

# 11

## Transparantie van kwaliteit

### 11.1 Inleiding

De vorige Zorgbalans bevatte een hoofdstuk over de effecten van de stelselwijziging. In dat hoofdstuk werd geconcludeerd dat goede en structurele informatie over kwaliteit op dat moment nog ontbrak maar dat er ontwikkelingen gaande waren die zouden kunnen leiden tot meer informatie hierover (Westert et al., 2010). Vier jaar later blijkt dat inderdaad het geval te zijn geweest. In dit hoofdstuk gaan we in op deze ontwikkelingen en laten we zien wat deze hebben opgeleverd voor de transparantie van kwaliteit van zorg. Transparantie over de kosten van zorg valt buiten de scope van dit hoofdstuk.

### 11.2 Transparantie van kwaliteit: doel en functie

#### **Wat is transparantie van kwaliteit?**

De term transparantie verwijst naar zichtbaarheid. Het gebruik van de term is in stukken van de Tweede Kamer over de gezondheidszorg ongeveer vertienvoudigd in de periode 1995-2013. Buiten de gezondheidszorg liet het gebruik van de term een vergelijkbare stijging zien in dezelfde periode. De populariteit van het begrip transparantie is dus zeker niet uniek voor de gezondheidszorg (Scholtes, 2012).

**Figuur 11.1:** Het aantal keer dat het woord ‘transparant’ voorkomt in tweede kamerstukken over de gezondheidszorg, 1995-2013 (Bron: SDU-database).



De term transparantie wordt in verschillende contexten met verschillende betekenissen gebruikt. Kwaliteit van zorg wordt in deze Zorgbalans omschreven als effectief, veilig en vraaggericht. Transparantie van kwaliteit gaat dus over de zichtbaarheid van deze zaken. Het gaat hierbij vooral om informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders en verzekeraars. Het transparant of zichtbaar maken van kwaliteit van zorg is daarbij geen doel op zich maar een middel om kwaliteit te borgen of te bevorderen. Een belangrijk principe is dat de kwaliteit van een individuele zorgaanbieder of verzekeraar kan worden vergeleken met andere aanbieders en verzekeraars. Zonder vergelijking is vaak niet duidelijk of de resultaten van kwaliteitsmetingen goed of slecht zijn en of kwaliteitsverbetering bij een zorgaanbieder al dan niet nodig is. We definiëren transparantie van kwaliteit van zorg dan ook als de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders of verzekeraars.

### **Voor wie moet kwaliteit van zorg transparant zijn en waarom?**

In tabel 11.1 onderscheiden we vier belangrijke actoren in de gezondheidszorg die belang hebben bij inzicht in kwaliteit van zorg: zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. De meeste aandacht lijkt uit te gaan naar de zorggebruiker. Dit past ook bij de keuze van de overheid voor een vraaggestuurd stelsel waarbij de zorggebruiker zijn verzekeraar en zorgaanbieder zelf kan kiezen (VWS, 2001; NZa, 2009; WMG, 2006). Kwaliteit van zorg dient dus transparant te zijn voor zorggebruikers om een rol te kunnen spelen bij de keuze voor een zorgaanbieder. Zorggebruikers zouden ook een keuze moeten kunnen maken voor een verzekeraar. Dit kan geschieden op basis van informatie over geboden service, de dekking, de gecontracteerde zorgaanbieders en de kwaliteit van de zorg die deze zorgaanbieders leveren.

**Tabel 11.1:** De functie van transparantie voor verschillende actoren in de zorg.

Zorggebruiker	Kiezen van een zorgaanbieder Kiezen van een zorgverzekeraar
Zorgaanbieder	Interne kwaliteitsverbetering Verantwoording naar verzekeraars en samenleving
Zorgverzekeraar	Inkopen op basis van kwaliteitscriteria
Overheid	Uitoefenen van toezicht Houdbaarheid: stimuleren van kwaliteit en betaalbaarheid

Zorgaanbieders willen informatie over kwaliteit om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en om extern verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraars en aan de samenleving. Dit laatste wordt steeds belangrijker aangezien de laatste jaren – mede als gevolg van meer transparantie – steeds duidelijker wordt dat er kwaliteitsverschillen bestaan. Daarmee groeit de wens dat zorgaanbieders zich verantwoorden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. In een recente beleidsbrief wordt in dit verband gesproken over de informatieparadox. Dit is het fenomeen dat transparantie enerzijds helpt bij kwaliteitsverbetering, terwijl deze anderzijds het vertrouwen van de samenleving in de kwaliteit van zorg aantast omdat onaanvaardbare situaties eerder en vaker aan het licht komen (VWS, 2013k).

Als derde partij onderscheiden we de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren steeds meer ruimte gekregen om te onderhandelen over de prijs en inhoud van de zorg (zie ook *hoofdstuk 12*). Het is van groot belang dat deze onderhandelingen niet alleen over de prijs maar ook over de kwaliteit van zorg gaan. Anders zou een ongewenste uitruil tussen kwaliteit en prijs kunnen plaatsvinden (VWS, 2013l). Transparantie van kwaliteit is dus essentieel voor evenwichtige onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Tot slot is de overheid een partij die belang heeft bij transparantie van kwaliteit van zorg. Voor de overheid is transparantie een instrument om kwaliteit van zorg te borgen of te bevorderen. Dit instrument wordt op verschillende manieren ingezet. Allereerst speelt transparantie een belangrijke rol in het systeem van gereguleerde concurrentie. De gedachte hierachter is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars concurreren op prijs én op kwaliteit. Dit moet leiden tot beheersing van kosten (prijsconcurrentie) bij gelijkblijvende of stijgende kwaliteit van zorg (kwaliteitsconcurrentie) (VWS, 2013l). Dit werkt alleen als naast de prijs ook de kwaliteit van zorg transparant is.

Een tweede toepassing van transparantie van kwaliteit door de overheid betreft het toezicht door de IGZ. Een belangrijke ontwikkeling in dit verband betreft de risicoselectie: de IGZ bezoekt vooral die instellingen waar op basis van kwaliteitsinformatie een mogelijk risico op onverantwoorde zorg bestaat. Dit moet de IGZ in staat stellen om met beperkte capaciteit een dekkend toezicht uit te oefenen (Kruikemeier et al., 2010).

Tot slot biedt transparantie van kwaliteit van zorg de overheid de mogelijkheid om de effecten van beleid, beleidswijzigingen en demografische ontwikkelingen op de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te monitoren. Het gaat hierbij vooral om het algemene niveau van de gezondheidszorg en een algemene indruk van eventuele praktijkvariatie.

Kwaliteitsinformatie wordt voor verschillende doeleinden gebruikt. Zo richten zorgverleners zich veelal primair op medisch technische aspecten van kwaliteit (Feinstein, 2002) terwijl patiënten doorgaans ook veel belang hechten aan de relatie met de zorgverlener (De Boer et al., 2011). De verschillende actoren en gebruiksdoelen vragen dan ook verschillende typen kwaliteitsinformatie.

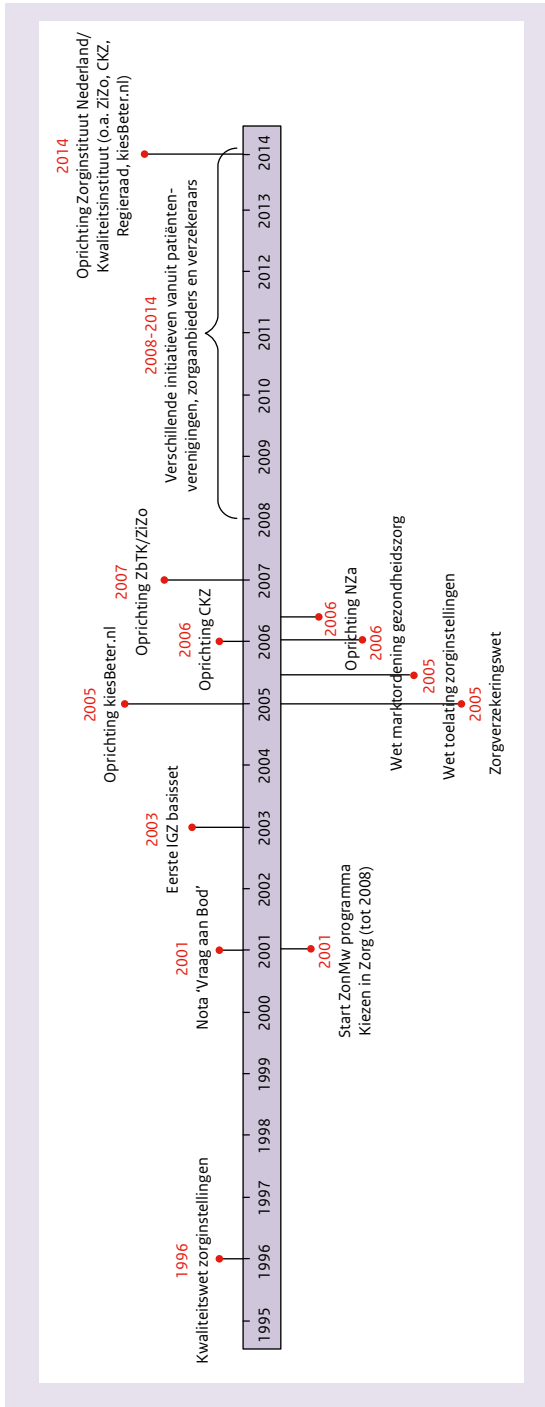
### 11.3 Ontwikkeling van transparantie van kwaliteit: een korte geschiedenis

#### **Activiteiten van de overheid**

De afgelopen jaren zijn veel initiatieven ontplooid om transparantie van kwaliteit te bevorderen. Aan de hand van een tijdlijn schetsen we een globaal beeld van de geschiedenis van transparantie van kwaliteit van zorg (zie *figuur 11.2*). In de jaren '90 werd de term transparantie in politiek en media nog betrekkelijk weinig gebruikt (Scholtes, 2012). Ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) uit 1996 komt het woord transparantie als zodanig niet voor (Kwz, 1996). Toch vormt deze wet een belangrijke stap in de richting van transparantie van kwaliteit van zorg. De wet regelt namelijk onder meer dat zorgaanbieders jaarlijks openbaar verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg (artikel 5). In diezelfde periode was ook de discussie over marktwerking in de gezondheidszorg in volle gang. Dit leidde in 2001 tot de nota 'Vraag aan Bod' (VWS, 2001) die zowel een bezinning op het zorgstelsel bevatte als de visie van het toenmalige kabinet op de noodzakelijke vernieuwingen daarop. Belangrijke elementen uit deze nota zijn meer vraagsturing, marktwerking en concurrentie. Belangrijke randvoorwaarde was het verhogen van transparantie bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hetzelfde jaar startte ZonMw het programma 'Kiezen in Zorg'. Dit programma sloot nauw aan bij de visie uit deze nota en had als doel de zorg meer vraaggeënteerd te maken en de sturing door zorggebruikers te vergroten. Daarnaast ontwikkelde de IGZ een basisset prestatie-indicatoren die in 2003 voor het eerst naar de ziekenhuizen werd gestuurd en die moest leiden tot openbare informatie over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen (Meijering, 2003).

Ondertussen werkte de overheid haar visie uit in wetten en nieuw beleid dat heeft geleid tot de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZ, 2005), de Zorgverzekeringswet (ZVW, 2005) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO, 2006) in 2005 en 2006. Deze wetten dienden concurrentie en vraagsturing in de zorg te bevorderen, waarbij transparantie van kwaliteit van zorg en zorgverzekeringen herhaaldelijk werden benoemd als belangrijke randvoorwaarden. De overheid nam in dezelfde periode dan ook enkele belangrijke initiatieven om de transparantie van kwaliteit van zorg en zorgverzekeringen te verbeteren. Zo

**Figuur 11.2:** Tijdlijn met belangrijke gebeurtenissen voor het bevorderen van transparantie van kwaliteit.



werd de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het leven geroepen. Deze kreeg een rol als marktmeester in de zorg en moest onder meer toezicht houden op de mate van transparantie van kwaliteitsinformatie. Tevens kreeg het RIVM de opdracht om een website met (keuze-) informatie voor zorggebruikers te ontwikkelen (kiesBeter.nl). Daarnaast werd met subsidie van de overheid de stichting Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Deze moest een methode voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief beheren en doorontwikkelen (de Consumer Quality Index; CQ-index of CQI). Tot slot heeft de overheid via het programma Zichtbare Zorg financiële en secretariële ondersteuning beschikbaar gesteld aan veldpartijen om indicatorensets te ontwikkelen.

### **Initiatieven van veldpartijen**

Niet alleen de overheid heeft zich ingespannen om transparantie van kwaliteit te bevorderen, ook veldpartijen zijn hier op veel verschillende manieren mee bezig geweest. Zo hebben brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en verzekeraars zitting genomen in stuurgroepen die met ondersteuning van Zichtbare Zorg indicatoren ontwikkelden en uitvoerden. Tevens hebben deze partijen bijgedragen aan de ontwikkeling van vragenlijsten voor de CQ-index (Hopman et al., 2011). Daarnaast hebben verschillende veldpartijen eigen initiatieven ontplooid. Zo hebben de zorgverzekeraars een stichting opgericht die metingen met CQ-index vragenlijsten coördineert om hen van informatie te voorzien (Stichting Miletus). Ook hebben de zorgverzekeraars een stichting opgericht voor het meten van kwaliteit van zorg met behulp van zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROMs; PROMSNederland). De bedoeling hiervan is om te meten welke gezondheidswinst patiënten ervaren van een behandeling en om te bekijken of dit verschilt tussen zorgaanbieders. De Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie (NPCF) heeft een website opgericht waar patiënten hun zorgaanbieders kunnen beoordelen en hun ervaringen kunnen delen ([www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl)). Tot slot zijn de zorgaanbieders in verschillende sectoren bezig om hun eigen kwaliteitsregistraties op te zetten met als doel de kwaliteit van zorg te monitoren, borgen en verbeteren (DICA, 2013a; ROM, 2013).

In *paragraaf 11.5* gaan we dieper in op een aantal voornoemde initiatieven. Verschillende veldpartijen hebben eigen initiatieven ontplooid. Kennelijk was er behoefte aan aanvullende initiatieven naast de initiatieven van de overheid. Daarnaast verandert de rol die de overheid voor zichzelf ziet bij het bevorderen van transparantie. Zo is in 2010 door het toenmalige kabinet besloten om verschillende activiteiten op het gebied van pakketbeheer, richtlijnontwikkeling en transparantie van kwaliteit onder te brengen in één nationaal instituut voor de zorg (VWS, 2010a). In de jaren daarna is dit concept verder ontwikkeld tot het Zorginstituut Nederland dat in de loop van 2012 en 2013 is ingericht en waar onder meer Zichtbare Zorg, het CKZ en kiesBeter.nl in op zijn gegaan. Gedurende 2013 bestond het Zorginstituut formeel echter nog niet, hangende de behandeling van een wetsvoorstel waar de eerste kamer eind 2013 mee in heeft gestemd. Per 1 April 2014 is het Zorginstituut formeel operationeel. Uit de voorbereidende werkzaamheden van het Zorginstituut is al duidelijk geworden dat het initiatief voor het ontwikkelen van indicatoren en het uitvoeren van metingen veel meer bij het veld wordt gelegd dan bij Zichtbare Zorg het geval was.

## 11.4 Hoe ontstaat transparantie van kwaliteit en aan welke voorwaarden moet het voldoen?

Alvorens in te gaan op de stand van zaken rond transparantie van kwaliteit, staan we kort stil bij de wijze waarop transparantie tot stand komt en welke voorwaarden worden gesteld aan kwaliteitsinformatie.

### **Definiëren wat kwaliteit is: verschillende perspectieven**

Er zijn verschillen tussen de eerdergenoemde actoren (zie *tabel 11.1*) in wat zij verstaan onder kwaliteit van zorg en aan welke kwaliteitsaspecten zij meer of minder belang hechten. Zo hechten patiënten doorgaans veel belang aan de communicatie en de relatie met de zorgverlener (De Boer et al., 2011) terwijl zorgverleners zich vaak primair richten op medisch technische aspecten van kwaliteit (Feinstein, 2002). Teneinde recht te doen aan de verschillende perspectieven van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars, werken deze partijen regelmatig samen bij het definiëren van kwaliteit en het onderscheiden van verschillende aspecten van kwaliteit.

### **Kwaliteit meten: meetinstrumenten en indicatoren definiëren**

Een volgende stap in het transparant maken van kwaliteit is het vertalen van kwaliteitsaspecten naar indicatoren. Een indicator is 'een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg' (RGO, 1990). Doorgaans wordt bij het ontwikkelen van indicatoren geput uit twee bronnen: registraties van zorgaanbieders (zorginhoudelijke indicatoren) en meetinstrumenten voor het meten van patiëntervaringen (CQ-index of PROMs). Er zit wel een grens aan het aantal vragen dat redelijkerwijs in een vragenlijst voor patiënten kan worden opgenomen of aan de hoeveelheid gegevens die instellingen kunnen registreren. Er is dus een beperkte ruimte om zorginhoudelijke indicatoren en patiëntervaringen uit te vragen. Idealiter overleggen de verschillende actoren dan ook over de inhoud van de indicatoren, zodat verschillende informatiebehoeften zoveel mogelijk worden gedekt met één indicatorenset.

### **Metingen uitvoeren: standaardisatie en vergelijkbaarheid borgen**

Bij het vergelijken van zorgaanbieders of zorgverzekeraars is het van belang dat de gevonden verschillen ook echt verschillen in kwaliteit van zorg zijn. Dit betekent dat metingen zoveel mogelijk gestandaardiseerd moeten plaatsvinden zodat vertekening van gegevens wordt voorkomen. Dat deze standaardisatie niet altijd even eenvoudig te realiseren is, komt later nog aan de orde. Ook zijn inspanningen nodig om de privacy van patiënten te waarborgen en te voorkomen dat (medische) gegevens of onderzoeksresultaten te herleiden zijn naar individuele patiënten.

### **Resultaten verwerken: vergelijken, onderscheiden en presenteren**

Bij het verwerken en analyseren van de resultaten komen verschillende onderzoekstechnische kwesties aan de orde. Zo wordt vaak op grond van meetresultaten bekeken of een indicator ook meet wat de indicator beoogt te meten (validiteit) en of de metingen met die indicator

voldoende precisie hebben (betrouwbaarheid). Voor validiteit en betrouwbaarheid geldt 'hoe hoger hoe beter'. Naast validiteit en betrouwbaarheid is ook de vergelijkbaarheid van resultaten tussen zorgaanbieders van belang. Verschillen op indicatorscores kunnen niet altijd worden toegeschreven aan zaken waar zorgverleners invloed op hebben. Zo kan de ene zorgaanbieder een 'moeilijkere patiëntenpopulatie' hebben dan de andere. Dat kan een vergelijking tussen beide zorgaanbieders vertekenen. Soms kan men dit oplossen met een statistische correctie: casemix correctie (Van den Bosch et al., 2010).

Een ander belangrijk thema betreft de mate waarin resultaten ook daadwerkelijk verschillen laten zien tussen zorgaanbieders. In de praktijk komt het geregeld voor dat metingen met indicatoren weinig tot geen verschillen laten zien tussen zorgaanbieders. Wanneer een indicator veel verschillen laat zien tussen zorgaanbieders of zorgverzekeraars zijn de resultaten beter te gebruiken. Naarmate verschillen groter zijn, kan met kleinere steekproeven worden volstaan. Dit heeft praktische voordelen (De Boer et al., 2011). Wanneer we kijken naar het gebruik van de kwaliteitsinformatie is het dus wenselijk dat die informatie veel verschillen laat zien. Niettemin kan het ook nuttig zijn om te weten dat sommige kwaliteitsaspecten niet (meetbaar) verschillen tussen zorgaanbieders.

De laatste stap in het transparant maken van kwaliteit van zorg is het ontsluiten van kwaliteitsinformatie. Daarbij gaat het niet alleen om de vraag óf kwaliteitsinformatie toegankelijk is, maar ook in welke vorm. Is de informatie herleidbaar tot zorgaanbieders of gaat het om gegevens op sectorniveau? En is de informatie op een begrijpelijke wijze gepresenteerd en is deze voldoende toegesneden op de gebruikers van die informatie? Deze kwesties zijn doorslaggevend voor het uiteindelijk gebruik van kwaliteitsinformatie.

### **Bestaande richtlijnen en standaarden voor meetinstrumenten**

Om uniformiteit aan te brengen in de ontwikkeling en het gebruik van meetinstrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg zijn de afgelopen jaren documenten met richtlijnen ontwikkeld. Voor de ontwikkeling en het gebruik van CQI vragenlijsten zijn handboeken en werkinstructies verschenen (Koopman et al., 2011). Daarnaast is in de vorm van de Indicatorstandaard een beoordelingskader voor de kwaliteit van zorginhoudelijke indicatoren verschenen (Koolman et al., 2012). Zowel de CQI Handboeken als de Indicatorstandaard zijn grotendeels gebaseerd op bestaande uitgangspunten en wetenschappelijke principes. Beiden zijn belangrijke pijlers van een overkoepelend toetsingskader dat Zorginstituut Nederland recent heeft gelanceerd (Zorginstituut Nederland, 2014c). Dit toetsingskader is bedoeld voor het toetsen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die bij het instituut kunnen worden aangeboden voor opname in een register. De verschillende perspectieven op kwaliteit krijgen een prominente plaats in het toetsingskader van het Zorginstituut: de betrokkenheid van alle relevante partijen (doorgaans patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) is een nadrukkelijke voorwaarde voor opname van een kwaliteitsstandaard of een meetinstrument in het register (Zorginstituut Nederland, 2014c).

Samengevat vormen het definiëren van kwaliteit van zorg samen met het operationaliseren van kwaliteit in meetbare indicatoren een belangrijke stap in het transparant maken van



kwaliteit. Essentieel bij deze stappen zijn de actoren die worden betrokken aangezien zij verschillende perspectieven op kwaliteit (kunnen) hebben. Vervolgens spelen verschillende onderzoekstechnische kwesties een rol die deels al zijn uitgekristalliseerd in concrete voorwaarden en criteria (Koolman et al., 2012; Koopman et al., 2011; Zorginstituut Nederland, 2014c). Alleen voor de wijze waarop gegevens worden ontsloten en gepresenteerd, lijken heldere criteria nog te ontbreken. Mogelijk speelt hierbij een rol dat het helder presenteren van informatie om een vereenvoudiging vraagt die ten koste zou kunnen gaan van volledigheid en nuance.

## 11.5 Stand van zaken transparantie: een impressie van initiatieven

De afgelopen jaren hebben veel ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van transparantie van kwaliteit. In deze paragraaf beschrijven we enkele casussen die transparantie van kwaliteit van zorg tot doel hadden. Het gaat om Zichtbare Zorg, de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), de PROMs, de ROM, de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), kiesBeter.nl en ZorgkaartNederland. Bij de selectie van deze casussen is rekening gehouden met de grootte en impact van het initiatief en is getracht een goede mix van initiatieven vanuit verschillende actoren samen te stellen. De selectie is relevant en illustratief maar niet volledig. De beschrijving van de casussen is gebaseerd op openbare informatie zoals rapporten, artikelen, nieuwsberichten en websites.

Bij de beschrijving van de casussen worden de stappen in het ontwikkelen van transparantie van kwaliteit uit de vorige paragraaf meegenomen: we bekijken van welke actor(en) het initiatief kwam, welke actoren verder nog betrokken waren, wat het doel was, hoe kwaliteit werd gedefinieerd, welke kwaliteitsinformatie de casus heeft opgeleverd, voor wie deze informatie toegankelijk was en wat de kwaliteit van de informatie was. De bestudering van de genoemde casussen leverde de volgende kernbevindingen op:

- Kwaliteit van zorg wordt op verschillende manieren gedefinieerd: van het naleven van richtlijnen en lage ziekenhuissterfte tot goede patiëntervaringen en patiëntgerapporteerde uitkomsten. Dit levert zeer uiteenlopende vormen van kwaliteitsinformatie op.
- Metingen concentreren zich op twee informatiebronnen: registraties van zorgaanbieders en ervaringen van patiënten (voornamelijk middels vragenlijsten).
- De actoren uit *tabel 11.1* (zorggebruiker, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en overheid) staan allemaal aan de basis van één of meer initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken.
- Het blijkt lastig om tot goede kwaliteitsinformatie te komen. Vrijwel ieder initiatief heeft te maken met kritiek op de kwaliteit en/of de inhoud van kwaliteitsinformatie. Dit geldt in grote mate voor Zichtbare Zorg en de HSMR en nauwelijks voor de DICA.
- De toegankelijkheid van informatie van de verschillende initiatieven varieert sterk: van volledig openbaar en herleidbaar tot zeer beperkte toegang voor één of enkele partijen anders dan de initiatiefnemer.

- Soms zijn er hoge drempels voor toegankelijke informatie, bijvoorbeeld als de informatie versnipperd is of als informatie een groot beroep doet op aanvullende kennis of cognitieve vaardigheden van de gebruiker.

Hieronder volgt een gedetailleerde uitwerking van iedere casus. Het uiteindelijk gebruik van de informatie bespreken we in *paragraaf 11.6* waar we per actor een beeld schetsen van het gebruik van kwaliteitsinformatie.

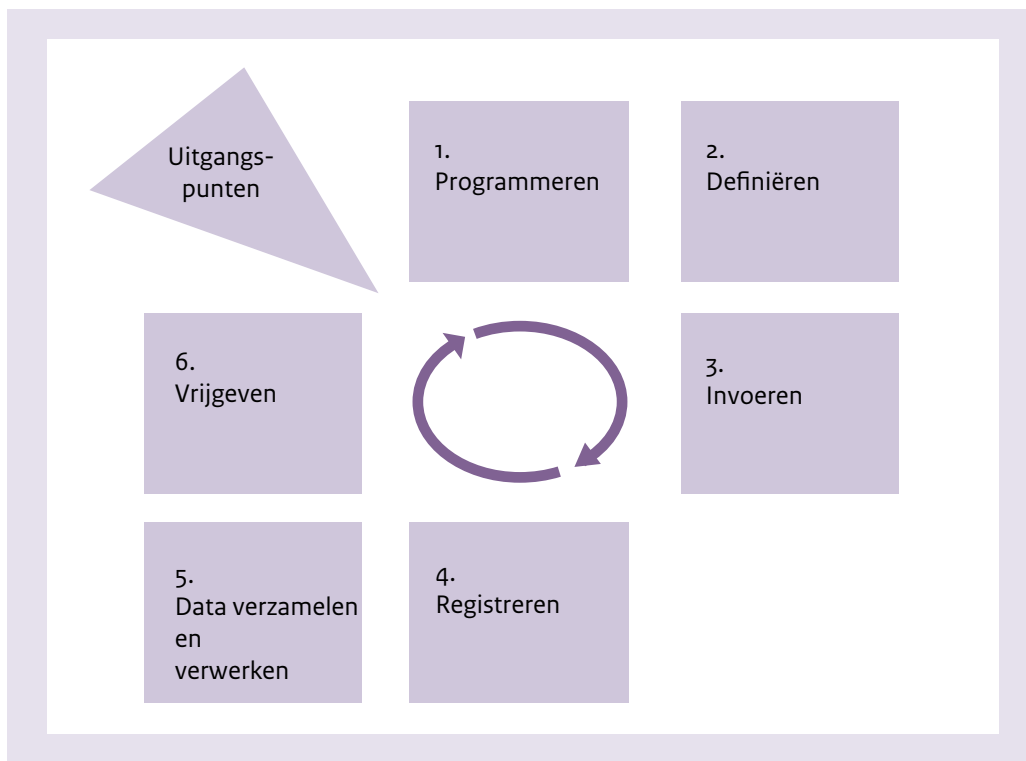
### Zichtbare Zorg

Initiatief	Overheid
Betrokken actoren	Patiënten en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, IGZ
Doel	Gezamenlijk indicatoren ontwikkelen, uitvragen en gebruiken
Kwaliteitsdefinitie	Niet expliciet / eenduidig; verschilt per sector
Kwaliteitsinformatie	Scores op verschillende indicatoren in verschillende sectoren
Toegankelijkheid van informatie	Grotendeels openbaar en herleidbaar. Op websites gepresenteerd en/of alleen opvraagbaar als excelbestand.
Kwaliteit van de informatie	Bekritiseerd door onder meer zorgaanbieders en Algemene Rekenkamer. Indicatoren voldoen vaak niet aan de criteria uit de Indicatorstandaard en de registratie laat te wensen over.

De oprichting van Zichtbare Zorg werd geïnitieerd en gefinancierd vanuit de overheid. Zichtbare Zorg begon in 2007 onder de naam Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK) en werd ondergebracht bij de IGZ. Zichtbare Zorg had als taak om veldpartijen (lees: organisaties die de actoren uit *tabel 11.1* vertegenwoordigen) te ondersteunen bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en het organiseren van metingen. Het doel was dat veldpartijen samen indicatorensets zouden ontwikkelen en gebruiken, waarmee draagvlak voor de indicatoren zou ontstaan. Door het neerleggen van één gezamenlijke informatievraag bij de instellingen, zouden administratieve lasten beperkt blijven. Zichtbare Zorg had de ambitie om de kwaliteit van zorg transparant te maken in de sectoren ziekenhuizen en ZBC's, eerstelijnszorg, farmacie, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

Zichtbare Zorg is het meest omvangrijke initiatief voor het transparant maken van kwaliteit van zorg tot nu toe. De wijze waarop Zichtbare Zorg te werk ging, is vastgelegd in een

**Figuur 11.3:** Werkwijze van Zichtbare Zorg (Bron: ZiZo, 2009).



raamwerk (ZiZo, 2009). De stap ‘Uitgangspunten’ bevat de mogelijkheid om de visie op kwaliteit te formuleren of aan te passen. Voor sommige sectoren zijn visiedocumenten opgesteld (Stuurgroep Verantwoorde Sting, 2005; Stuurgroep Verantwoorde Kraamzorg, 2008). Voor andere sectoren is minder expliciet terug te vinden wat onder kwaliteit van zorg werd verstaan. De overige stappen uit het raamwerk betreffen (zie *figuur 11.3*):

- Programmeren welke indicatorsets gemeten worden
- Definiëren en specificeren van de indicatorsets
- Invoeren (implementeren) van de indicatoren bij zorgaanbieders
- Registreren (meten)
- Data verzamelen en verwerken en vrijgeven van de resultaten

In een rapport van de Algemene Rekenkamer is in kaart gebracht in welke mate het programma Zichtbare Zorg heeft geresulteerd in indicatoren(sets) en in hoeverre daar metingen mee zijn uitgevoerd. Voor iedere sector zijn één of meer indicatorensets ontwikkeld en metingen uitgevoerd (Algemene Rekenkamer, 2013a). Zichtbare Zorg is ook voortvarend geweest met het vrijgeven van de resultaten van metingen. In de meeste gevallen werden de eerste resultaten van metingen met indicatorensets al openbaar gemaakt. Ook zijn de

resultaten van metingen onder vlag van Zichtbare Zorg grotendeels nog steeds opvraagbaar voor iedereen (ZiZo, 2013b). De resultaten zijn voor iedereen toegankelijk; over de kwaliteit van de indicatoren en de bruikbaarheid van de resultaten is de Rekenkamer echter kritisch (zie box 11.1).

**Box 11.1:** Conclusie van de Algemene Rekenkamer ten aanzien van Zichtbare Zorg (Bron: Algemene Rekenkamer, 2013a).

De Algemene Rekenkamer concludeert over Zichtbare Zorg dat:

- Het niet is gelukt om voor elke sector een stabiele en kwalitatief goede indicatorenset te ontwikkelen
- Het enthousiasme voor het programma Zichtbare Zorg en de samenwerking in stuurgroepen bij veel partijen is afgenomen
- Veldpartijen bestaande samenwerkingsverbanden loslaten
- De bruikbaarheid van de indicatorensets (nog) te wensen overlaat voor patiënten, zorgverzekeraars en IGZ

Zichtbare Zorg heeft daarnaast vanuit de partijen in stuurgroepen veel kritiek gehad, vooral vanuit de zorgaanbieders. Zo trok ActiZ zich terug uit onvrede over de verwerking van meetresultaten (De Volkskrant, 2011) en omdat er geen heil meer werd gezien in het gebruik van één indicatorenset voor meerdere doelen (ActiZ, 2012). De Orde van Medisch Specialisten trok eveneens aan de bel met zorgen over de kwaliteit van de indicatoren en de bijbehorende bureaucratie (Orde, 2009). Voorts heeft het AMC onder auspiciën van de NFU een kritisch rapport geschreven over de betrouwbaarheid van de zorginhoudelijke indicatoren van Zichtbare Zorg voor wat betreft de eenduidigheid van definities en registraties. Hieruit kwam naar voren dat de betrouwbaarheid van de indicatoren nog veel te wensen over laat. Dit komt onder meer “...omdat definities verschillend worden geïnterpreteerd met onvergelykbare indicatorencores als gevolg...” (Kringos et al., 2012).

Ook speelt mee dat er een grote diversiteit bestaat in registratiesystemen en dataregistratie tussen ziekenhuizen. Hierdoor worden indicatorgegevens niet altijd voldoende gestandaardiseerd verzameld. De voornoemde bevindingen waren deels of geheel al naar voren gekomen bij een evaluatie in 2008 (ZiZo, 2008) maar speelden in 2012 nog steeds een rol. Naast zorgen over de inhoud en de kwaliteit van de indicatoren bestond ook onvrede over de doorlooptijden vanaf het moment van dataverzameling tot het beschikbaar komen van de resultaten. Dit kon meer dan een jaar duren wat de bruikbaarheid en het draagvlak niet ten goede kwam (Hopman et al., 2011; Kruikemeier et al., 2010).

Zichtbare Zorg heeft niet gebracht wat men er van gehoopt of verwacht had. Dit ligt deels aan de verwachtingen die tamelijk hoog gespannen waren. Zo was de ambitie voor de ziekenhuizen om in 2012 betrouwbare kwaliteitsinformatie voor tachtig aandoeningen beschikbaar te hebben. Het is de vraag of de ontwikkeling en uitrol van tachtig indicatorensets binnen vijf jaar met de kennis van nu wel zo realistisch was. Het is wel denkbaar dat de

onvrede rond Zichtbare Zorg een stimulans zijn geweest voor de ontwikkeling van verschillende andere initiatieven. Hoewel Zichtbare Zorg dus niet aan de verwachtingen voldeed, betrof het wel een leerzame en bepalende stap in de ontwikkeling van transparantie van kwaliteit van zorg.

#### *Hospital Standardized Mortality Ratio*

Initiatief	Zorgaanbieders en onderzoeksbureaus
Betrokken actoren	Zorgaanbieders
Doel	Interne verbetering en externe verantwoording
Kwaliteitsdefinitie	Lage ziekenhuissterfte
Kwaliteitsinformatie	Gecorrigeerde ziekenhuissterfte
Toegankelijkheid van informatie	Deels openbaar en herleidbaar. Openbare tabel gepubliceerd in 2011. In 2012 en 2013 publiceren sommige ziekenhuizen alleen hun eigen resultaten op hun eigen website
Kwaliteit van de informatie	Kritiek op registraties, casemixcorrectie en mogelijkheid van fraude. Kritiek lijkt zich te concentreren op het gebruik voor externe verantwoording. Gebruik voor interne verbetering wordt gesteund

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) betreft een initiatief om ziekenhuissterfte als kwaliteitsindicator te gebruiken. Hiertoe wordt de sterfte per ziekenhuis gecorrigeerd voor allerlei factoren die van invloed zijn op ziekenhuissterfte, maar die niets te maken hebben met de kwaliteit van zorg die door een ziekenhuis wordt geleverd. Voorbeelden van correctiefactoren zijn leeftijd, geslacht en comorbiditeit. De HSMR is in de jaren '90 van de vorige eeuw ontwikkeld in Engeland (Jarman et al., 1999) en daarna in verschillende andere landen geïntroduceerd, waaronder Nederland (Heijink et al., 2008).

Op verzoek van een projectgroep met daarin de Reinier de Graaf Groep, Ziekenhuisgroep Twente, Prismant, het CBO en het RIVM heeft het Imperial College London begin deze eeuw bekeken of voor Nederland ook een HSMR berekend kon worden (Pronk, 2005). In de jaren daarna werd de HSMR berekend door de Praktijk Index (Hsmr.nl, 2013) totdat Dutch Hospital Data in 2010 de regie naar zich toetrok en de berekening van de HSMR onderbracht bij het CBS (DHD, 2013). De regie lijkt daarmee vooral bij de ziekenhuizen te liggen die met afgevaardigden van de NVZ en NFU het bestuur van Dutch Hospital Data vormen.

De afgelopen jaren hebben verschillende discussies plaatsgehad over de betrouwbaarheid van de registraties waar de HSMR op wordt gebaseerd (Geelkerken et al., 2008; Scholtens, 2010; Van den Bosch et al., 2009; Van den Bosch et al., 2010), de statistische correcties die worden toegepast (Geelkerken et al., 2008; Kool et al., 2007) en de mogelijkheid van fraude (Van der Voort & De Jonge, 2007). Niettemin werd de HSMR in 2011 voor het eerst openbaar gemaakt. Voornoemde discussies blijken daarmee niet van tafel: voor een deel van de ziekenhuizen werd de HSMR niet openbaar gemaakt omdat de aangeleverde gegevens niet voldeden. Daarnaast blijven er artikelen verschijnen die wijzen op problemen met de HSMR (Pouw et al., 2013). De kritiek lijkt zich met name te richten op gebruik van de HSMR voor externe verantwoording aangezien het gebruik van de HSMR voor interne verbetering door de ziekenhuizen wordt gesteund (DHD, 2013). In 2012 en 2013 is het aan de ziekenhuizen zelf overgelaten om hun HSMR al dan niet openbaar te maken. De minister van VWS hecht er echter zeer aan dat ziekenhuizen hun HSMR wel openbaar maken (Skipr, 2013) en sinds 2014 zijn ziekenhuizen hiertoe verplicht (GR, 2013; NZa, 2013).

#### Consumer Quality Index

Initiatief	Overheid en onderzoeksinstituten
Betrokken actoren	Patiënten en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars
Doel	Kwaliteit van zorg definiëren en meten vanuit patiëntenperspectief. Bevorderen van patiëntgerichtheid. Keuze-informatie, verbeterinformatie en zorginkoop-informatie
Kwaliteitsdefinitie	Door patiënten, onder meer gericht op bejegening en informatievoorziening
Kwaliteitsinformatie	Scores op verschillende kwaliteitsaspecten (indicatoren) in verschillende sectoren
Toegankelijkheid van informatie	Deels openbaar en herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Kritiek richt zich op de beperkte verschillen tussen zorgaanbieders die worden gemeten en de geringe aandacht voor uitkomsten van zorg

De Consumer Quality Index (CQ-index of CQI) is een ‘familie’ van vragenlijsten die is ontwikkeld door het NIVEL en de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. De CQ-index is in 2006 in Nederland geïntroduceerd en werd tot en met 2012 beheerd door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Het CKZ werd via het fonds Patiënten en Consumenten Organisaties gefinancierd door het ministerie van VWS.

In de eerste jaarrapportage van het CKZ werd het doel van het CKZ en de CQ-index als volgt omschreven (CKZ, 2008): 'Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) wil vanuit een onafhankelijke en gezaghebbende positie zorgdragen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van een meetstandaard met bijbehorende protocollen (de Consumer Quality Index of CQ-index), waarmee de ervaringen van de consument met de prestaties van (ketens van) zorgverleners en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden.' Het doel is dus om de kwaliteit van zorg zoals patiënten die ervaren in beeld te brengen en vergelijkbaar te maken tussen zorginstellingen.

Door het perspectief van de patiënt als uitgangspunt te nemen sluit de CQ-index aan bij de visie dat de patiënt centraal moet staan en dat zorg patiënt- en vraaggericht moet zijn. Dit krijgt ook vorm in het ontwikkelproces van een vragenlijst. In focusgroepen wordt aan patiënten gevraagd wat zij verstaan onder kwaliteit van zorg om zo belangrijke onderwerpen vanuit patiëntenperspectief voor de vragenlijst te identificeren (Koopman et al., 2011). Het belang van iedere vraag wordt kwantitatief gemeten in testmetingen. De belangsscores die daaruit voortvloeien, worden gebruikt om verbeterpunten te prioriteren of om mee te wegen bij het laten vervallen van vragen ten gunste van kortere vragenlijsten. Naast patiënten zijn ook patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars betrokken bij de ontwikkeling van CQI vragenlijsten middels deelname aan de werkgroep of begeleidingscommissie. De achterliggende gedachte is dat de resultaten voor deze partijen bruikbaar moeten zijn. Hun betrokkenheid bij de ontwikkeling en samenstelling van de vragenlijsten is dus essentieel.

Voor de CQ-index zijn vele metingen gedaan die primair bedoeld waren om vragenlijsten te testen. Er zijn ook reguliere metingen uitgevoerd die tot doel hadden om verschillen in ervaren kwaliteit van zorg tussen instellingen in kaart te brengen. Uit een overzicht van vijf jaar CQ-index (Hopman et al., 2011) blijkt dat reguliere metingen voornamelijk werden geïnitieerd door zorgverzekeraars (via Stichting Miletus). De resultaten werden gedeeld met de betrokken zorginstellingen en er zijn verschillende pogingen ondernomen om de gegevens te gebruiken voor de zorginkoop. Deze pogingen variëren van het meenemen van de resultaten naar onderhandelingen om deze 'niet alleen over geld te laten gaan' (Hopman et al., 2011) en de eis dat er gemeten wordt met de CQ-index tot het opnemen van de CQI-resultaten in pay-for-performance contracten (Groeneweg, 2010) en normen voor al dan niet contracteren van zorgaanbieders (CZ, 2010).

Ook de CQ-index heeft kritiek te verduren gehad. Deze kritiek betrof de geringe verschillen tussen zorgaanbieders die uit CQI-metingen naar voren komen (De Boer et al., 2011; Hopman et al., 2011), de omvang van de vragenlijsten en de bruikbaarheid van de resultaten (Delnoij, 2011; Gerding, 2011; Van Montfoort, 2011). De validiteit en betrouwbaarheid leken minder ter discussie te staan. Deel van de kritiek richtte zich op de focus op ervaringen van patiënten met proces- en structuuraspecten van de zorg waardoor ervaringen met de uitkomsten van zorg te weinig aan de orde zouden komen. Dit laatste punt heeft mede aanleiding gegeven voor de opkomst van Patient Reported Outcome Measures als indicator voor kwaliteit van zorg.

### Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Initiatief	Zorgverzekeraars in samenwerking met adviesbureaus
Betrokken actoren	Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, NPCF
Doel	Zorginkoopinformatie, monitoren van behandeling en kwaliteitsverbetering
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, voornamelijk gericht op verbetering van functioneren over de tijd
Kwaliteitsinformatie	Ontwikkeling in functioneren over de tijd
Toegankelijkheid van informatie	Niet openbaar. Verschillende partijen verzamelen zelf PROMs en delen de resultaten op dit moment nog weinig met elkaar
Kwaliteit van de informatie	Onduidelijk, nog in ontwikkeling

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zijn vragenlijsten voor patiënten die doorgaans betrekking hebben op lichamelijk, mentaal of sociaal functioneren. Dit type vragenlijsten bestaat al tientallen jaren en is vanuit de internationale literatuur op grote schaal voorhanden. PROMs zijn oorspronkelijk ontwikkeld om het functioneren van patiënten over de tijd te monitoren en zo nodig de behandeling bij te stellen (Devlin et al., 2010). Daarnaast worden PROMs gebruikt in klinisch onderzoek om te bekijken of het effect van een behandeling zoals patiënten dat ervaren verschilt tussen interventies (Acquadro et al., 2003). Bekende voorbeelden van PROMs zijn onder meer de SF-36 en de Oxford Hip Score.

De eerste pogingen om PROMs te gebruiken als indicator voor kwaliteit van zorg zijn gedaan binnen een serie pilots in Engeland in 2006 en 2007 (Browne et al., 2007), gevolgd door een grootschaliger uitrol (Devlin et al., 2010). De focus van deze inspanningen ligt met name bij electieve ingrepen. De basisgedachte is dat de zorg moet bijdragen aan het verbeteren van het functioneren, dan wel het remmen van achteruitgang in functioneren waar verbetering niet mogelijk is. Zorgaanbieders die hier beter in slagen leveren in deze redenering een betere prestatie. Het gebruik van PROMs voor het meten van kwaliteit van zorg is dus bij uitstek gericht op de effectiviteit of de 'ervaren uitkomst' van de zorg.

In navolging van de ontwikkelingen in Engeland is in 2011 de stichting PROMs Nederland opgericht door MediQuest, CbusineZ en De Friesland Zorgverzekeraar, ondersteund door KPMG Plexus (PROMs Nederland, 2010). Deze stichting richtte zich vooral op het gebruik van PROMs als kwaliteitsindicator en deed een serie pilots onder verzekerden van De Friesland Zorgverzekeraar en Zorgverzekeraar CZ om de methodiek te kunnen vaststellen, evalueren en eventueel bijstellen. Inmiddels is PROMs Nederland ondergebracht bij Stichting Miletus die voor de zorgverzekeraars CQI-metingen coördineert.



De resultaten van de metingen die PROMs Nederland heeft uitgevoerd, zijn niet openbaar gemaakt. Het is daarom nog onduidelijk wat voor kwaliteitsinformatie PROMs op gaan leveren. De publicaties uit Engeland laten zien dat PROMs-metingen veel nuttige inzichten opleveren, waaronder inzicht in verschillen tussen typen zorgaanbieders (Browne et al., 2008) en sociaaleconomische verschillen in de effecten van behandeling (Neuburger et al., 2013). Het is nog niet bekend of PROMs in Engeland succesvol worden gebruikt voor patiëntkeuze of voor financiële beloningen voor zorgaanbieders.

Naast de vraag welke informatie PROMs in Nederland gaan opleveren en hoe die informatie zal worden gebruikt, speelt nog een discussie over de implementatie van PROMs. Idealiter zou dit in het primaire proces moeten plaatsvinden zodat zorgaanbieders de PROMs-metingen ook direct kunnen gebruiken voor het monitoren van de behandeling en voor interne verbetering. Veel van deze registraties in het primaire proces zijn inmiddels in ontwikkeling maar nog niet zover gevorderd dat aansprekende voorbeelden voor handen zijn waarbij op basis van diezelfde registraties kwaliteit van zorg transparant wordt gemaakt op het niveau van zorgaanbieders.

#### Routine Outcome Monitoring (ROM)

Initiatief	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars
Betrokken actoren	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties
Doel	Monitoren van behandeling, kwaliteitsverbetering, verantwoording
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, voornamelijk gericht op verbetering van functioneren over de tijd
Kwaliteitsinformatie	Ontwikkeling in functioneren over de tijd
Toegankelijkheid van informatie	(Nog) niet openbaar
Kwaliteit van de informatie	Geschikt bevonden voor het monitoren van de behandeling en voor interne verbetering. Kritiek uit het veld voor gebruik als zorginkoopinformatie

Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt toegepast in de GGZ en wordt omschreven als 'het regelmatig meten van uitkomsten van de behandeling om het verloop van de behandeling te monitoren' (De Beurs et al., 2011). De ROM maakt onder andere gebruik van PROMs. In 2010 is de Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgezet waar de ROM-data centraal worden verzameld en kunnen worden bewerkt. De ROM wordt door zowel zorgaanbieders als verzekeraars omarmd (GGZ Nederland & ZN, 2010).

Met de ROM worden meerdere doelen beoogd. Zo wordt de ROM deels gezien als instrument ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van patiënten, maar kunnen instellingen ook leren van een vergelijking van eigen ROM-resultaten met die van andere instellingen. ROM-data kunnen een bron van informatie vormen die bij kan dragen aan het oplossen van wetenschappelijke vraagstukken. Naast deze doelen is ook verantwoording een doel van de ROM en spreekt de Stuurgroep ROM GGZ van het vergelijken van instellingsscores met (landelijke) normgegevens (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). Hoewel de doelen van ROM ook verantwoording aan de zorgverzekeraar omvatten, (Tiemens et al., 2009) stuit dit op verzet omdat de data hiervoor niet geschikt zouden zijn (Van Os et al., 2012). Niettemin lijken de zorgaanbieders wel voornemens om nauw betrokken te blijven bij de ROM teneinde de agenda te bepalen ‘ten aanzien van de zin en onzin van ROM-gegevens en de vergelijkbaarheid ervan’ (NVVP, 2012).

Vooralsnog heeft de ROM nog geen openbaar toegankelijke kwaliteitsinformatie opgeleverd. Het bestuurlijk akkoord 2013-2014 suggereert wel een ontwikkeling in de richting van meer transparantie (GGZ Nederland & ZN, 2013).

#### *Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)*

Initiatief	Zorgaanbieders
Betrokken actoren	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars
Doel	Kwaliteitsverbetering
Kwaliteitsdefinitie	Door zorgaanbieders, onder meer in termen van naleven richtlijnen, morbiditeit, mortaliteit en complicaties
Kwaliteitsinformatie	Scores voor onder meer het naleven van richtlijnen, postoperatieve morbiditeit en mortaliteit en complicaties
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar in de vorm van een jaarrapportage. Openbare informatie niet herleidbaar naar zorgaanbieders. Delen van de informatie beschikbaar voor zorgverzekeraars
Kwaliteit van de informatie	Veel aandacht voor validatie van de registraties. Geschikt bevonden voor interne verbetering

De Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) is een initiatief van medische beroepsgroepen die zich bezighouden met chirurgie en die kwaliteitsgegevens registreren. De DICA is gestart met de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) die in 2006 is opgezet door de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie en de Dutch Colorectal Cancer Group. Sinds januari 2009 is deelnemen aan de DSCA een prestatie-indicator van de IGZ. De opzet van de DSCA was zodanig dat andere

zorgverleners makkelijk konden aanhaken voor de registratie van andere ingrepen. Dit heeft geleid tot de DICA die in 2014 bestaat uit registraties voor zestien verschillende ingrepen/ behandelingen. Zorgverleners registreren continu de benodigde gegevens en krijgen een terugkoppeling waarbij de eigen scores worden afgezet tegen het landelijk gemiddelde. De terugkoppeling wordt frequent geactualiseerd waardoor het voor zorgverleners snel zichtbaar wordt als zij uit de pas lopen. DICA is hiermee primair gericht op het genereren van informatie voor kwaliteitsborging en verbetering (DICA, 2013b).

De oprichting van de DSCA en de DICA werd geïnspireerd door vergelijkbare systemen in de Verenigde Staten, Engeland en Noorwegen. Deze lieten een aanzienlijke verbetering in de kwaliteit van zorg zien tussen het eerste jaar van registratie en latere jaren (Van Venrooij, 2009). Ook in Nederland wijzen de eerste resultaten op gunstige ontwikkelingen: DICA signaleert verbeteringen in kwaliteit van zorg voor darmkanker en een besparing van 20 miljoen euro en schrijft deze ontwikkelingen toe aan de registratie (DICA, 2013c).

Aangezien de DICA door en voor klinici is opgericht, is de kwaliteit van zorg ook vooral vanuit dit perspectief gedefinieerd. Dat is in de jaarrapportages van de DICA terug te zien. Deze richten zich onder meer op de mate waarin richtlijnen worden nageleefd, de postoperatieve morbiditeit en mortaliteit, en complicaties. De jaarrapportages wekken de indruk dat de resultaten bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbetering en tot kwaliteitsverbetering hebben geleid. Het gebruik van gegevens uit de DICA voor andere doelen dan kwaliteitsverbetering lijkt nog weinig uitgekristalliseerd. Zorgverzekeraars Nederland steunt de DICA financieel (ZN, 2012). De DICA en de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat indicatoren die in het voorgaande jaar voldoende valide zijn gebleken, in aanmerking komen om te delen met de zorgverzekeraars. Wel bepaalt elk ziekenhuis zelf of het die gegevens ook werkelijk deelt met de zorgverzekeraars (Kiers, 2013a).

*kiesBeter.nl*

Initiatief	Overheid
Betrokken actoren	Overheid
Doel	Keuze-informatie voor zorggebruikers
Kwaliteitsdefinitie	Niet van toepassing, kiesBeter toont kwaliteitsinformatie die door anderen is ontwikkeld
Kwaliteitsinformatie	Zorginhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen, etalage-informatie
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar, herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Afhankelijk van wat uit andere trajecten wordt geleverd. Kwaliteit van de wijze van presenteren niet voldoende uitgekristalliseerd

Begin 2005 werd op initiatief van het ministerie van VWS de keuzesite kiesBeter.nl gelanceerd. Hiermee werd geanticipeerd op de stelselwijziging die begin 2006 plaatsvond. Het doel van kiesBeter.nl was om mensen van informatie te voorzien over gezondheid en zorg 'zodat zij hierin de juiste beslissingen kunnen nemen'. De informatie op kiesBeter.nl diende keuze-ondersteunend (niet keuze-sturend) te zijn vanuit het idee dat mensen met verschillende behoeften en verschillende voorkeuren ook verschillende keuzes kunnen maken (Van Loon & Tolboom, 2005).

De rol van kiesBeter.nl was vooral het ontsluiten van (kwaliteits-)informatie, niet het ontwikkelen daarvan. Een eigen definitie of benadering van kwaliteit ligt daarbij dan ook minder voor de hand, maar er is wel nagedacht over het soort informatie dat wordt ontsloten. In dit verband onderscheidde kiesBeter.nl drie dimensies: zorginhoudelijke gegevens, patiëntervaringen (bijvoorbeeld de CQ-index) en etalage-informatie (Van Loon & Tolboom, 2005). Etalage-informatie betrof feitelijke informatie zoals locatie, faciliteiten, wachttijden, et cetera. Naast dit soort informatie bevatte kiesBeter.nl ook informatie over de rechten van patiënten, over geneesmiddelen, over zelftesten, et cetera.

Voor de kwaliteit van de informatie was kiesBeter.nl afhankelijk van de indicatoren die zij aangeleverd kregen. De presentatie van de informatie aan het publiek had kiesBeter.nl zelf in de hand. In een proefschrift over keuze-informatie is onder meer gekeken naar de wijze waarop mensen reageerden op keuze-informatie op bestaande websites, waaronder kiesBeter.nl (Damman, 2010). Het bleek dat mensen niet goed uit de voeten konden met de geboden informatie. Zij vonden de geboden informatie al snel teveel maar hadden tegelijkertijd behoefte aan aanvullende informatie. Daarnaast vonden mensen het lastig te interpreteren als een instelling het goed deed op de ene indicator maar slecht op de andere. Voorts gaven mensen vaak aan welke dingen zij belangrijk vonden maar lieten deze niet meewegen als zij een keuze moesten maken (Damman, 2010). Dit suggereert dat de kwaliteitsinformatie - in ieder geval op de geïncludeerde websites, waaronder kiesBeter.nl - lastig te gebruiken was. In 2013 is kiesBeter.nl ondergebracht bij het Zorginstituut Nederland.

## ZorgkaartNederland

Initiatief	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Bohn Stafleu van Loghum (BSL)
Betrokken actoren	NPCF en andere patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars
Doel	Keuze-informatie voor patiënten
Kwaliteitsdefinitie	Goede patiëntwaarderingen; voldoen aan aanvullende criteria keuzehulpen
Kwaliteitsinformatie	Patiëntwaarderingen, testimonials, keuzehulpen
Toegankelijkheid van informatie	Openbaar en herleidbaar
Kwaliteit van de informatie	Beperkt onderzocht. Eerste inzichten lijken kritiek op representativiteit te weerleggen

In 2009 werd ZorgkaartNederland gelanceerd door de NPCF en BSL met steun van Zilveren Kruis Achmea. Sindsdien zijn steeds meer patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars betrokken geraakt. Het doel van ZorgkaartNederland is om zorggebruikers te helpen bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. De kwaliteitsinformatie op de website is voornamelijk gebaseerd op waarderingscijfers van patiënten. Patiënten die waarderingen achterlaten dienen hun ervaringen te beschrijven; zorgaanbieders kunnen daar op reageren. Ook zijn er verschillende keuzehulpen beschikbaar op de website die op een specifieke aandoening zijn gericht. Deze verschaffen aanvullende informatie over keurmerken of over de mate waarin de instelling voldoet aan verschillende criteria van de relevante patiëntenvereniging.

Een punt van zorg rond de waarderingen op een website als ZorgkaartNederland is de representativiteit. Iedereen kan een zorgaanbieder waarderen, ook als zij helemaal niet bij die zorgaanbieder zijn geweest (Skipr, 2010). Daarnaast zouden mogelijk vooral ontevreden en teleurgestelde patiënten de moeite nemen om een waardering achter te laten. In de Verenigde Staten is bekeken hoe patiëntervaringen uit traditionele enquêtes zich verhouden tot online-waarderingen. Hieruit bleek dat zorgaanbieders die gemiddeld of goed scoorden in enquête-onderzoek meer online-beoordelingen kregen dan slecht scorende zorgaanbieders (Gao et al., 2013). De zorg dat vooral teleurgestelde patiënten de moeite nemen om online-waarderingen in te vullen lijkt dus ongegrond.

Voor ZorgkaartNederland zijn inmiddels enkele inzichten beschikbaar met betrekking tot de wijze waarop de online-waarderingen zich verhouden tot resultaten van traditioneel enquête-onderzoek. Het blijkt dat de verdeling van het algemene oordeel goed overeen komt tussen de CQ-index en ZorgkaartNederland (Geesink, 2013). De betrouwbaarheid van gemiddelden die

gebaseerd zijn op weinig waarnemingen bleek wel een punt van aandacht. De geringe aanwijzingen tot dusver ondersteunen de kritiek op ZorgkaartNederland niet. Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van online-waarderingen blijft wel wenselijk.

Voor ZorgkaartNederland beschouwen we, evenals bij kiesBeter.nl, de presentatiewijze als onderdeel van de kwaliteit van de informatie. De presentatiewijze zou gebruik als keuze-informatie moeten ondersteunen. Of dat het geval is, is nog niet onderzocht. Mogelijk spelen de kwesties die naar voren kwamen uit het onderzoek van Damman (2010) met betrekking tot de begrijpelijkheid van keuzewebsites ook hier een rol.

### **Andere initiatieven**

Er zijn nog veel meer initiatieven rondom transparantie van kwaliteit van zorg die niet als casus zijn meegenomen in dit hoofdstuk. Hieronder vallen onder andere de IGZ basisset, Parkinsonnet, de 'Normering Chirurgische Behandelingen' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, diverse klinische registraties, verschillende keuzewebsites en ranglijsten. Een complete beschrijving vraagt veel meer ruimte dan binnen de context van de Zorgbalans mogelijk is en waarschijnlijk ook niet tot hele andere inzichten leiden. Dat een groeiend deel van die initiatieven vanuit de zorgprofessionals zelf komt, illustreert dat transparantie van kwaliteit veel meer is dan alleen een instrument van de overheid om het zorgstelsel te laten werken. De lopende discussies rondom de kwaliteit van kwaliteitsinformatie werpen wel de vraag op in hoeverre deze informatie nu ook zinvol kan worden gebruikt.

## **11.6 Het gebruik van kwaliteitsinformatie**

In deze paragraaf schetsen we een beeld van het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid.

### **Zorggebruikers: kiezen niet of nauwelijks op basis van kwaliteitsinformatie**

Uit veel van bovenstaande casussen blijkt dat zorggebruikers vaak geacht worden te kiezen voor een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar op basis van kwaliteitsinformatie. Veel studies uit binnen- en buitenland lijken echter uit te wijzen dat slechts een kleine minderheid van de zorggebruikers gebruik maakt van kwaliteitsinformatie bij het kiezen van een zorgaanbieder (Faber et al., 2009; Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a). Dit werpt de vraag op wat de veronderstelde voorwaarden zijn voor het gebruik van keuze-informatie en of aan die voorwaarden is voldaan. Uit een analyse van beleidshypotheses kwam naar voren dat beleidsmakers vier voorwaarden onderscheiden voor geïnformeerde keuzes door zorggebruikers (zie *tabel 11.2*).

De eerste voorwaarde betreft de bereidheid van de zorggebruiker om te kiezen, te switchen en ook te reizen voor de zorgaanbieder van zijn of haar keuze. Hier zit een belangrijke bottleneck omdat een groot gedeelte van de zorggebruikers zeer gevoelig is voor de reistijd naar een zorgaanbieder (Victoor et al., 2014; Varkevisser et al., 2010) en voor de keuze graag afgaat op het advies van de huisarts of op eigen ervaringen en de ervaringen van familie en vrienden (Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a; Wolter & Lako, 2012). Daarnaast speelt

**Tabel 11.2:** Voorwaarden voor geïnformeerde keuzes volgens beleidsmakers (Bron: Victoor et al., 2012b).

### Voorwaarden voor de kiezende zorggebruiker

Zorggebruikers zijn bereid om te kiezen/switchen en te reizen. Tevredenheid met de huidige zorgaanbieder is hierbij van invloed

Keuze-informatie over prijs en kwaliteit is beschikbaar

Er zijn voldoende zorgaanbieders om uit te kunnen kiezen

Zorggebruikers zijn vrij om te kiezen en zijn zich bewust van hun keuzevrijheid

een rol dat mensen die tevreden zijn over een zorgaanbieder niet geneigd zijn om te switchen (Boonen et al., 2011).

De tweede voorwaarde is de beschikbaarheid van keuze-informatie over prijs en kwaliteit. In dit hoofdstuk is een verzameling van uiteenlopende initiatieven beschreven die gericht zijn op het genereren van kwaliteitsinformatie. Deze initiatieven leiden echter lang niet altijd tot openbaar toegankelijke kwaliteitsinformatie. Van een deel van de openbare informatie is het bovendien de vraag of het wel keuze-informatie is. Zo zijn de databestanden van Zichtbare Zorg wel openbaar maar niet direct te interpreteren voor de gemiddelde zorggebruiker. Hetzelfde geldt voor de HSMR die versnipperd openbaar wordt gemaakt voor een deel van de ziekenhuizen en dus niet in één handzaam overzicht beschikbaar is. Een deel van de initiatieven richt zich echter wel nadrukkelijk op het aanbieden van keuze-informatie zoals kiesBeter.nl en ZorgkaartNederland. Er zijn dus verschillende bronnen van kwaliteitsinformatie die specifiek zijn gericht op de kiezende zorggebruiker.

De laatste twee voorwaarden betreffen de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid. Bij keuzemogelijkheden gaat het erom of zich voldoende zorgaanbieders binnen een acceptabele afstand van de zorggebruiker bevinden om een keuze te kunnen maken. De mate waarin dat het geval is zal verschillen per zorgvorm en regio en is uiteraard ook onderhevig aan ontwikkelingen rondom concentratie van zorg. Echter, ook wanneer zich voldoende zorgaanbieders binnen een acceptabele afstand bevinden, betekent dat niet zonder meer dat de zorggebruiker een vrije keuze heeft. Voor bijvoorbeeld acute zorg is een keuze vaak helemaal niet aan de orde, laat staan een geïnformeerde keuze. Daarnaast komt het vaak voor dat mensen naar een ziekenhuis gaan om er achter te komen wat er aan de hand is. Op dat moment kunnen zij nog geen geïnformeerde keuze maken omdat ze nog niet weten waar ze voor behandeld zullen worden. Op het moment dat een diagnose wordt gesteld, zijn ze al in behandeling. Hierdoor bestaat een aanzienlijke drempel om dan alsnog een geïnformeerde keuze te maken. Tot slot kunnen zorgverzekeraars de keuzevrijheid voor zorggebruikers fors beperken door polissen aan te bieden waarbij de zorg voor slechts een deel van de zorgaanbieders volledig wordt vergoed. Zo is er bijvoorbeeld een verzekeringspolis beschikbaar voor 2014 waarmee zorggebruikers slechts in 16 ziekenhuizen de zorg 100% vergoed krijgen, terwijl zij in de overige ziekenhuizen 80% vergoed krijgen (Kassa, 2013).

Uiteraard kunnen mensen ook kiezen voor een polis die wel een vrije keuze biedt. Die polissen zijn vaak duurder dan polissen die keuzebeperkingen bevatten en daarmee ook niet voor iedereen weggelegd.

Wanneer we kijken naar de interactie tussen zorggebruiker en zorgverzekeraar blijkt informatie over kwaliteit van zorg daar geen grote rol te spelen. Zorggebruikers vragen de zorgverzekeraar niet vaak om raad bij de keuze voor een aanbieder en zien de zorgverzekeraar ook veelal niet als een betrouwbare bron van informatie over kwaliteit van zorg (Bes et al., 2012a). Ook bij de keuze voor een zorgverzekeraar blijkt dat kwaliteitsinformatie daar een beperkte rol in speelt: de prijs wordt het meest genoemd als reden om te wisselen van zorgverzekeraar (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Met goedkope polissen waarbij de verzekerde maar bij een zeer klein aantal zorgaanbieders terecht kan, lijken zorgverzekeraars hier steeds meer op in te spelen (zie voor meer informatie *hoofdstuk 12*).

Samengevat wordt in wisselende mate voldaan aan de voorwaarden voor geïnformeerde keuzes van zorggebruikers voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. In de gevallen waarin wel aan alle voorwaarden wordt voldaan en zorggebruikers een geïnformeerde keuze willen maken, ondervinden zij vaak moeilijkheden in het keuzeproces. Zorggebruikers hebben vaak moeite om het geheel aan indicatorscores te wegen en voor zichzelf samen te vatten (Hibbard et al., 1997). Bij keuze-experimenten brengen mensen regelmatig prioriteiten naar voren die dan vervolgens niet zijn vertegenwoordigd in hun uiteindelijke keuze (Damman, 2010). Wanneer aan mensen gevraagd wordt om op basis van keuze-informatie de beste aanbieder te selecteren, blijkt dat mensen dit moeilijk vinden (Damman, 2010). Het gegeven dat indicatoren over het algemeen geen grote verschillen laten zien tussen aanbieders maakt het er niet makkelijker op. Immers hoe kleiner de verschillen tussen aanbieders, hoe minder er valt te kiezen. Het ideaal van de kritisch kiezende zorggebruiker is beperkt terug te vinden in de werkelijkheid: weinig zorggebruikers doen een poging een bewuste keuze te maken.

Veel zorggebruikers geven wel aan gevoelig te zijn voor de reputatie van een zorgaanbieder (Dijs-Elsinga et al., 2010). Daarnaast vraagt een groot gedeelte van de zorggebruikers de huisarts om advies of informeert bij familie of vrienden (Van der Geest & Varkevisser, 2012; Victoor et al., 2012a). ZorgkaartNederland wordt 700.000 keer per maand bezocht en publiceert per maand 4.000 nieuwe waarderingen (ZorgkaartNederland, 2014). Kortom, zorggebruikers informeren zich wel maar op een andere manier dan aanvankelijk werd verondersteld en veelal ook voor een ander doel. In plaats van een geïnformeerde en rationele keuze voor de beste zorgaanbieder lijken zorggebruikers eerder op zoek naar bevestiging met betrekking tot een huidige of een voor de hand liggende en nabij gelegen zorgaanbieder (Victoor et al., 2012b).

### **Zorgaanbieders: vinden kwaliteitsinformatie nuttig voor interne verbetering en zijn terughoudend met gebruik voor externe verantwoording**

Zorgaanbieders kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken om de eigen zorgverlening te verbeteren (interne verbetering) en om aan zorgverzekeraars en samenleving te laten zien welke kwaliteit zij leveren (externe verantwoording). In het algemeen omarmen



zorgaanbieders het gebruik van kwaliteitsinformatie voor interne verbetering. Dit blijkt onder meer uit de registraties die zij zelf opzetten met dit doel. Daarnaast worden ook andere initiatieven door zorgaanbieders opgepikt ten behoeve van interne verbetering. Zo worden PROMs toegevoegd aan klinische registraties (DICA, 2013c; DICA, 2013d; LROI, 2013), is de CQ-index geïmplementeerd bij een groep samenwerkende ziekenhuizen (Santeon ziekenhuizen, 2012) en in de spiegelrapportages van brancheorganisatie ActiZ (ActiZ, 2013b) en stimuleren de NFU en de NVZ het gebruik van de HSMR voor kwaliteitsverbetering (DHD, 2013).

Het enthousiasme bij zorgaanbieders voor het gebruik van kwaliteitsinformatie voor externe verantwoording is aanzienlijk lager. Zo hebben zorgaanbieders in de loop der jaren kritiek geuit op Zichtbare Zorg (De Volkskrant, 2011), de HSMR (Geelkerken et al., 2008; Scholtens, 2010) en de CQ-index (Gerding, 2011; Van Montfoort, 2011). Ook ziekenhuisranglijsten moesten het ontgelden (Giard, 2006; Pons et al., 2009). De rode draad van deze kritiek was dat de kwaliteitsinformatie niet voldoende betrouwbaar, valide of bruikbaar was voor externe verantwoording. Er zijn vele factoren die de resultaten kunnen vertekenen en als die allemaal onder controle zijn middels gestandaardiseerde dataverzameling, registratie en casemixcorrectie is er altijd nog sprake van toevalsvariatie die voor een ongelukkige zorgaanbieder verkeerd uit kan pakken. Daarnaast is het niet prettig om te worden beoordeeld en al helemaal niet als aan een minder goede beoordeling direct consequenties worden verbonden. De psychologische literatuur zegt hierover dat verantwoording afleggen over toekomstig beleid doorgaans leidt tot zelfkritische gedachten (interne verbetering). Verantwoording afleggen over reeds uitgevoerd beleid (externe verantwoording) leidt vaker tot defensieve reacties die gepaard gaan met argumenten om het uitgevoerde beleid te rechtvaardigen en kritiek te weerleggen (Tetlock/Lerner, 1999). In een systematisch review over publieke verantwoording op basis van kwaliteitsinformatie is niettemin geconcludeerd dat dergelijke externe verantwoording een stimulans vormt voor interne verbetering (Fung et al., 2008). Ondanks de bedenkingen van zorgaanbieders tegen het gebruik van kwaliteitsinformatie voor externe verantwoording blijken hier dus ook positieve effecten vanuit te gaan voor de zorg zelf. Het lijkt een kwestie van het zoeken naar balans: voor openbaarmaking is soms enige druk van buiten nodig. Als deze druk leidt tot 'naming en shaming' op grond van niet-valide en onbetrouwbare informatie kan dit contraproductief werken en worden veelbelovende initiatieven ondermijnd.

### **Zorgverzekeraars: rol van kwaliteitsinformatie bij zorginkoop nog pril en niet uitgekristalliseerd**

Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie laten meewegen bij zorginkoop door minder goed presterende aanbieders niet te contracteren (selectieve zorginkoop) of lagere tarieven te hanteren voor die aanbieders (gedifferentieerde zorginkoop). Verschillende publicaties in de periode 2007 tot en met 2010 laten echter zien dat selectieve of gedifferentieerde zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie moeizaam van de grond komt (Bos et al., 2008; NZa, 2010a; RVZ, 2008; Schoneveld et al., 2007; Van de Ven et al., 2009). Ook in de meer recente monitor zorginkoop concludeert de NZa dat afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie een lage prioriteit hebben in de onderhandelingen (NZa, 2014b). Een belangrijke reden

hiervoor is dat kwaliteitsindicatoren veelal niet goed genoeg zijn voor zorginkoop. Dit speelt volgens de Algemene Rekenkamer ook in 2013 nog een rol (Algemene Rekenkamer, 2013a). Voor zorgverzekeraars is het een struikelblok wanneer indicatoren geen grote verschillen tussen aanbieders laten zien (Hopman et al., 2011). Als er wel goede indicatoren of heldere normen bestaan, nemen zorgverzekeraars deze ook mee bij de zorginkoop. Een ontwikkeling die in dit verband in het oog springt, is de hantering van volumenormen. Zorgverzekeraars kunnen die gezamenlijk vaststellen (ZN, 2011) maar idealiter doen de beroepsgroepen dit zelf waarna zorgverzekeraars de normen overnemen als minimale kwaliteitseisen (ZN, 2013) en meenemen bij de contractbesprekingen met de ziekenhuizen.

Naast het selectief contracteren op basis van volumenormen ontplooiën zorgverzekeraars verschillende andere initiatieven die gericht zijn op het gebruik van kwaliteitsinformatie voor selectieve of gedifferentieerde zorginkoop. Menzis begon in 2008 met het afsluiten van topzorgcontracten op basis van offertetrajecten waarin – naast prijs – ook werd gekeken naar kwaliteit op basis van de Zichtbare Zorg-indicatoren (Kiers, 2008). CZ ontwikkelt voor steeds meer behandelingen minimumeisen op basis van normen van de beroepsgroep, aangevuld met verschillende andere kwaliteitscriteria waaronder ook patiëntervaringen (CZ, 2010; CZ, 2013). En in het inkoopbeleid van Achmea voor medisch-specialistische zorg in 2014 zijn deelname aan klinische registraties en deelname aan CQI- en PROMs-metingen opgenomen als voorwaarde of doelstelling bij verschillende behandelingen. Daarbij vraagt/eist Achmea ook dat instellingen toestemming geven voor inzage in hun resultaten in de klinische registraties (Achmea, 2013). Er zijn dus verschillende ontwikkelingen gaande in de richting van meer selectieve of gedifferentieerde zorginkoop op basis van kwaliteitscriteria. Toch overheerst het beeld dat inkopen op kwaliteit nog vooral een zoektocht is. Deels omdat de mate van transparantie nog onvoldoende is voor dit doel, maar ook omdat nog onvoldoende duidelijk is hoe inkoop op kwaliteit het beste kan worden ingezet ten behoeve van kwaliteitsborging en verbetering (Eijkenaar, 2013).

Een punt van aandacht is dat de discussie rondom het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorgverzekeraars zich primair richt op de mate waarin zij zorgaanbieders hierop afrekenen. Wanneer zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsinformatie een dialoog aangaan met zorgaanbieders zonder daar consequenties aan te verbinden - bijvoorbeeld door van zorgaanbieders te verwachten dat zij een do-plan-check-act cyclus voeden met kwaliteitsinformatie - dan is dit strikt genomen geen inkoop op kwaliteit. Met andere woorden: kwaliteitsinformatie kan ook een hele andere rol spelen in het zorginkoopproces. Deze blijft buiten beeld als de discussie zich verengt tot het afrekenen van zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie.

### **IGZ: risicoanalyse wordt doorontwikkeld**

De IGZ maakt gebruik van kwaliteitsindicatoren voor risicosignalering. Dit houdt in dat de IGZ op basis van de indicatoren instellingen identificeert waar de risico's op onverantwoorde zorg hoog zijn en waar een inspectiebezoek nodig is. Deze aanpak heeft geleid tot meer transparantie over het handelen van de IGZ omdat er een objectievere basis is voor de selectie van instellingen voor een inspectiebezoek. In 2010 gaf de IGZ echter aan dat de

risicosignalering regelmatig instellingen aanwijst waar niets mis is of juist de instellingen niet aanwijst waar wel wat mis is (Kruikemeier et al., 2010). De risicosignalering werkte in de praktijk dus niet bevredigend. Dit komt deels omdat de indicatoren zich nog onvoldoende lenen voor toezicht (Algemene Rekenkamer, 2013a; Kruikemeier et al., 2010), maar ook omdat er doorgaans een (aanzienlijke) periode verstrijkt tussen het meten van indicatoren en de aanlevering van de indicatorscores bij de IGZ (Hopman et al., 2011; Kruikemeier et al., 2010). In die periode kan een instelling met slechte indicatorscores al verbeteringen hebben doorgevoerd. Tevens kan er bij instellingen die tijdens de metingen redelijk presteerden na die metingen verslechtering optreden. Dat komt dan wellicht pas bij een volgende meting en aanlevering naar voren.

Sinds de evaluatie van het toezicht in 2010 (Kruikemeier et al., 2010) heeft de IGZ verschillende verbeteringen doorgevoerd in de risicoanalyse die zich richten op het meer en beter bundelen van informatie. Naast kwaliteitsindicatoren wordt de risicoanalyse inmiddels gevoed door bedrijfsinformatie (financiën, personeelsverloop et cetera), meldingen (incidenten gemeld door burgers of zorgaanbieders), externe signalen (tevredenheidsonderzoek, pilot met social media), inspectieoordelen en signalen van andere inspectiediensten. De IGZ heeft daarbij aangegeven dat de voorspellende waarde van de risicosignalering is verbeterd als gevolg van het combineren van verschillende informatiebronnen (IGZ, 2013c). De verdere verfijning van de risicoanalyse schuilt onder meer in verbeteringen aan het ICT-systeem van de IGZ die in 2013 zijn ingezet (VWS, 2013j). Het is duidelijk dat de risicoselectie een belangrijke plaats houdt binnen het instrumentarium van de IGZ (IGZ, 2013c).

## 11.7 Conclusie

### **De balans: niet aan verwachtingen voldaan**

Wanneer we de balans opmaken is duidelijk dat transparantie van kwaliteit nog niet heeft opgeleverd wat men ervan verwacht had. Dat komt duidelijk uit dit hoofdstuk naar voren maar is ook al eerder geconstateerd door de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer, 2013a) en onderschreven door de Gezondheidsraad (GR, 2013). Dat transparantie van kwaliteit van zorg nog niet aan de verwachtingen heeft voldaan is overigens niet zo vreemd. Het gaat immers om zeer grote en ingrijpende beleidswijzigingen. Op het moment dat dergelijke wijzigingen worden bedacht en ingevoerd kan niemand volledig voorzien welke belemmeringen zich zullen voordoen.

### **De kwaliteit van kwaliteitsinformatie**

De in dit hoofdstuk beschreven initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken zijn vrijwel allemaal onderhevig aan kritiek. Wat betreft de informatie die deze initiatieven hebben opgeleverd richtte de kritiek zich onder meer op de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens, vergelijkbaarheid en casemixcorrectie, gebrek aan eenduidige definities en eenduidige registratie van indicatoren. Voor (grote) delen van de beschikbare informatie over kwaliteit van zorg geldt dat die informatie de kwaliteit van zorg niet echt transparant maakt omdat wordt betwijfeld of die informatie wel klopt. Er is behoefte aan betere data over

kwaliteit van zorg. Een punt van aandacht in dit verband betreft de kwaliteit van de informatie-infrastructuur van de gezondheidszorg. Een betere informatie-infrastructuur levert betere kwaliteitsinformatie op en kan daarmee bijdragen aan transparantie van kwaliteit van zorg. De klinische registraties waaronder de DICA en de ROM zijn stappen in de goede richting. Ervaringen met dit soort registraties in Zweden suggereren inderdaad dat dit bijdraagt aan transparantie van kwaliteit en leidt tot kwaliteitsverbetering (BCG, 2011; OMS, 2012). Dergelijke registraties staan momenteel echter nog op zichzelf terwijl de overheid een zorgbreed informatiestelsel ambieert (VWS, 2013k). Om hier meer handen en voeten aan te geven ontwikkelt het ministerie van VWS een Meerjarenagenda Zorginformatie die moet leiden tot informatie-afspraken en informatiestandaarden. Duidelijke informatie-afspraken en standaarden zullen partijen in de zorg en ict-leveranciers stimuleren om registraties daaraan aan te passen. Dit zorgt voor de eenduidigheid en volledigheid in registraties die nodig is om te komen tot meer betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over kwaliteit van zorg.

### **Het gebruik van kwaliteitsinformatie**

De twijfels rondom de huidige kwaliteitsinformatie vormen een belemmering voor het succesvol gebruik van die informatie. Dit is één van de redenen dat zorgaanbieders zelf registraties op zetten maar ook dat zorgverzekeraars een aantal van die registraties financieel steunen of de mogelijkheden van PROMs (laten) onderzoeken. Mogelijk leveren deze initiatieven betere kwaliteitsinformatie op die vervolgens ook beter kan worden gebruikt. Hoe indicatoren die wel van voldoende kwaliteit zijn het beste kunnen worden gebruikt, is eveneens onderwerp van (door)ontwikkeling. In dit hoofdstuk kwam naar voren dat zowel de zorgverzekeraars als de IGZ zich hier op verschillende manieren voor inspannen. Omdat het hier gaat om recente ontwikkelingen zijn nog geen evaluatiestudies voorhanden. Wat de recente en huidige ontwikkelingen precies gaan betekenen voor de meerwaarde van kwaliteitsinformatie bij zorginkoop en toezicht moet dus nog duidelijk worden.

Voor zorggebruikers biedt het zorgproces in een deel van de gevallen geen of weinig ruimte voor een geïnformeerde keuze, bijvoorbeeld in het geval van acute zorg of wanneer een diagnostisch proces betrekkelijk geruisloos overgaat in een behandeling. Verder blijken zorggebruikers in veel gevallen liever af te gaan op het advies van de huisarts of kiezen zij simpelweg een aanbieder in de buurt. Succesvol gebruik van kwaliteitsinformatie door zorggebruikers werkt niet of nauwelijks via de weg van het systematisch afwegen van indicatorscores. Mogelijk dat andere typen informatie beter aansluiten op de belevingswereld van de zorggebruiker. De bezoekersaantallen van ZorgkaartNederland – waar in tegenstelling tot veel andere bronnen ook anekdotische informatie is te vinden – laten zien dat een deel van de zorggebruikers wel voldoende geïnteresseerd is in kwaliteitsinformatie. Of de informatie op deze website zorggebruikers ook werkelijk beïnvloedt in hun keuze voor een zorgaanbieder is echter nog onduidelijk.

### **Stimulans voor kwaliteitsverbetering**

Eén van de doelen van transparantie van kwaliteit is het stimuleren van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsconcurrentie. Nu transparantie van kwaliteit nog niet voldoet aan de verwachtingen en succesvol gebruik van kwaliteitsinformatie lastiger blijkt dan gedacht, is het

de vraag in welke mate kwaliteitsverbetering momenteel wordt gestimuleerd. De gedachte dat zorgaanbieders met slechte indicatorscores marktaandeel verliezen, lijkt in beginsel ongegrond aangezien patiëntkeuze op basis van kwaliteitsinformatie vooralsnog (zeer) schaars is. Ook lijkt het onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars die geen goede zorg inkopen, klanten verliezen: mensen blijken een zorgverzekeraar primair te kiezen op basis van prijs en letten daarbij niet of nauwelijks op het zorginkoopbeleid (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Een reden om toch aan kwaliteit te blijven werken is omdat slechte/minder goede prestaties invloed kunnen hebben op het beeld dat mensen hebben van een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar (Van der Schee et al., 2013). In welke mate die beeldvorming er uiteindelijk toe kan leiden dat mensen overstappen naar een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar is de vraag. Uit onderzoek blijkt dat de mogelijke effecten van transparantie van kwaliteit op beeldvorming wel stimuleren tot kwaliteitsverbetering (Hibbard et al., 2005) en dat het transparant maken van kwaliteit gepaard gaat met kwaliteitsverbetering bij de minder goed presterende instellingen (Hendriks et al., 2009; Zuidgeest et al., 2012).

### **Vooruitblik**

Op welke wijze transparantie van kwaliteit zich verder gaat ontwikkelen blijft de vraag. Duidelijk is dat het ontwikkelen van goede en betrouwbare kwaliteitsinformatie aanmerkelijk complexer is dan aanvankelijk werd verondersteld. Er lopen dan ook vele initiatieven om meer en betere informatie over kwaliteit van zorg te ontwikkelen. Deze initiatieven komen grotendeels uit het veld. Dit past bij de gedachte dat initiatieven vanuit het veld meer kans van slagen hebben dan ontwikkelingen die van bovenaf worden aangestuurd, zoals bij Zichtbare Zorg het geval was (OMS, 2012). Middels Zorginstituut Nederland zal de overheid wel enig overzicht houden, onder meer door de meetinstrumenten van initiatieven te toetsen en op te nemen in een register. In welke mate dat plaats gaat vinden moet nog blijken aangezien het instituut een instrument pas gaat toetsen als de relevante veldpartijen dat gezamenlijk aanbieden (Zorginstituut Nederland, 2014c). Naast overzicht over initiatieven is er ook behoefte aan regie, onder meer op het gebied van registraties en ict (OMS, 2012). De overheid werkt momenteel aan de nodige duidelijkheid op dit vlak door middel van een Meerjarenagenda Zorginformatie (VWS, 2013k). Deze moet bijdragen aan betere informatie over kwaliteit van zorg. Hoewel betere kwaliteitsinformatie zal bijdragen aan beter gebruik van die informatie zal de discussie over het bewerken en interpreteren van die informatie daarmee niet van tafel zijn. Het verzamelen, bewerken en interpreteren van informatie over kwaliteit van zorg is nu eenmaal een complex proces waar verschillend over gedacht wordt. Het blijft dan ook van belang te onderzoeken en te bediscussiëren welke typen informatie het beste aansluiten bij verschillende doelgroepen en gebruiksdoelen en welke conclusies aan die informatie verbonden kunnen worden.

