

Samenvatting

Er is een toenemende druk vanuit de samenleving om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Sinds enige jaren is dat ook een belangrijke inzet van het overheidsbeleid op dit terrein. Met behulp van zogenoemde 'prestatie-indicatoren' moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar en vergelijkbaar worden gemaakt, zodat voor alle betrokken partijen direct duidelijk is waar de zorg op niveau is en waar die achterblijft. Het doel daarvan is tweeledig: transparantie en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt. Dat moet patiënten en verzekeraars wat te kiezen geven en zorgaanbieders en professionals aansporen om de kwaliteit van hun zorgaanbod te verbeteren.

Dat het nodig was een nieuwe impuls te geven aan kwaliteitsverbetering in de zorg, is duidelijk. Daarmee is niet gezegd dat er op dat gebied eerder niets gebeurde. Op grond van de oorspronkelijke inzet van de Kwaliteitswet Zorginstellingen werd van zorgaanbieders en professionals verwacht dat ze hun kwaliteitssystemen zelf op orde zouden brengen. In de praktijk bleek dat onvoldoende te lukken. De nieuwe aanpak (zichtbaar maken van kwaliteitsverschillen en de introductie van externe prikkels) moet dat veranderen. Minder goed presterende zorgaanbieders en professionals, zo is de verwachting, zullen reputatieschade of verlies van marktaandeel willen voorkomen. Bij een volgende meting zullen ze daarom beter uit de bus willen komen, ook als ze uit zichzelf wellicht niet sterk gemotiveerd zijn om te werken aan kwaliteitsverbetering. Dat effect zou nog versterkt kunnen worden door aan hoge of lage scores al dan niet financiële beloningen of sancties te koppelen.

Of deze uit het bedrijfsleven afkomstige en in de afgelopen jaren ook op andere terreinen van publieke dienstverlening geïntroduceerde benadering een effectieve manier is om beide doelen (transparantie en kwaliteitsverbetering) te realiseren, is voorwerp van vaak sterk gepolariseerd debat. Voorstanders lijken weinig oog te hebben voor ongewenste effecten en tegenstanders zijn bij voorbaat overtuigd dat het allemaal niets kan worden. Een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit gebied is gediend met een zakelijke discussie. Dit signalement beoogt daaraan een bijdrage te leveren met de inbreng van wetenschappelijke gegevens en ethische analyse.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die functioneren als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van die zorg. Ze hebben een signalerende functie; lage scores vormen een signaal dat er mogelijk iets aan de hand is en dat nadere analyse gewenst is om uit te zoeken of dat ook werkelijk het geval is. Om die signaalfunctie goed te kunnen vervullen is van belang dat indicatoren betrouwbaar en valide zijn. Valide wil zeggen dat ze ook inderdaad meten wat ze geacht worden te meten.

Uitkomsten literatuuronderzoek

Eerst de feiten. Wat is uit wetenschappelijk onderzoek bekend over de effecten en mogelijke neveneffecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg? Om die vraag te beantwoorden is voor dit signalement een

systematisch literatuuronderzoek gedaan. Het onderzoek beperkt zich tot de klinische gezondheidszorg. Gezocht is naar publicaties over de effecten van openbaarmaking van prestatiescores op het gedrag van instellingen en zorgverleners (wel of geen kwaliteitsverbetering, andere gedragseffecten); over de effecten van aan die scores gekoppelde vormen van (financiële) beloning of sancties; over de effecten op het keuzegedrag van patiënten, verzekeraars en verwijzers; over effecten op kosten en bureaucratie.

De uitkomsten van het literatuuronderzoek laten zien dat de veronderstellingen achter en verwachtingen over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren voorsnog niet berusten op sterke wetenschappelijke bewijsvoering. Wat betreft de stimulans tot kwaliteitsverbetering die daarvan uit zou moeten gaan: er is enig effect gevonden op het prestatieniveau van instellingen. Daarbij ging het om initiatieven gericht op kwaliteitsverbetering na openbaarmaking van prestatiescores die voor het imago van de instelling negatief zouden kunnen uitpakken. Maar bij individuele zorgverleners is voor een dergelijk effect geen onderbouwing gevonden. Voorzover in die groep gedragsbeïnvloeding door *public reporting* is geconstateerd, lijkt het niet om kwaliteitsverbetering te gaan, maar juist om vormen van strategisch gedrag, zoals het weren van hoogrisicopatiënten of het manipuleren van data. De introductie van beloningssystemen lijkt wel enig positief effect te kunnen hebben op het gedrag van zorgverleners, al is meer onderzoek nodig naar de precieze vorm die het beste aan dat instrument kan worden gegeven.

Ook voor de verwachting dat patiënten, verzekeraars en doorverwijzende artsen zich in hun keuzegedrag laten leiden door een vergelijking van prestatiescores wordt in het tot nu toe verrichte onderzoek weinig steun gevonden. Patiënten blijken wel belangstelling te hebben voor uitkomsten van prestatiemetingen, maar ze gebruiken die slechts in beperkte mate in hun keuze uit het zorgaanbod. Ze lijken daarbij eerder af te gaan op ervaringen van anderen in hun directe omgeving. Naar het keuzegedrag van andere kiezende partijen is nog weinig onderzoek gedaan. Daar lijkt uit te komen dat verzekeraars en doorverwijzende artsen weinig fiducia hebben in openbare prestatiecijfers en er daarom niet of nauwelijks gebruik van maken.

Over de kosten die zijn gemoeid met *public reporting* en de vraag wat dat gaat betekenen in termen van administratieve belasting ('bureaucratie') is nog weinig bekend. Aannemelijk is dat die belasting in ieder geval aanvankelijk zal toenemen. Wellicht dat optimalisering van de manier waarop dataverzameling plaatsvindt die tendens ook weer kan keren, maar dat staat nog allerminst vast.

Ethische aspecten

Het tweede deel van het signalement bevat een verkenning van relevante ethische aspecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren. Om te beginnen wordt de misvatting uit de weg geruimd dat de eis van publieke verantwoording op gespannen voet zou staan met de notie van professionele autonomie. Die autonomie is geen vrijbrief voor professionals om zich aan verantwoording voor hun handelen te onttrekken. Professionele autonomie en professionele verantwoordelijkheid liggen juist in elkaars verlengde. De handelingsruimte waar het bij die autonomie om gaat is er om zorgverleners in staat te stellen hun patiënten zo goed mogelijke zorg te bieden. De samenleving mag verlangen dat ze dat ook zichtbaar maken in zorgresultaten.

Uitgangspunt van het nieuwe overheidsbeleid is dat zelfregulering op dit gebied te vrijblijvend is. De verplichte publieke rapportage van onderling vergelijkbare prestatiescores moet een mechanisme op gang brengen waarin externe prikkels (reputatie, marktaandeel, beloningen) ook minder gemotiveerde instellingen en professionals aansporen om serieus werk te maken van kwaliteitsverbetering. Vanuit ethisch perspectief is van belang dat professionals daarmee op een andere manier worden aangesproken. Niet primair op hun intrinsieke motivatie, maar vooral op hun gevoeligheid voor imago en economisch voordeel. Voorzover daarvan een positief

stimulerend effect uitgaat, kan het gebruik van dergelijke prikkels zeker zinvol zijn. Maar in het literatuuronderzoek zijn ook aanwijzingen gevonden voor negatieve effecten op de motivatie en het gedrag van professionals. Met de vraag naar de verhouding tussen die positieve en negatieve gevolgen van het gebruik van externe prikkels staat in moreel opzicht veel op het spel. Want hoewel zorgverleners geen heiligen hoeven zijn, de kern van hun professionele identiteit wordt bepaald door de oriëntatie op het welzijn van anderen. Erosie daarvan betekent een maatschappelijk verlies dat niet gemakkelijk weer ongedaan te maken valt.

Een moreel risico is ook verbonden aan de nieuwe rol die de patiënt in het nieuwe overheidsbeleid krijgt toegemeten, namelijk als 'kiezende zorgconsument'. Daarmee wordt een hedendaags moreel ideaal aangesproken, namelijk dat van zelfbeschikking. Een belangrijk motief is ook dat de patiënt met zijn keuzegedrag er aan kan bijdragen instellingen en zorgverleners aan te sporen tot concurrentie op kwaliteit. In de beleidsstukken wordt dat aangeduid als 'horizontaal toezicht'. Uit het voor dit signalement verrichte literatuuronderzoek blijkt echter dat patiënten zich vooralsnog niet zo gedragen. Ze laten zich bij hun keuzen niet door prestatie-indicatoren leiden. Nader onderzoek moet uitwijzen aan welke keuzemogelijkheden in de zorg patiënten nu eigenlijk behoefte hebben. Maar belangrijker nog is de vraag wat die consumentenrol betekent voor de vertrouwensbasis van de hulpverleningsrelatie. Laat die rol nog ruimte voor onderkenning van het feit dat ze elkaar juist nodig hebben: de zorgverlener met zijn specialistische kennis en kunde, de patiënt met zijn specifieke behoeften en prioriteiten, om samen te kunnen uitmaken welke behandeling of zorg het meest adequate antwoord is op de klachten van de patiënt? En wat betekent het, in meer algemene zin, voor het vertrouwen van het publiek in de zorg als men voortdurend wordt geconfronteerd met informatie waarin de nadruk lijkt te liggen op falende zorgverleners?

Verder kan het beleidsuitgangspunt dat 'kwaliteit meetbaar moet zijn' er gemakkelijk toe leiden dat de betrekkelijkheid van prestatie-indicatoren uit het oog wordt verloren. Waar dat gebeurt dreigen onrechtvaardigheid en onevenwichtigheid. Van onrechtvaardigheid is sprake als zorgverleners worden aangesproken en afgerekend op uitkomsten waarin onvoldoende rekening is gehouden met contextfactoren die zich aan hun invloed onttrekken, bijvoorbeeld de specifieke samenstelling van de patiëntenpopulatie. Onevenwichtigheid kan het gevolg zijn van de keuze voor indicatoren waarvan de representativiteit onvoldoende hard te maken valt. Alle energie en aandacht kan zich dan gaan richten op de verbetering van een meetbaar aspect van zorg zonder dat de kwaliteit van het erachter liggende terrein mee verbetert. Verder is de vraag wat de nadruk op meetbaarheid betekent voor andere sectoren in de zorg, zoals verpleging en verzorging, of andere aspecten, zoals bejegening en beleving, waarvoor het lastiger kan zijn om goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

Een belangrijke morele vraag, ten slotte, is of de kosten en bureaucratie die zijn gemoeid met het publieke gebruik van prestatiescores in verhouding staan tot de opbrengsten in termen van kwaliteitsverbetering en verantwoording. De uitkomsten van het literatuuronderzoek laten zien dat dat nog onzeker is. Het sociale experiment waarvan hier onvermijdelijk sprake is, vraagt om een behoedzame en stapsgewijze aanpak, die gepaard dient te gaan met voortdurende evaluatie en effectonderzoek.

Hoe nu verder?

Het debat over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren is tot nu toe vanuit al bij voorbaat sterk gepolariseerde posities gevoerd, en gaat vaak meer in absolute termen over 'zin en onzin' van deze benadering dan over specifieke kansen en risico's. Dat laatste is nodig voor een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit terrein. Dat vraagt niet alleen om een open houding van alle deelnemers, maar ook om de inbreng van wetenschappelijke gegevens en ethische analyse. Dit signalement is bedoeld als een bijdrage aan dat verder te voeren debat.

Essentieel is dat draagvlak wordt gecreëerd en wederzijds wantrouwen doorbroken. Daar moet van twee kanten aan worden gewerkt. Van de kant van de overheid: door

kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie en ze in staat te stellen daaraan in hun beroepsuitoefening gestalte te geven. Daarbij moet duidelijk zijn dat prestatie-indicatoren zo worden gebruikt dat niemand hoeft te vrezen onrechtvaardig te kijke te worden gezet of zonder goede gronden in zijn beroepsuitoefening en belangen te worden geschaad. Een belangrijke voorwaarde is ook dat nodeloze bureaucratie wordt voorkomen.

Van de kant van de zorgaanbieders gezien is de uitdaging vooral om de eis van systematische kwaliteitsverbetering op een andere manier te ervaren. Niet als iets dat van buitenaf wordt opgelegd, als iets dat men moet doen om sancties te vermijden of negatieve beeldvorming te voorkomen, maar als een kernelement van de eigen professionele verantwoordelijkheid. Kwaliteitsverbetering zou een intrinsiek onderdeel moeten zijn van het werken in de gezondheidszorg: een essentiële en door professionals op alle niveaus te ontwikkelen basiscompetentie. Hiervoor moet in de opleidingen al nadrukkelijk aandacht zijn; dat is op dit moment nog onvoldoende het geval.

De hier bepleite benadering houdt in dat professionals in de gezondheidszorg, de wetenschappelijke verenigingen voorop, het initiatief nadrukkelijk naar zichzelf toetrekken. Niet alleen bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor gebruik in de context van interne kwaliteitssystemen, maar ook waar het er om gaat welke indicatoren zich lenen voor extern gebruik.

Er is meer onderzoek nodig naar effecten en neveneffecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg, naar de effecten van beloningssystemen, en naar de behoefte van patiënten aan prestatie-informatie bij hun zorgkeuzen. Bij de verdere ontwikkeling van prestatie-indicatoren is vooral hun representativiteit van belang. Verder moet worden voorkomen dat aspecten waarvoor het lastiger is goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen, waaronder persoonlijke aandacht, bejegening en andere relationele factoren, minder aandacht krijgen.