantie en nalevingstoezicht. Immers, hoe transparanter een markt, hoe strategischer de betekenis van informatie die een instelling naar de omgeving stuurt, hoe groter de prikkel om deze

⁴ In het programma "Vernieuwing Toezicht" wordt bijvoorbeeld beleden dat eigen kwaliteitssystemen van bedrijven centraal moeten staan in het toezicht; http://www.inspectieloket.nl/onderwerpen/vernieuwing_toezicht/

⁵ Zie theorie over principal- agent-benadering, bv. M. Jensen en W. Meckling, "Theory of the firm - Managerial behavior, agency costs and ownership structure", in: *Journal of Financial Economics*, vol. 3, 1976, pp. 305-360.

⁶ Vgl. H. de Bruijn en E. ten Heuvelhof, "Management in Netwerken", Lemma, Utrecht, 2007 of J.F.M.

Koppenjan en E.H. Klijn, "Managing Uncertainties in networks", Routledge, London, 2004

⁷ Zie bv. IGZ, "Het resultaat telt 2006", december 2007, hoofdstuk 1

⁸ Samenwerkingsprotocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit inzake de samenwerking en coördinatie op het gebied van beleid, regelgeving, toezicht, en informatieverstrekking en andere taken van gemeenschappelijk belang, 14 november 2006

strategische marktinformatie rooskleurig te presenteren, hoe minder de waarde van de informatie voor nalevingstoezicht. De casestudie over prestatiemeting laat zien hoe IGZ met deze spanning wordt geconfronteerd. In de conclusie zullen we op deze spanning reflecteren.

In een gemengd stelsel van wet- en regelgeving en institutionele verankering is er zowel nalevingstoezicht als systeemtoezicht nodig. De vraag of er een ‘uitruil’ mogelijk is tussen intern en extern toezicht veronderstelt het naast elkaar bestaan van deze vormen van toezicht. Immers, extern nalevingstoezicht vanuit een inspectie veronderstelt wet- en regelgeving en intern toezicht (bijvoorbeeld middels raden van toezicht) veronderstelt institutionele verankering, al dan niet wettelijk geïnitieerd. Een dergelijke ‘uitruil’ kan theoretisch worden bemoeilijkt door verschillen in waardeoriëntatie tussen interne en externe toezichthouders. Daar waar IGZ de publieke waarden kwaliteit en veiligheid tracht te borgen, neemt een intern toezichthouder, aangesteld door de instelling zelf, ook private waarden als efficiency mee. De casestudie over prestatiemeting laat zien hoe haar toezicht met private waarden concurreert. Ook op deze spanning zullen we in de conclusie reflecteren.

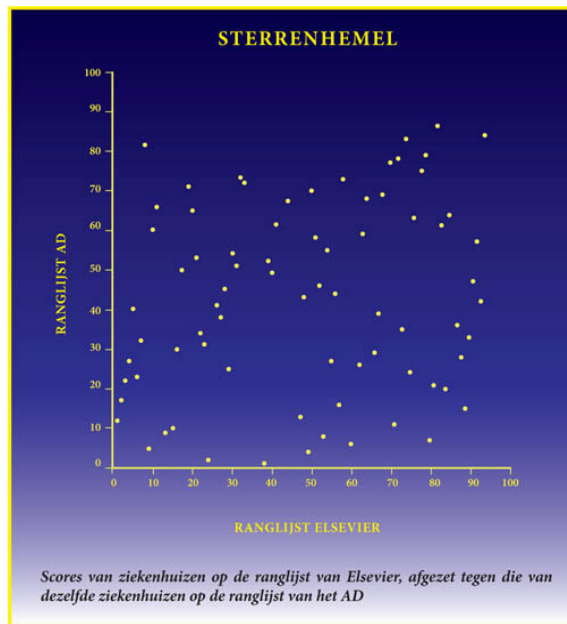
3. De casestudie: Uitdagingen van prestatiemeting voor de kwaliteit van ziekenhuizen

IGZ heeft in afstemming met andere partijen een systeem van prestatiemeting opgezet ten behoeve van het toezicht op de kwaliteit van ziekenhuizen. Het opzetten van deze ‘Basisset Prestatiemeting Ziekenhuizen’ is om verschillende redenen uitdagend. Ten eerste geldt de gezondheidszorg als een bijzonder complexe sector, waarin een systeem van prestatiemeting zijn waarde nog moet bewijzen. Dit zal uiteraard niet in één klap geschieden, maar gedurende een proces van jaren. De tweede uitdaging voor IGZ is het gedurende dit proces van jaren in hun afstemming recht blijven doen aan de belangen van verschillende betrokken partijen als koepels, vertegenwoordigers van professionals, instellingen, zorgverzekeraars, etc. Hieronder specificeren we de beide uitdagingen.

Prestatiemeting in de gezondheidszorg

1. *Kwaliteit is meervoudig.* Kwaliteit van ziekenhuiszorg laat zich niet op een eenduidige wijze meten. Kwaliteit is meervoudig, dat wil zeggen, er zijn verschillende legitieme manieren om kwaliteit te meten. En die leveren verschillende uitkomsten op. Dit bleek onder meer uit een artikel van Maarse, waarin de ranglijsten van ziekenhuizen door het Algemeen Dagblad (AD) en die van het Elsevier tegen elkaar zijn uitgezet. Beide bladen gebruikten verschillende methoden als grondslag voor hun ranglijsten. Zo gebruikte Elsevier een panel van informanten (verpleegkundigen, huisartsen, specialisten, managers en directeurs) en het AD de door de ziekenhuizen zelf verstrekte gegevens ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren van het IGZ.⁹

⁹ Maarse, H. en M. van Velden, “Nutteloze informatie”, Medisch Contact nr.44, 29 oktober 2004



Figuur 1: 'de sterrenhemel van Maarse'

Een hoge score op de lijst van het AD bleek geen garantie voor een hoge score op de Elsevier-lijst. Er was eigenlijk nauwelijks een verband. De correlatiequotient was 0,19.4. De scores, tegen elkaar afgezet, vertoonden het beeld van een sterrenhemel (zie figuur 1). Er is aldus geen consensus over de manier waarop een dergelijke beoordeling kan worden opgemaakt. De meervoudigheid van kwaliteit leidt tot het blijven bestaan van een variëteit in beoordelingen en ranglijsten.

2. *Kennis over kwaliteit ligt diep in organisatie instellingen.* Het operationele werk binnen ziekenhuizen is complex. Een gevolg van deze complexiteit is dat de kennis over kwaliteit van het uitvoerende werk diep in de organisatie, bij de professionals, ligt. Deze professionals moeten vervolgens de gegevens aandragen voor de voor het systeem van prestatiemeting in te vullen formulieren. Een ingevuld formulier is altijd een reductie van de werkelijkheid. Een klassieke illustratie is de mortaliteit in een ziekenhuis. Goede ziekenhuizen kunnen juist een hogere mortaliteit hebben, omdat juist hier de complexere en moeilijk geneesbare patiënten worden behandeld. Door dergelijke moeilijkheden van prestatiemeting zullen professionals het ingevulde formulier vaak niet als representatie van die werkelijkheid herkennen. Dit levert een prikkel tot strategisch gedrag. Deze prikkel wordt nauwelijks gematigd door controlemogelijkheden door managers, omdat voor controle specifieke kennis en veel inspanning is vereist, die managers vaak ontberen. Een voorbeeld van strategisch gedrag is de inschatting van decubitus. Decubitus is gecategoriseerd in de niveaus 0 tot en met 5, waarbij niveau 0 'geen decubitus' betekent en niveau 1 als acceptabel wordt gezien. Alle patiënten boven niveau 1 moeten als decubitus worden opgegeven. Het is voor verpleegkundigen daarom aantrekkelijk om een geval van decubitus als 'niveau 1' in te schatten.¹⁰ Hiertoe bestaat ruimte, omdat een wond kan worden geïnterpreteerd als vochtwond of decubituswond.¹¹
3. *Informatievraag verloopt getrapt.* Een extra complicatie is dat de informatievraag getrapt verloopt. De IGZ vraagt informatie aan het ziekenhuis, het management vraagt vervolgens de informatie aan de professionals. Niet alleen de professionals ondervinden weinig prikkels om het achterste van hun tong te laten zien. Dit geldt ook

¹⁰ interview (Kouwenhoven (v.h. Actiz; pers.titel))

¹¹ interview (UMC)

voor de managers. Dit om verschillende redenen. Ten eerste is het imago van de instelling van belang. Het potentieel voor imagoschade is hoog bij prestatie meting. Aandacht van de pers en hun (al dan niet slordige) interpretaties van de cijfers verscherpen dit potentieel. Hierdoor ondervinden zij ook geen prikkel om de professionals teveel achter de vordren aan te zitten. Ten tweede is het aantrekkelijk om IGZ geen aanleiding te geven om over te gaan op onderzoek of sanctie. Daarom is het zaak om de resultaten van prestatie meting niet op te doen vallen, noch in positieve, noch in negatieve zin. De aantrekkingskracht van deze strategie groeit, wanneer de kans en de zwaarte van een eventuele sanctie serieuzer worden.¹² Op termijn kan deze strategie leiden tot betekenisloze informatie: de prestaties van alle instellingen neigen naar het gemiddelde.

Ten derde is het gezag van managers ten opzichte van 'hun' professionals eindig en zijn er, behalve de kwaliteit van de informatie voor IGZ, vele andere issues waarop hun gezag zal moeten worden ingezet. Ter illustratie: sommige bestuurders gebruiken prestatie meting door IGZ om in hun interactie met professionals de IGZ als 'boze derde' toe te laten. Een respondent stelt dat deze strategie van managers slechts tijdelijk effectief is. Het te vaak toepassen van deze strategie grijpt op den duur terug op het management zelf: het kan duiden op diens falen en het kan daarmee diens gezag eroderen.¹³

Prestatie meting voor de kwaliteit van ziekenhuizen is aldus een risicovol instrument. Zonder begeleidende maatregelen zal prestatie meting nauwelijks leiden tot een verbetering van de kwaliteit van ziekenhuizen. Het instrument leidt dan immers tot arme sturingsinformatie, omdat er geen consensus is over de manier waarop moet worden gemeten en zowel professionals als managers weinig prikkels ondervinden betekenisvolle informatie te verstrekken. Hoe gaat de IGZ met deze uitdagingen (of 'afstemmingsproblemen', zoals geformuleerd in de hoofdvragen) om? Op basis van bovenstaande observaties kunnen we deze vraag als volgt specificeren:

- Hoe incorporeert IGZ variëteit in kwaliteitsdefinities in de basisset prestatie-indicatoren? (hoofdstuk 5)
- Hoe verkrijgt IGZ commitment onder professionals voor de basisset? (hoofdstuk 6)
- Hoe verkrijgt IGZ commitment onder managers voor de basisset? (hoofdstuk 7)
- Welke condities zijn hierbij van belang? (hoofdstuk 8)

Afstemming over prestatie meting: recht doen aan belangen

1. *Prikkels tot variëteit.* Belangrijkste voor afstemming is het bestaan van vele prikkels tot variëteit van indicatoren en indicatorenlijsten. Het is aantrekkelijk voor instellingen om eigen indicatorenlijsten op te stellen of specifieke eisen te stellen aan bestaande indicatorenlijsten. We noemen drie redenen:
 - De doelen die verschillende partijen verbinden aan prestatie meting kunnen sterk uiteenlopen. Prestatie meting kan bevorderlijk zijn voor transparantie van de zorg, een belangrijk motief van met name patiëntenorganisaties om betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan. Ten tweede kan prestatie meting een belangrijk stuurmiddel vormen. IGZ gebruikt de basisset voor haar toezicht. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gebruikt prestatie-indicatoren voor haar zorginkoop. Ten derde is leren over kwaliteit, en daarmee kwaliteitsverbetering, een reden om indicatoren te ontwikkelen. Dit is een meer interne doelstelling die vanuit de instellingen en koepelorganisaties wordt omarmd. Vanuit iedere functie zijn verschillende criteria voor indicatoren op te

¹² H. de Bruijn, "Managing Performance in the Public Sector", Routledge, London, p.36

¹³ interview (IGZ)

maken. Zo bestaat er in de basisset een indicator van het aantal slokdarmoperaties. IGZ stuurt met deze indicator door een minimum van 10 operaties per jaar per ziekenhuis te stellen. Dergelijke ‘volume-indicatoren’ zijn echter voor leren van minder belang. De verschillende functies leveren een uitdaging op voor afstemming. In de ‘care’-sector is er voor gekozen alle functies te incorporeren in de set. Gevolg was dat er 1 gedragen set is, maar dat deze voor veel partijen suboptimaal is.¹⁴ Alternatief is het maken van meerdere sets, maar dat kan weer ten koste gaan van het gezag van individuele sets.

- Een bijzondere, wat theoretischer, functie van prestatiemeting voor partijen kan zijn het verkrijgen van legitimiteit door het stellen van normen en standaarden. Met deze legitimiteit behoudt of versterkt een partij (zoals een beroepsorganisatie, branche-organisatie of anderszins) haar positie in het netwerk van partijen. Deze legitimiteit verwatert mogelijk bij gezamenlijke ontwikkeling en gezamenlijk gebruik van prestatie-indicatoren. Dit kan verzet tegen gezamenlijke initiatieven verklaren.¹⁵
 - In de loop van de tijd zijn er vele visies ontstaan over de wijze waarop kwaliteit van ziekenhuizen gemeten moet worden. Grofweg onderscheiden we drie manieren, die elkaar overigens kunnen aanvullen: Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren, zoals de samenstelling van een artsenteam of de aanwezigheid van faciliteiten. Procesindicatoren geven informatie over de kwaliteit van het zorgproces. Het gaat om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd. Om te kijken of een richtlijn in de praktijk wordt toegepast worden vaak procesindicatoren gebruikt. Uitkomstindicatoren richten zich tenslotte op de uitkomsten (producten/effecten) van zorg.¹⁶ De verschillende instellingen die kwaliteit vaststellen hangen hun eigen methoden aan en hebben hierover veel deskundigheid opgebouwd. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) faciliteert gebruikt veel, maar niet uitsluitend, structuurindicatoren, terwijl het accent bij het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) meer bij procesindicatoren ligt.¹⁷ Daarnaast bestaat er ook variëteit in de manier waarop wordt gemeten: middels al of niet onafhankelijke commissies, met verschillende meetfrequenties, met verschillende belonings- en sanctiemiddelen, etc. Ook hierover is expertise opgebouwd door de verschillende kwaliteitsinstellingen. En er is geen diskwalificerende gezaghebbende methode. Daarom ondervinden de kwaliteitsinstellingen weinig prikkels om aan te sluiten bij andere methoden.
2. *Wens administratieve lasten te drukken vraagt om uniformiteit.* Het invullen van lijsten ten behoeve van prestatiemeting is veel werk. Bovendien vereist het activiteiten die in sommige ziekenhuizen niet eerder zijn uitgevoerd. Vanuit de ziekenhuizen klinkt dan ook de klacht dat de administratieve lasten te hoog worden. IGZ erkent dit probleem en wenst deze terug te dringen. Variëteit is echter een bedreiging voor dit streven, want variëteit leidt potentieel tot meer of langere lijsten. Vermindering van administratieve lasten behelst dus een afstemmingsopgave voor instellingen. Dit temeer omdat een klein verschil tussen twee indicatoren toch een grote extra last kan leiden. Zo vraagt ZN voor hun inkoopgids naar het aantal diabetespatiënten en IGZ

¹⁴ interview (Kouwenhoven, v.h. Actiz (pers. titel)

¹⁵ R. Schepers and A. Capsarie, Continuity or discontinuity in the self-regulation of the Belgian and Dutch medical professions, *Sociology of Health & Illness*, vol. 19, no.5; 1997, N. Brunsson, B. Jacobsson e.a., *A World of Standards*, Oxford Press, 2000, p.34

¹⁶ Tekst ontleend aan www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/article20050422122253

¹⁷ Interview (NIAZ)

om het aantal diabetespatiënten *vanaf 18 jaar*. Dit kleine verschil leidt tot twee administraties en maakt tevens de resultaten van de lijsten moeilijk vergelijkbaar.¹⁸

Afstemming vindt aldus plaats op een spanningsveld tussen variëteit en uniformiteit. Enerzijds doet enige redundantie van lijsten en indicatoren recht aan de meervoudigheid van kwaliteit en de verschillende belangen van partijen (en van normerende instellingen in het bijzonder). Anderzijds leidt ongebreidelde variëteit tot hoge administratieve lasten voor ziekenhuizen, wat algemeen als onwenselijk wordt beschouwd. Hoe gaat de IGZ met dit dilemma (of afstemmingsprobleem) om? Deze (deel)vraag kunnen we nu verder specificeren in:

- Hoe doen afstemmingsinitiatieven vanuit IGZ recht aan variëteit? (hoofdstuk 9)
- Hoe verminderen afstemmingsinitiatieven tegelijkertijd vanuit IGZ de administratieve lasten? (hoofdstuk 9)

NB: bij deze vragen kijken we breder dan alleen de basisset. Nadrukken kijken we ook naar andere kwaliteitsinstellingen (zoals NIAZ en HKZ) en indicatorenlijsten (zoals de inkoopgids van ZN en de te introduceren indicatorenlijsten vanuit het programma Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit).

4. De basisset: het ontstaan en de opzet

Ontstaan van de basisset

De ontwikkeling van de basisset prestatie-indicatoren vindt zijn oorsprong in het debat dat in de jaren negentig van de vorige eeuw werd gevoerd binnen de zorgsector over ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid. Binnen dit debat speelden de Leidschendam-conferenties “Kwaliteit van Zorg” een belangrijke rol. Deze conferenties, welke op initiatief van de veldorganisaties werden georganiseerd, vormden een eerste stap in de richting van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg.¹⁹ Naast de organiserende koepelorganisaties uit de zorgsector was ook de IGZ als waarnemende partij betrokken bij deze Leidschendam-conferenties.

Naar aanleiding van de Leidschendam-conferentie in het jaar 2000 besloten de NVZ, de Orde en de NVZ, mede door de toenemende nadruk op openbare verantwoording, tot een gezamenlijke ontwikkeling van een set kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen.²⁰ In een later stadium voegde ook de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ, tegenwoordig NFU) zich bij deze samenwerking. De indicatorenset die de drie koepelorganisaties voor intern gebruik ontwikkelden dienden voornamelijk ter ondersteuning van de richtlijnen die worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen. Simultaan aan de ontwikkeling van deze indicatorenset is ook de IGZ, in samenwerking met het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), gestart met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuissector. Een belangrijk verschil met de indicatoren die zijn opgesteld door de koepelorganisaties is dat de indicatorenset van het IGZ voornamelijk bestond uit uitkomstindicatoren en was daarmee veel minder gericht op een procesmatige benadering van de kwaliteit. In 2002 besloten de koepelorganisaties en de IGZ gezamenlijk verder te gaan met de ontwikkeling van de basisset prestatie-indicatoren. Hierbij werd het van belang geacht om op korte termijn een lijst kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en in gebruik te nemen.²¹ Om deze reden was besloten

¹⁸ interview (UMC)

¹⁹ Conferentie Kwaliteit van Zorg, Leidschendam, 2000, IGZ, p.5

²⁰ Interview (NVZ)

²¹ Interview (IGZ, Orde)

om de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen niet structureel te betrekken bij de inhoudelijke samenstelling van de basisset. In plaats hiervan werden de indicatoren voorgelegd aan een aantal medisch experts. Wel organiseerde de auteurs van de basisset een ‘reizend circus’ van informatiebijeenkomsten waar kritiek kon worden geuit op de basisset. Aan de hand van deze kritiek werden fouten in de basisset gecorrigeerd en hete hangijzers in kaart gebracht.²² In december 2004 resulteerde de samenwerking tussen de IGZ, de Orde, de NVZ en de NFU in de totstandkoming en verspreiding van de eerste Basisset prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2004.

Motieven van de auteurs voor gezamenlijke ontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren

De initiërende rol van de IGZ in de ontwikkeling van de basisset hangt samen met een omslag in de denkwijze over de organisatie van toezicht door de IGZ. Toezicht zou selectiever moeten worden: slechts instellingen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg zouden extra aandacht moeten krijgen. Prestatiemeting zou een basis voor een risico-analyse en een selectie kunnen vormen. Een andere motivatie voor de IGZ om samenwerking met de NVZ en de Orde te zoeken was dat deze al gestart waren met de ontwikkelingen van basisparameters, onder meer op het gebied van ziekteverzuim en budgetten. De IGZ kon zich hierdoor aansluiten bij deze ontwikkeling. Hiernaast vergrootte de samenwerking met de koepelorganisaties ook het draagvlak van de basisset binnen de ziekenhuissector.²³

Voor de Orde was met name het ontbreken van de inbreng van de wetenschappelijke verenigingen in de ontwikkeling van de basisset een belangrijke motivatie. Hierdoor konden de verschillende specialismen geen invloed uitoefenen op de invulling van de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren die werden ontwikkeld door de IGZ. In eerste instantie had de Orde gehoopt om met de ontwikkeling van een indicatorenset door de koepelorganisatie de IGZ te ontmoedigen om de ontwikkeling van de basisset voort te zetten. Toen duidelijk werd dat de IGZ de ontwikkeling van de eigen set prestatie-indicatoren voortzette besloot de Orde zich aan te sluiten bij de ontwikkeling van de basisset, gezamenlijk met NVZ, NFU en IGZ.²⁴ Door deelname aan deze ontwikkeling kon de Orde de specialisten representeren bij de invulling van zorginhoudelijke indicatoren. Hiernaast kon de Orde binnen het samenwerkingsverband met de IGZ invloed uitoefenen op de spreiding van de prestatie-indicatoren over de specialismen en voldoen aan haar taak om de informatie die wordt gevraagd van medisch specialisten te coördineren en trechteren. Deze rol van de Orde blijkt ook uit de Samenwerkingsafspraken Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen waarin staat gespecificeerd dat de communicatie tussen de IGZ en de verschillende wetenschappelijke verenigingen via de Orde zal verlopen.²⁵

De medewerking van de NVZ aan de ontwikkeling van de basisset hangt samen met de invoering van marktwerking in de ziekenhuissector en de behoefte aan transparantie en openbare verantwoording van ziekenhuizen die hiermee gepaard gaat. Een belangrijke drijfveer voor de NVZ om te participeren in de ontwikkeling van de basisset is een “intrinsieke behoefte aan meer verantwoording en sturing”. Vanuit dit perspectief kan de basisset ook worden benut als een instrument voor het management van ziekenhuizen om meer invloed te hebben op het proces van zorgverlening door de medisch specialisten.²⁶

²² Interview (IGZ)

²³ Interview (IGZ)

²⁴ Interview (Orde)

²⁵ Samenwerkingsovereenkomst prestatie-indicatoren, 19 december 2005

²⁶ Interview (NVZ)

De introductie van de basisset prestatie-indicatoren

De relatief snelle introductie van een set prestatie-indicatoren die wordt gedragen door zowel de IGZ als de koepels getuigt van een voorspoedige samenwerking tussen de auteurs van de basisset. Kort na de introductie van de basisset dienden zich echter een kritiek moment aan voor het samenwerkingsverband. Als logisch gevolg van het adagium van de basisset 2004 'Better done than perfect' was er op de kwaliteit van de eerste basisset nog wel wat aan te merken.²⁷ Bovendien waren wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen niet structureel betrokken bij de inhoudelijke samenstelling van deze eerste basisset. Naast het element van voortgang had de IGZ ook strategische redenen om de wetenschappelijke verenigingen niet vanaf het begin bij het proces te betrekken. Door de indicatoren zeer scherp te formuleren beoogde de IGZ ook een schokeffect teweeg te brengen in de ziekenhuissector en op deze wijze de wetenschappelijke verenigingen te mobiliseren.²⁸ De geringe betrokkenheid van de verenigingen en de kwaliteit van de set heeft geleid tot veel verzet vanuit professionals en management van ziekenhuizen. Daarbij kwam ook de eerste, op de basisset gestoelde, publicatie van het Algemeen Dagblad, compleet met weinig genuanceerde ranglijst van ziekenhuizen. De legitimiteit van de basisset werd om deze redenen ernstig in twijfel getrokken. Een groep van 40 ziekenhuizen dreigden meewerking aan de volgende indicatorenlijst te weigeren. Deze situatie plaatste de koepelorganisaties en in het bijzonder de Orde in een lastig parket. Enerzijds vertegenwoordigden de koepelorganisaties de ziekenhuizen en medisch specialisten die ageerden tegen de basisset, maar anderzijds waren zij ook medeauteurs van deze basisset. Als gevolg van deze spagaat dreigden de NVZ, NFU en de Orde in 2005 zich terug te trekken uit het samenwerkingsverband. Het voornaamste bezwaar van de koepelorganisaties was het ontbreken van de inbreng van de professionele expertise van de wetenschappelijke verenigingen in de basisset. Andere factoren die een rol speelden binnen dit conflict waren het ontbreken van een conceptueel kader voor de invulling en samenstelling van de basisset, een dwingende houding van de IGZ en de toevoeging van nieuwe indicatoren aan de basisset.²⁹ Door de bemiddelende rol van de Orde richting medisch specialisten en het opstellen van de samenwerkingsovereenkomst prestatie-indicatoren tussen de auteurs van de basisset kon het samenwerkingsverband uiteindelijk worden voortgezet. In de samenwerkingsovereenkomst prestatie-indicatoren werd onder andere tegemoet gekomen aan de voorwaarden van de koepelorganisaties wat betreft de betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen. Zo werd vastgelegd dat de wetenschappelijke verenigingen betrokken zouden worden bij ontwikkeling en onderhoud van de prestatie-indicatoren en dat de Orde de inbreng van wetenschappelijke verenigingen en contract tussen deze verenigingen en IGZ coördineert. Hiernaast is vastgelegd dat de NFU en de NVZ zorg zullen dragen voor de inzameling van gegevens die voortkomen uit de basisset.³⁰

Na deze periode komt de samenwerking tussen de IGZ en de koepels in rustiger vaarwater. De verdere ontwikkeling van de basisset lijkt routineuzer te worden. Er is regelmatig operationeel overleg ('bureau overleg') waarbij de auteurs afstemmen over de inhoud van de basisset. Minimaal tweemaal per jaar is er een bestuurlijk overleg over de samenwerking.³¹

²⁷ Interviews (IGZ, NVZ, Orde)

²⁸ Interview (IGZ)

²⁹ Interview (Orde)

³⁰ Samenwerkingsovereenkomst, december 2005

³¹ Samenwerkingsovereenkomst, art.6 en 7

Positie van de basisset in (gelaagd en gefaseerd) toezicht

In 2004 is IGZ begonnen met een nieuwe werkwijze van toezicht, het zogenaamde ‘gelaagde en gefaseerde toezicht’, dat is toegespitst op het aanpassen van het toezicht op het risico dat een bepaalde instelling onverantwoorde zorg levert. In fase 0 van deze cyclus van toezicht worden indicatoren ontwikkeld, verbeterd of vervangen op basis van de resultaten van voorgaande jaren.³² De eerste fase van toezicht is een eerste informatieverzameling, de tweede fase behelst een inspectiebezoek naar aanleiding van een risico-analyse en de derde fase is eventuele interventie. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de fasen een oplopend accent op repressief toezicht zou kennen en betrekking zou hebben op een afnemend aantal instellingen.³³ Dat wil zeggen: hoe later de fase, des te selectiever en repressiever het toezicht. Met de beslissing om alle ziekenhuizen jaarlijks te bezoeken is echter enige verwarring ontstaan bij welke fase dat jaarlijkse bezoek hoort.³⁴ Immers, er is geen sprake meer van selectie. Ook is er nog geen aanleiding tot repressief toezicht, omdat IGZ op basis van de resultaten nog geen waardeoordeel wenst te geven.³⁵ Vooral nog vormen de gegevens uit de basisset daarom geen directe aanleiding om over te gaan naar een volgende fase van toezicht in oorspronkelijke zin, terwijl dat wel als zodanig naar buiten toe wordt gecommuniceerd.³⁶ De resultaten uit de basisset hebben nu voornamelijk een signalerende functie, waarbij de basisset de inspecteur input aanreikt voor invulling van de jaarlijkse inspectiebezoeken van de ziekenhuizen. De agenda voor dergelijke inspectiebezoeken wordt daarbij aangereikt door het hoofdkantoor van IGZ. Hierdoor zijn inspecteurs minder vrij in de frequentie en de inhoudelijke agenda van de bezoeken. Er blijft echter ruimte voor de professionele invulling van hun vak over.³⁷ Tijdens jaarlijkse inspectiedagen wisselen IGZ en inspecteurs ideeën uit over het vellen van een oordeel over de resultaten van de gesprekken. Tijdens deze bijeenkomsten vindt er ook discussie plaats over de interpretatie van de resultaten van de basisset en over normen voor eventuele interventie.

Naast de basisset: verschillende indicatorenlijsten

In het kader van mogelijke afstemming van toezichtsactiviteiten van de IGZ met toezichtsactiviteiten van andere publieke of private toezichthouders zullen hier een aantal indicatorenlijsten worden genoemd die naast de basisset bestaan. Naast de IGZ vraagt een groot aantal publieke en private partijen informatie uit bij ziekenhuizen ten behoeve van enige vorm van kwaliteitsmeting. Grofweg kan de informatie die door ziekenhuizen verstrekt wordt, worden opgedeeld in drie soorten gegevensstromen:³⁸

- Medisch inhoudelijke indicatoren: Deze informatie wordt voornamelijk middels de basisset opgevraagd door de IGZ, maar ook door indicatoren die individueel of collectief worden opgesteld door zorgverzekeraars.
- Indicatoren over de kwaliteit van dienstverlening: Deze informatie wordt opgevraagd door consumentenorganisaties, Elsevier, AD en zorgverzekeraars.
- Financiële indicatoren: Deze worden opgevraagd door zorgverzekeraars en de Nza.

³² IGZ, “Het resultaat telt 2006”, december 2007, p.8

³³ IGZ “Gelaagd en gefaseerd toezicht, resultaten inspectieformulier 2004”, p. 9; IGZ “Zoeken naar een inspectiecanon”, 2004, p.40,41

³⁴ Interview (IGZ)

³⁵ IGZ, “Het resultaat telt 2006”, december 2007, p.5

³⁶ Idem, p.8,9

³⁷ Interviews (IGZ)

³⁸ Commissie Büller, “Zorg voor minder last”, juli 2007, p.15

Tot op heden hanteren de meeste van de bovengenoemde organisaties een eigen indicatorenset. Zo stelt ZN sinds 2004 de ZN-inkoopgids op om met behulp van kwaliteitsindicatoren zorgverzekeraars te ondersteunen bij het contracteren van zorg uit het B-segment. In de praktijk maken echter niet alle zorgverzekeraars gebruik van de inkoopgids en vragen zorgverzekeraars ook vaak aanvullende informatie op. Hiernaast hanteren de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond een indicatorenlijst om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit het perspectief van de patiënt te monitoren. Verder vragen het AD en Elsevier ziekenhuizen om kwaliteitsinformatie voor de publicatie van ranglijsten ziekenhuiszorg. Naast deze vormen van informatieverstrekking worden ziekenhuizen geconfronteerd met visitaties door wetenschappelijke verenigingen en met verschillende vormen van accreditatie en certificatie. Dit grote aantal co-existerende kwaliteitsmetingen leidt voor de ziekenhuizen een aanzienlijke administratieve belasting. In theorie is het voldoen aan informatieverzoeken, op die van publieke inspecties na, vrijwillig. De sanctiemiddelen van informatievragers kunnen in een vrijere markt echter zwaar zijn: slechte publiciteit kan leiden tot imagoschade en een zwakkere onderhandelingspositie met verzekeraars. Daarom is het voor ziekenhuizen onaantrekkelijk om informatieaanvragen te weigeren.³⁹ Deze toenemende administratieve belasting door publieke en private vormen van toezicht vormt een belangrijke drijfveer voor de IGZ om te zoeken naar afstemmingsmogelijkheden.

In de ontwikkeling van een aantal nieuwe indicatorenlijsten worden de eerste stappen gezet in de afstemming tussen de verschillende kwaliteitsmetingen. Zo werd op initiatief van 4 zorgverzekeraars, de NPCF, Consumentenbond, Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (Fonds PGO), ZN en het ministerie van VWS de stichting Consumer Quality Index (CQI) opgericht. Deze CQ-index, is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. Doordat met deze systematiek alle instellingen gelijke meetmethoden hanteren zullen resultaten eenvoudiger kunnen worden vergeleken en worden toegepast door verschillende informatie uitvragende organisaties.⁴⁰ Ook met het programma Zorgbrede Transparantie Kwaliteit vindt afstemming plaats tussen de indicatorenlijsten van een aantal veldpartijen waaronder; ZN, NPCF en Consumentenbond.⁴¹ De IGZ was oorspronkelijk als waarnemende partij betrokken bij dit programma. De IGZ heeft zich nu wel bestuurlijk gecommitteerd aan het programma en heeft, naast de andere organisaties, zitting in de stuurgroep.

5. Hoe incorporeert de IGZ variëteit in kwaliteitsdefinities in de basisset?

De basisset kent een hoge tolerantie voor variëteit van kwaliteitsdefinities. Zo wordt expliciet erkend dat een ziekenhuis “een complexe organisatie (is) waar diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een grote diversiteit van aandoeningen plaatsvindt”.⁴² Om die reden wenst de IGZ in haar rapportage van bevindingen geen waardeoordeel te geven. Een waardeoordeel zou immers een kwaliteitsdefinitie impliceren. Dit zou bovendien tot spanningen leiden met de andere auteurs van de prestatie-indicatoren, die van de IGZ geen kwaliteitsoordeel van de IGZ in de publicatie verlangen.⁴³ Een aantal strategieën verhogen de tolerantie voor variëteit:

³⁹ Interview (UMC)

⁴⁰ <http://www.snellerbeter.nl/nieuws/nieuwsitem/article/centrum-brengt-ervaringen-patienten-in-kaart/>

⁴¹ Commissie Büller, “Zorg voor minder last”, juli 2007, p.15

⁴² IGZ, “Het resultaat telt 2006”, december 2007

⁴³ Interview (NVZ)

Samenwerking, maar niet met iedereen. De basisset is een gezamenlijk product van de IGZ, de Orde, NVZ en NFU. Allen dragen zij bij aan de ontwikkeling van indicatoren, vanuit hun eigen perspectief en kwaliteitsdefinities. Overigens is een beperkt aantal instellingen betrokken. Het betreft belangrijke bestuurlijke koepelorganisaties. Andere instellingen die, direct of indirect, normen stellen voor de zorgkwaliteit, zoals ZN en NPCF, zijn bijvoorbeeld niet betrokken. Volgens een respondent lag hier geen bewuste keuze aan ten grondslag.⁴⁴ De betrokkenheid van ZN had overigens, als ze daarop hadden ingezet, waarschijnlijk tot veel weerstand tegen de basisset en daarmee wellicht ook tot veel vertraging geleid.⁴⁵ Hun betrokkenheid had immers een koppeling gemaakt tussen de basisset en de allocatie van middelen door zorgverzekeraars, en had daarmee de basisset extra bedreigend gemaakt.

Eerst wetenschappelijke verenigingen niet betrokken, daarna wel. De indicatoren voor de eerste basisset werden door externe experts ontwikkeld. De professionals werden indirect vertegenwoordigd door de Orde, maar de wetenschappelijke verenigingen waren niet betrokken. Daarmee was ook de variëteit van kwaliteitsdefinities bij ontwikkeling beperkt tot de aangetrokken expertise. Dit maakte het wel mogelijk om vaart te maken. De eerste basisset is er hierdoor gekomen, maar is, met name onder de wetenschappelijke verenigingen, inhoudelijk sterk bekritiseerd.⁴⁶ Tijdens de onderhandelingen over de nadere procesafspraken over de basisset is de betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling door de Orde als harde eis gesteld. Ze zijn nu betrokken bij agendering, ontwikkeling en toetsing van indicatoren.

Zachte koppeling tussen uitkomsten en toezicht door de IGZ. De uitkomsten van de prestatiemeting wordt door de IGZ gebruikt voor hun toezicht. De koppeling tussen deze uitkomsten en het toezicht is echter zacht. Sinds de basisset worden alle ziekenhuizen jaarlijks bezocht door inspecteurs. Iedere inspecteur heeft gedurende een aantal jaren een vast portfolio aan ziekenhuizen, waardoor ze hierover deskundigheid opbouwen. De inspecteurs krijgen de uitkomsten van de prestatiemeting mee, met daarbij een lijst agendapunten. Er blijft echter veel ruimte over voor eigen vragen op basis van eigen observaties en trends die ze zelf zien, en daarmee hun eigen kwaliteitsdefinitie. De inspecteurs bepalen vervolgens of er aanleiding is om tot een volgende toezichtsfase over te gaan.

Veel ruimte voor toelichting van de cijfers. De jaarlijkse inspectiebezoeken zijn voornamelijk informeel. Er is veel ruimte voor ziekenhuizen om de uitkomsten toe te lichten, waardoor ook hun kwaliteitsdefinitie aan bod komt. Overigens is er binnen de IGZ veel onduidelijkheid over de vraag in welke fase van toezicht het inspectiebezoek plaatsvindt. De IGZ schrijft dat de jaarlijkse inspectiebezoeken in het kader van fase 2 worden afgelegd⁴⁷, maar in het oorspronkelijke toezichtmodel behelst fase 2 een selectie van ziekenhuizen die aanleiding hebben gegeven tot nader onderzoek (een inspectiebezoek). Nu alle ziekenhuizen jaarlijks worden bezocht is er van een selectie echter geen sprake meer. Dit is van belang, omdat de inspectiebezoeken in hoge mate informeel van karakter is, terwijl de oorspronkelijke fase 2 al meer neigt naar repressief toezicht.

⁴⁴ Interview (IGZ)

⁴⁵ Interview (IGZ)

⁴⁶ Interview (Orde)

⁴⁷ IGZ, "Het resultaat telt 2006", december 2007

6. Hoe verkrijgt IGZ commitment voor de basisset onder professionals?

Gezag onder professionals voor een nieuw en potentieel bedreigend fenomeen als prestatiemeting is niet vanzelfsprekend. Gezag is wel van vitaal belang voor een minimale mate van coöperatie van de professie, omdat de meetresultaten anders van geringe waarde zullen zijn. De volgende strategieën waren hierbij van belang.

Door vroege introductie urgentie gekweekt bij wetenschappelijke verenigingen. Professionals worden vertegenwoordigd door wetenschappelijke verenigingen, de Orde en branche-organisaties. De eerder besproken vroege introductie heeft sommige wetenschappelijke verenigingen bewogen zelf initiatief te nemen met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Een oorspronkelijk afwachtende houding heeft er namelijk toe geleid dat externe partijen (De IGZ, maar ook zorgverzekeraars en ziekenhuizen) invulling gingen geven aan normen voor kwaliteit van verleende zorg.⁴⁸ De eerste basisset is hiervan een voorbeeld geweest.

Deels vrijwillige betrokkenheid verenigingen bij agendering indicatoren. Met name de wetenschappelijke verenigingen hebben een grote rol bij de agendering en ontwikkeling van indicatoren, wat het gezag bevordert. Hierbij is geen sprake van directe dwang door de IGZ. Sommige verenigingen wensen een indicator voor hun professie, anderen zijn terughoudend. Als de IGZ voor de laatste groep toch een indicator wenst, dan worden branche-organisaties gevraagd wetenschappelijke verenigingen en eventueel andere experts te betrekken bij ontwikkeling ervan.⁴⁹

Procesafspraken over kwaliteit indicatoren. De auteurs zijn overeengekomen om nieuwe indicatoren te valideren middels het AIRE-instrument⁵⁰ en een pilotstudie in de praktijk.⁵¹ Wetenschappelijke verenigingen mogen ook, indien zij bijvoorbeeld vrezen voor verkeerde interpretaties, een leeswijzer ontwikkelen. De IGZ zal hier vervolgens naar verwijzen in haar publicatie over de uitkomsten.⁵²

7. Hoe verkrijgt IGZ commitment voor de basisset onder managers?

Bovenstaande arrangementen ten spijt blijft commitment onder professionals niet gegarandeerd, temeer omdat informatieverzoeken in het kader van de basisset aan instellingen (lees: het management) zijn gericht, en niet aan professionals zelf. Het is aldus aan de managers, en de manier waarop ze kwaliteitsmanagement in hun ziekenhuis hebben georganiseerd, om professionals verder bij het proces van prestatiemeting te betrekken. De IGZ kan wel weer bepalend zijn voor de mate waarin (kwaliteits)managers bereid zijn de professionals te committeren voor prestatiemeting. De volgende factoren zijn hierbij van belang:

Samenwerking tussen auteurs leidt tot combinatie dwang en draagvlak. Door de samenwerking tussen Orde, NVZ en NFU is bestuurlijk draagvlak geborgd. De participatie

⁴⁸ Interview (NVDN)

⁴⁹ Samenwerkingsovereenkomst december 2005, bijlage 1

⁵⁰ "Appraisal of Indicators through Research and Evaluation"; een algemeen geaccepteerd toetsingskader voor prestatie-indicatoren

⁵¹ Samenwerkingsovereenkomst december 2005, bijlage 1

⁵² Samenwerkingsovereenkomst december 2005, art.5e

van de IGZ, en daarmee de koppeling met toezicht, maakt de basisset minder vrijblijvend. Met name na publicatie van de eerste basisset is deze combinatie van groot belang geweest. De koepels hebben de weerstand bezworen door hun leden er van te overtuigen dat de ontwikkeling richting prestatiemeting onomkeerbaar was. Tegelijkertijd hebben ze eisen gesteld aan de samenwerking met de IGZ, resulterend in de samenwerkingsovereenkomst van december 2005.

Publicaties in de media leiden tot urgentie, maar ook tot verlies betekenis informatie. De door de ziekenhuizen geleverde informatie komt in het publieke domein. Dat betekent dat ze beschikbaar zijn voor eenieder en dat er geen zeggenschap van de auteurs over eventuele interpretaties ervan. Het Algemeen Dagblad publiceert jaarlijks een rangorde van ziekenhuizen op kwaliteit en baseert deze bevindingen op de gegevens uit de basisset. De kwaliteit van de interpretaties van het AD wordt door alle respondenten in twijfel getrokken, ofschoon ze volgens hen beter worden. Ter illustratie: de lijsten voor de eerste basissets zijn door veel ziekenhuizen niet volledig ingevuld. Het AD heeft vervolgens aan niet ingevulde categorieën de laagste scores toegekend. Tegelijkertijd hebben deze publicaties van het AD de urgentie van de basisset bij managers verhoogd, omdat ze veel imagoschade kunnen opleveren. De publicaties vormen een belangrijke referentie bij hun onderlinge gesprekken over kwaliteit, meer nog dan de publicaties van de IGZ naar aanleiding van de basisset.⁵³ Ironisch genoeg verhardt dit de koppeling tussen uitkomsten van prestatiemeting en het effect ervan. Daar waar er een zachte koppeling bestaat tussen de uitkomsten en het toezicht van de IGZ, leiden de uitkomsten wel direct tot voor een breed publiek toegankelijke publicaties, met alle imagoschade vandien. De kans op strategisch gedrag neemt hierdoor sterk toe, waardoor betekenisverlies van informatie optreedt.⁵⁴ Dit betekent dat het feit dat de informatie in het publieke domein terecht komt de managers sterk committeert er aan mee te werken, maar ook prikkelt tot het verstrekken van betekenisloze informatie.

8. Het leek te werken, maar onder welke condities?

De basisset wordt door de respondenten gezien als een succesverhaal. De start was verre van vlekkeloos, maar dat was voor een groot gedeelte intentioneel. De snelle start heeft geleid tot een ‘steen in de vijver’ van ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen en heeft hen geduid op de onomkeerbaarheid van de ontwikkeling richting prestatiemeting. Achteraf is ook hun begrip voor deze strategie gegroeid.⁵⁵ Met name door de inbreng van wetenschappelijke verenigingen en voortschrijdende ervaringskennis is ook de kwaliteit van de basisset in de loop der jaren verbeterd. Opvallend is dat de lof niet zozeer gaat over een directe door de basisset gegenereerde kwaliteitsimpuls van ziekenhuizen, maar veeleer over indirecte ‘spin-offs’: de basisset heeft een doorbraak geforceerd in de acceptatie bij ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen van denken in prestaties en de basisset heeft als zodanig veel interne discussies (binnen ziekenhuizen) over kwaliteit op gang gebracht.

De strategie laat zich samenvatten als “hiërarchische ingreep als aanjager van coöperatie”.⁵⁶ Eerst is aangestuurd op een snelle en vrij botte invoering, om vervolgens de ‘gedupeerden’ toe te laten tot de ontwikkeling van de lijst. Deze strategie is uiteraard risicovol, omdat de IGZ altijd afhankelijk blijft van de andere partijen om deugdelijke informatie te verkrijgen voor

⁵³ Interview (UMC)

⁵⁴ De Bruijn, p. 36; interview (UMC)

⁵⁵ Interview (NVVN)

⁵⁶ Zie: De Bruijn en Ten Heuvelhof: Management in netwerken, Lemma, Utrecht, 2004, p.89

haar toezicht. Toch heeft dit ditmaal gefunctioneerd. Een aantal condities zijn hierbij van belang geweest:

Traag tempo transparantie leidt tot legitimatie interventie. De stelselwijziging heeft geleid tot een grote vraag naar transparantie. Er waren wel eerste initiatieven ten behoeve van transparantie, zoals de verplichte opname van een kwaliteitskatern in het jaarverslag van ziekenhuizen en een accreditatiesysteem vanuit de sector (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen; NIAZ), maar ver gingen deze initiatieven niet. Ze leidden bijvoorbeeld niet tot een differentiatie van instellingen die de keuzes van cliënten, zorgverzekeraars of toezichthouder substantieel kon faciliteren. Het trage tempo waarin transparantie door de sector zelf werd verhoogd heeft wellicht geleid tot legitimiteit van de IGZ voor een relatief hiërarchische invoering van prestatie meting.

Urgentie bij partners leidt tot mogelijkheid kanaliseren gevolgen interventie. Parallel aan de IGZ begonnen ook andere actoren indicatoren te ontwikkelen. NVZ en de Orde waren hierin al vrij ver. Dit gaf al aan dat ook zij urgentie voelden bij prestatie meting en bereid waren 'hun kop in de wind te steken'. Een koppeling met deze initiatieven maakte het mogelijk om de weerstand tegen de interventie te matigen en te kanaliseren.

Media-aandacht leidt tot versnelde acceptatie bij ziekenhuizen. Ook vanuit de media was er veel behoefte aan informatie over kwaliteit. Ofschoon gebruik van de gegevens uit de basisset schadelijke gevolgen zal hebben gehad, heeft dit ook geleid tot extra urgentie bij ziekenhuizen en specialisten om de lijst te accepteren en volledig in te vullen.

9. Afstemming: Hoe balanceert IGZ op het dilemma variëteit en uniformiteit?

We hebben geconstateerd dat er veel prikkels bestaan tot variëteit van indicatoren en indicatorenlijsten. We constateren tevens dat er ook feitelijk veel indicatorenlijsten naast elkaar zijn ontstaan: de basisset, de inkoopgids van ZN (Zorgverzekeraars Nederland), grondslagen voor certificering door o.a. HKZ (stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Ziekenhuizen), enquêtes van Elsevier en de CQ- index over patiënttevredenheid zijn maar enkele voorbeelden. De hoeveelheid lijsten, en met name de informatie vragen die hieraan voorafgaan, is een aanleiding voor de roep om administratieve lastenvermindering. Voorstellen hiertoe duiden veelal op afstemming.⁵⁷ Maar afstemming bedreigt de variëteit van belangen. We hebben geen eenduidige strategieën van IGZ gevonden die met dit dilemma omgaan. Wel doen we een viertal observaties, die in voorstellen voor lastenvermindering kunnen worden meegenomen.

Basisset en zorgbrede transparantie: opvallende verschillen. De IGZ participeert in twee indicatorenlijsten: de basisset en de lijst in het kader van het programma Zorgbrede Transparantie Kwaliteit. De verschillen in opzet tussen beide lijsten zijn aanzienlijk, te verklaren door de eerder besproken condities. De lijst zorgbrede transparantie is een initiatief uit 2007.⁵⁸ De verschillen zijn dermate groot, dat ze te zien zijn als modellen van afstemming met betrekking tot introductie van prestatie meting. Enkele belangrijke verschillen zijn weergegeven in tabel 1.

⁵⁷ Commissie Büller, "Zorg voor minder last", juli 2007, p.18,19,28

⁵⁸ www.zichtbarezorg.nl

	Basisset	Lijst zorgbrede transparantie
Aantal sets	Een integrale set	Veel sets, per aandoening
Functies	Beperkt: Toezicht, maatschappelijke verantwoording	Veel: Maatschappelijke verantwoording, patiëntinformatie, leren door instellingen, in toekomst wellicht ook zorginkoop, toezicht
Rol IGZ	Leidend: mede-initiator, vaststeller, eigenaar gegevens	Meer volgend: ondersteunend bureau, regie met sector gedeeld
Aantal betrokkenen	Beperkt: IGZ, Orde, NVZ, NFU	Breed: IGZ, Orde, NFU, CBO, NZA, ZN, Patiëntenorganisaties, etc.
Invoering	Top-down: 'better done than perfect'	Bottom-up: vraaggestuurd

Tabel 1: verschillen in afstemming tussen de basisset en de lijst zorgbrede transparantie

De lijsten kennen ook verschillende mechanismen om tot selectie te komen. Voor de basisset is afgesproken om het aantal indicatoren beperkt te houden en niet te doen groeien, met daarbij administratieve lastendruk als belangrijk motief. Bovendien is afgesproken dat per jaar maximaal 25% van de basisset wordt vernieuwd of gewijzigd.⁵⁹ Dit dwingt tot een keuze voor welke aandoening indicatoren ontwikkeld moeten worden. De keuze wordt gemaakt aan de hand van beleidsprioriteiten van de IGZ, initiatieven van wetenschappelijke verenigingen (als ze een indicator willen) en onderhandelingen tussen de auteurs (met name over de keuze van het type indicator).

De lijst zorgbrede transparantie zal een groot aantal sets beslaan. Het bestaan van deze lijst is deels voortgekomen uit de behoefte om de administratieve lasten te drukken.⁶⁰ Deze lasten worden niet zozeer gedrukt door de beperkte omvang van de lijst, zoals bij de basisset. De bedoeling is eerder dat alle betrokkenen de lijst gebruiken voor hun informatieverzoeken aan ziekenhuizen om dubbelaanvragen te voorkomen. Of dit gaat lukken is voorsnog de vraag. De lijst is nog niet compleet, en zolang dit nog niet het geval is, zal bijvoorbeeld ZN nog zelf indicatoren ontwikkelen.⁶¹ Bovendien zal er voor bijvoorbeeld de pers een prikkel blijven bestaan om toch eigen informatieverzoeken tot ziekenhuizen te richten, omdat exclusiviteit voor hen van belang is..

Onduidelijke relatie basisset en lijst zorgbrede transparantie. De beide lijsten staan los van elkaar. Het is de intentie van de IGZ dat de zij op den duur uit de lijst zorgbrede transparantie indicatoren selecteert die zij voor haar toezicht in de basisset opneemt.⁶² Het is echter nog niet duidelijk hoe de IGZ dit wil laten gebeuren. Niet alle respondenten zijn er van overtuigd dat dit gemakkelijk kan en of dit zal gebeuren. Daarvoor bestaan er teveel spanningen tussen de verschillende functies die de lijsten kennen. De indicator van de basisset voor verloskunde gaat bijvoorbeeld over de hoeveelheid sectio's er in het ziekenhuis in een jaar zijn gebeurd en hoeveel er waren verwacht. Deze indicator is wellicht voor het toezicht nuttig, maar voor de zorginkoop is deze indicator bijvoorbeeld weinig onderscheidend.⁶³

⁵⁹ Interview (Orde), samenwerkingsovereenkomst December 2005, p.1

⁶⁰ www.zichtbarezorg.nl, Zorg voor minder last, p.17

⁶¹ Interview (ZN)

⁶² Het resultaat telt 2006, December 2007

⁶³ Interview (ZN)

Grote verschillen in perceptie oorzaak administratieve last leiden tot verschillende posities op dilemma. Volgens alle respondenten is de administratieve last voor ziekenhuizen als gevolg van prestatiemeting gegroeid.⁶⁴ Er is echter minder consensus over de oorzaak ervan en daarmee tot de perceptie welke acties effectief lijken. De een stelt dat de hogere administratieve last inherent is aan prestatiemeting.⁶⁵ Een tweede stelt dat de groei heeft te maken met een gebrek aan afstemming.⁶⁶ Hier gaat het niet alleen om afstemming tussen organisaties, maar ook afstemming binnen de IGZ tussen onderzoeks- en toezichtsactiviteiten, die beide informatievragen genereren.⁶⁷ Een laatste groep stelt dat de groei tijdelijk is, omdat deze last het gevolg is van een omschakeling naar output denken. Zo gauw de ziekenhuizen hun administratie op prestatiemeting hebben ingericht en een goed kwaliteitssysteem hebben, zal de last weer afnemen.⁶⁸ Dit laat de vraag bestaan of er een probleem is en zo ja, of de IGZ een logische probleemeigenaar is. De IGZ heeft zich niet als zodanig opgeworpen.⁶⁹

Niet alle afstemmingsvoorstellen doen recht aan complexiteit prestatiemeting. Het rapport “Zorg voor minder last” van de commissie Meting Toezicht Lasten (commissie Büller) signaleert een aantal bronnen voor administratieve last, waaronder de hoeveelheid informatievragen van toezichthouders en andere partijen (p.15-21) en de hoeveelheid accreditaties en visitaties (p.23-28). De commissie ziet veel winst in de reeds bestaande bundelings- en afstemmingsinitiatieven (waaronder de lijst zorgbrede transparantie) en pleit voor voortgang hierin, maar staat daarbij niet stil bij de verscheidenheid aan functies en belangen die aan de informatievragen ten grondslag liggen. De commissie gaat tevens in op afstemming tussen de IGZ en het NIAZ. Gebruik van elkaars meetresultaten leidt waarschijnlijk tot vermindering van de administratieve last. De commissie pleit hier dan ook (onder voorwaarden) voor. Een heikel punt is hierbij dat NIAZ-resultaten niet volledig openbaar zijn en die van de IGZ wel. De commissie suggereert dat NIAZ (of een certificerende instelling) in staat moet zijn inzicht te bieden in de kwaliteit van specialisten en dat visitatietoetsingen toegankelijk zijn.⁷⁰ Hierbij lijkt de commissie voorbij te gaan aan een belangrijke functie van de geslotenheid van het NIAZ en visitaties: het verzacht de koppeling tussen meetresultaat en sanctie, omdat meer openheid grotere risico’s voor imagoschade oplevert. Hierdoor is de bereidheid betekenisvolle informatie te verstrekken aan het NIAZ en visitatiecommissies hoger. IGZ lijkt vooralsnog te kiezen voor een lichte koppeling tussen de basisset enerzijds en NIAZ en visitaties anderzijds. Voor zover er koppelingen met visitaties zijn, geschieden deze vanuit wetenschappelijke verenigingen. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie gebruiken de basisset bijvoorbeeld voor hun visitaties. NIAZ-accreditatie wordt gewaardeerd in de basisset, maar vrij licht. Aan zwaardere waardering stelt de IGZ eisen aan het NIAZ, zoals sterkere verankering van medisch-inhoudelijke richtlijnen in hun accreditatie.⁷¹

⁶⁴ Zie ook: Zorg voor minder last, p.19 voor cijfermatige onderbouwing

⁶⁵ Interviews (Orde, NVZ)

⁶⁶ Interviews (UMC, NVVN)

⁶⁷ Interview (IGZ)

⁶⁸ Interview (IGZ)

⁶⁹ Behalve als onderdeel van de het bredere initiatief “Eenduidig toezicht”, waarbij, onder meer, IGZ met andere overheidstoezichthouders een gezamenlijk jaarplan voor de ziekenhuizen schrijft.

⁷⁰ Commissie Büller, “Zorg voor minder last”, juli 2007, p.27

⁷¹ Interview (IGZ)

10. Conclusie en reflectie

Afstemming over prestatie­meting in de gezondheids­zorg lijkt en is ingewikkeld. Op basis van een literatuurstudie en een tiental interviews hebben we antwoord gekregen op de vraag wat de voornaamste uitdagingen zijn voor een dergelijke introductie, hoe de IGZ met die uitdagingen is omgegaan en welke condities daarbij speelden. De volgende uitdagingen kwamen uit onze studie naar voren:

Met betrekking tot prestatie­meting

1. Het incorporeren van variëteit in kwaliteits­definities;
2. Het verkrijgen van commitment onder professionals;
3. Het verkrijgen van commitment onder managers van instellingen.

Met betrekking tot afstemming

4. Het tegelijkertijd recht doen aan variëteit van belangen en het terugdringen van administratieve lasten.

Incorporeren variëteit kwaliteits­definities

De IGZ heeft met betrekking tot de basisset niet strikt vastgehouden aan een enkele, eigen kwaliteits­definitie. De tolerantie voor een variëteit aan kwaliteits­definities komt tot uiting in het brede scala aan partijen die op enig moment in het proces van prestatie­meting hun kwaliteits­definities kunnen ontvouwen:

- De koepel­organisaties als mede­auteur van de basisset;
- Externe experts, later ook wetenschappelijke verenigingen als ontwikkelaars en toetsers van de indicatoren;
- Inspecteurs, als de zachte koppeling tussen uitkomsten tussen prestatie­meting en toezicht;
- Instellingen, als degenen die de uitkomsten van prestatie­meting mogen toelichten.

De IGZ heeft hier bewust op ingezet door de samenwerking met de koepel­organisaties te zoeken, wetenschappelijke verenigingen in het ontwikkel­proces te betrekken, de koppeling tussen prestatie­meting en toezicht zacht te houden en instellingen ruimte te geven voor hun toelichting.

Commitment professionals

Het committeren van professionals verloopt voornamelijk via wetenschappelijke verenigingen, met de Orde als intermediair. Het betrekken van wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling van de indicatoren heeft het commitment onder een deel van de professionals versterkt. Daarbij moet gezegd dat niet alle wetenschappelijke verenigingen actief deelnemen. De IGZ dwingt wetenschappelijke verenigingen niet direct tot deelname, hoogstens via branche­organisaties. Er zijn afspraken gemaakt over o.a. de ontwikkel­ en toets­methoden van indicatoren.

Commitment managers

Managers worden gecommiteerd door een combinatie van dwang en draagvlak. Bestuurlijk draagvlak is geborgd voor de basisset door de deelname van de NVZ, de Orde en de NFU. Dwang is er door de koppeling tussen prestatie­meting en toezicht.

Variëteit en administratieve lasten

Veel kwaliteits­instituten, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars ontwikkelen indicatorenlijsten. De basisset is er slechts één van. De hoeveelheid informatie­vragen aan

instellingen leidt tot een roep om administratieve lastenverlichting. Afstemming van indicatoren(lijsten) wordt gezien als oplossing voor het administratieve lastenprobleem. Dit gaat echter potentieel ten koste van variëteit van indicatoren(lijsten). Deze variëteit is zowel onvermijdelijk als ook functioneel: er zijn veel prikkels om eigen indicatoren(lijsten) te voeren en variëteit doet recht aan verschillende manieren om kwaliteit te meten. Over de positie van de IGZ ten aanzien van dit dilemma is nog onduidelijkheid. De IGZ is betrokken bij twee indicatorenlijsten, die allebei welhaast tegenovergestelde strategieën met betrekking tot afstemming tentoonspreiden (zie tabel 1). Het programma Zichtbare Transparantie is vraaggestuurd, bottom-up en met veel partijen opgezet en incorporeert veel sets en functies. Dit lijkt goed recht te doen aan de variëteit aan belangen die met prestatiemeting gemeend zijn. Tegelijkertijd roept het een aantal vragen op die niet zozeer over de ontwikkeling als wel over het gebruik van de indicatoren gaan. Wordt het aantal indicatoren daadwerkelijk ingeperkt of leidt de betrokkenheid van de vele actoren tot lange vredeslijsten? Is het bovendien te voorkomen dat actoren toch eigen indicatoren gaan ontwikkelen, simpelweg omdat exclusiviteit voor velen (met name de pers) van belang is? De prikkel hiertoe zal worden versterkt wanneer lijsten kunstmatig (en met de beste redenen) kort worden gehouden, en er dus concessies moeten worden gedaan aan enkele functionaliteiten ervan.

Dynamica: introductie van de basisset

De observaties tot nu toe suggereren bewuste strategieën van de IGZ met betrekking tot de gesignaleerde uitdagingen. We willen echter twee nuances aanbrengen. Ten eerste representeren de observaties de huidige situatie en zijn daardoor statisch. Veel keuzes zijn echter een resultante van een roerige introductieperiode van de basisset en zijn daardoor beter te begrijpen vanuit een dynamischer beschrijving. De basisset is geïntroduceerd in een periode van behoefte aan transparantie, zonder dat er vergaande, uitgewerkte initiatieven op tafel lagen. Deze situatie, en de bereidheid van de koepelorganisaties (NVZ, Orde, NFU) om achter de basisset te staan (dwang en draagvlak), heeft een relatief hiërarchische introductie mogelijk gemaakt. Dit was deels bewust. Het gaf het signaal af dat prestatiemeting door de IGZ en de koepels wordt omarmd en dat denken in output daarmee een nieuwe realiteit is. De eerste set was ontwikkeld zonder structurele inbreng van bekende en gezaghebbende borgers van kwaliteit, zoals wetenschappelijke verenigingen, branche-organisaties en het CBO. Er is een bewuste afweging gemaakt tussen kwaliteit van de set en moment van introductie, onder het motto 'better done than perfect'. Verzet van professionals en instellingen na de eerste set heeft geleid tot een spagaat waarin de koepels, als auteurs van de set en representanten van de 'gedupeerden'. Het afstemmingsproces is op verzoek van de koepels geformaliseerd en in een procesdocument vastgelegd. Het committeren van de wetenschappelijke verenigingen was hierbij een noodzaak, omdat het een harde eis betrof van de Orde. De 'good practices' in de vorige paragrafen kunnen daarom deels worden gezien als bewuste strategieën, maar voor een deel ook als een resultante van een leerproces.

Conditie: verharding van de koppeling

De tweede nuance betreft de omgeving van de IGZ en haar partners. Zij verkeerden bij het ontwikkelen van de basisset niet in een vacuum. Dit komt het meest prominent naar voren door de publicaties in de media. De zachte koppeling tussen prestatiemeting en toezicht wordt verhard door weinig genuanceerde publicaties in de pers op basis van de gegevens van de IGZ. Dit is mogelijk omdat de resultaten wettelijk openbaar zijn. Deze publicaties zorgden enerzijds voor snelheid, anderzijds brengen ze het gevaar van betekenisloze informatie met zich mee, omdat zowel professionals (aantasting van autonomie) als managers (imago schade,

marktaandeel) prikkels zullen ondervinden tot strategisch gedrag bij het invullen van vragenlijsten.

Reflectie: de positie van de IGZ

In hoofdstuk 2 hebben we het stelsel vergeleken met een netwerk: een stelsel van veel verschillende actoren met veel wederzijdse afhankelijkheden. Uit de casestudie blijkt wel de afhankelijkheid van IGZ ten opzichte van de instellingen. Dit gaat via minstens twee lijnen: de IGZ is ten eerste afhankelijk van de kwaliteit van de informatievoorziening van instellingen en de IGZ is ten tweede (mede hierdoor) afhankelijk van het draagvlak voor prestatiemeting onder instellingen en professionals, wat hen tot concessies dwingt met de koepelorganisaties. Dit geeft aan dat de IGZ niet de rol speelt van de hiërarchische toezichthouder in een stelsel waarbij publieke waarden uitsluitend geborgd wordt met wet- en regelgeving. De wet noch de IGZ stelt strakke normen om de instellingen later te controleren op het behalen daarvan. De IGZ lijkt eerder voorzichtig en betreft expertise vanuit zoveel mogelijk partijen voor het toezichtsproces van indicatorontwikkeling tot handhaving. De introductie van de basisset was relatief hiërarchisch, maar dat was ten eerste geen inhoudelijke ingreep en ten tweede sterk bepaald door de condities waarin de introductie plaatshad (beperkte initiatieven vanuit het veld en de bereidheid van koepels om mee te werken).

Publieke waarden kunnen, naast middels wet- en regelgeving, ook worden geborgd middels een competitieve markt. Transparantie is voor een dergelijke markt een belangrijke voorwaarde. Uit het onderzoek is echter naar voren gekomen dat transparantie ook bedreigingen in zich herbergt voor het nalevingstoezicht. Ten eerste leidt transparantie, als hierboven beschreven tot een belangrijk motief voor instellingen om betekenisloze informatie te verschaffen, wat schadelijk is voor nalevingstoezicht. De IGZ benadert de resultaten van prestatiemeting weliswaar met enige voorzichtigheid, de pers doet dat minder. Managers van instellingen ergeren zich enerzijds aan de kwaliteit van de publicaties in de media, anderzijds nemen zij de publicaties bijzonder serieus, omdat deze potentieel bedreigend zijn voor hun imago. Ten tweede kan, paradoxaal genoeg, transparantie bedreigend zijn voor normstellende instellingen, zoals de IGZ in haar hoedanigheid van nalevingstoezichthouder. Wanneer er immers misstanden worden geconstateerd bij een instelling, deze breed wordt uitgemeten in de media en blijkt dat de instelling recent positief is beoordeeld, dan kan er gezags- en imagoschade optreden voor de normstellende instelling. Ten derde blijkt de behoefte aan transparantie te leiden tot een veelheid aan informatievragen, waarvan de lijst van de IGZ er slechts één is. Het risico van imagoschade (in een competitieve markt) leidt er toe dat managers van instellingen weinig geneigd zijn informatieverzoeken te weigeren. De drie punten geven aan dat transparantie en nalevingstoezicht op gespannen voet met elkaar kunnen staan. De IGZ heeft er voor gekozen om de spanning tussen transparantie en nalevingstoezicht op te zoeken. Transparantie wordt gepresenteerd als een belangrijk motief om met prestatiemeting te beginnen. Om daadwerkelijke (eventuele) schadelijke gevolgen te meten, zal gekeken moeten worden naar de kwaliteit van de selectie van het toezicht op basis van prestatiemeting in de loop van de tijd.

Tenslotte bepalen de spanningen tussen publieke waarden en (private) waarden van instellingen of in- en extern toezicht zouden kunnen worden uitgeruild. Dit uitruilen zou getuigen van een vergaande institutionele verankering van de betreffende publieke waarden. Het meest prominente voorbeeld van een spanning tussen publieke en private waarden is het probleem van de administratieve lasten. Het voldoen aan informatieverzoeken is kostbaar voor de instelling. Het versturen van informatieverzoeken aan instellingen is bevorderlijk

voor transparantie en het recht doen aan verschillende functies van prestatiemeting. Over de positie van de IGZ op dit dilemma is nog onduidelijkheid. Het probleem van de administratieve lasten is niet per se marktfalen of overheidsfalen, omdat de informatieverzoeken van veel verschillende partijen komen, waaronder overheid, semi-overheid en private partijen. Het probleem is derhalve 'systemisch' van aard, resultante van een hybride stelsel.

Het is hierdoor onduidelijk wie zich als probleemeigenaar zou moeten opwerpen en wie deze volgende uitdaging van afstemming aan zou moeten gaan.

Bijlage 1: Lijst van respondenten

Drs. M. Bennema	Adviseur	Orde
Drs. C.G.H. Bredenhof	Staflid Raad van Bestuur	UMCU
A. Buurma	Inspecteur	IGZ
Dr. B.P. Geerdes	Medisch adviseur	ZN
Drs. F.V.M.J. van der Heijden	Hoofd NIAZ-bureau	NIAZ
Drs. H.J. Kouwenhoven	Directeur Kwaliteit en Innovatie	vh. ActiZ (pers. titel)
Dr. A.L. den Ouden	Inspecteur	IGZ
Prof.dr. W.M. Schellekens	Hoofdinspecteur Curatieve Zorg	IGZ
Drs. A.J. Serné	Senior Stafadviseur	IGZ
Prof. Dr. M.J.B. Taphoorn	Neuro-oncoloog	NVVN
Mr. Drs. R.W. Verrips	Senior- Beleidsadviseur	NVZ

Bijlage 2. Lijst van gebruikte afkortingen

AD	: Algemeen Dagblad
AIRE	: Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
CBO	: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CQI	: Consumer Quality Index
HKZ	: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
iBMG	: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IGZ	: Inspectie voor de gezondheidszorg
NFU	: Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra
NIAZ	: Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NPCF	: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NVN	: Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVZ	: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Orde	: Orde van Medische Specialisten
PGO	: Fonds Patiëntenorganisaties, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden
RIVM	: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
UMC Utrecht	: Universitair Medisch Centrum Utrecht
VAZ	: Vereniging Academische Ziekenhuizen
ZN	: Zorgverzekeraars Nederland