



Indicatoren voor kwaliteit in de zorg

2013



Vergaderjaar 2012–2013

33 585

Indicatoren voor kwaliteit in de zorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE ALGEMENE REKENKAMER

Aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 28 maart 2013

Hierbij bieden wij u het op 25 maart 2013 door ons vastgestelde rapport «Indicatoren voor kwaliteit in de zorg» aan.

Algemene Rekenkamer

drs. Saskia J. Stuiveling,
president

dr. Ellen M.A. van Schoten RA,
secretaris

Vergaderjaar 2012–2013

33 585

Indicatoren voor kwaliteit in de zorg

Nr. 2

RAPPORT

Inhoud

	SAMENVATTING	2
1	OVER DIT ONDERZOEK	4
1.1	Kern van de Kwaliteitswet zorginstellingen	4
1.2	Beleid van de minister van VWS	5
1.3	Leeswijzer	6
2	STABILITEIT EN KWALITEIT	7
2.1	Stabiliteit van de indicatorenset	7
2.2	Kwaliteit van de indicatoren	7
3	UITKOMSTINDICATOREN	9
3.1	Indicatoren per zorgsector	9
3.2	Cliëntervaringen	9
4	PROGRAMMA ZICHTBARE ZORG	11
4.1	Uitgaven Zichtbare Zorg	11
4.2	Bruikbaarheid ZiZo-indicatoren	12
5	AANBEVELING	14
6	BESTUURLIJKE REACTIE EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER	15
6.1	Bestuurlijke reactie minister van VWS	15
6.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	16
	LITERATUUR	17

SAMENVATTING

In dit rapport informeren wij u over de uitkomsten van ons onderzoek naar de transparantie in de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van de geleverde zorg moet transparant zijn voor patiënten en zorgverzekeraars om hen in staat te stellen te kiezen voor kwalitatief goede zorg en deze in te kopen. De kwaliteit van de geleverde zorg moet ook transparant zijn voor het (risicogestuurd) toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Tot slot moet de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn om in de toekomst over te kunnen stappen naar outcomefinanciering, waarbij niet meer de verrichting centraal staat, maar het resultaat van de behandeling.

Indicatoren zijn een middel om de kwaliteit van de zorg transparant te maken. Het betreft meetbare aspecten van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit. Het gaat bijvoorbeeld over het percentage kinderen met een – voor de zwangerschapsduur – te laag geboortegewicht (indicator voor eerstelijnsverloskunde). De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is van mening dat er een beperkte set van indicatoren beschikbaar moet zijn die zoveel mogelijk iets zegt over de uitkomst van het zorgproces.

Na de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 zijn er verschillende initiatieven geweest om het inzicht in de kwaliteit van de zorg te vergroten. In 2009 concludeerde de Algemene Rekenkamer in het rapport *Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen* dat de zelfregulering binnen de zorgsectoren nog niet heeft geleid tot een gedeelde visie op de kwaliteit van zorg, inclusief indicatoren en normen (kwaliteitskader). In het najaar van 2012 hebben we geïnventariseerd welke vorderingen er sinds 2009 zijn gemaakt in de ontwikkeling en verbetering van de kwaliteitskaders.

Conclusie

We concluderen dat de ministers van VWS er de afgelopen zestien jaar niet afdoende in zijn geslaagd deze transparantie zodanig te vergroten, dat de patiënt de informatie kan gebruiken voor zijn keuze en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor haar toezicht. Van de zorgverzekeraars weten wij dat de beschikbare informatie over de kwaliteit van de zorg nog niet afdoende is om op te sturen.

Als we kijken naar de ontwikkelingen in de afgelopen zestien jaar, dan zien we verschillende initiatieven om transparantie in de kwaliteit van de zorg te vergroten. Zo hebben minister en zorgsectoren ambitieuze doelstellingen geformuleerd, afspraken gemaakt, taken toegewezen, stuurgroepen geformeerd, visies geschreven, lijsten met indicatoren opgesteld, indicatoren gemeten en geld en tijd geïnvesteerd. Uit onze inventarisatie blijkt dat de meeste zorgsectoren inmiddels een gedeelde visie hebben opgesteld. Ook hebben alle sectoren indicatorensets ontwikkeld.

Tegelijkertijd blijkt uit ons onderzoek dat:

- de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorensets om kwaliteit te meten beperkt is;
- er nauwelijks indicatoren ontwikkeld zijn om de uitkomsten van zorgverlening te meten;
- er de afgelopen vijf jaar € 31 miljoen is uitgegeven aan de ondersteuning van het veld bij de ontwikkeling van indicatoren, maar de bruikbaarheid van de ontwikkelde sets tegenvalt.

Ook zien we dat veldpartijen bestaande samenwerkingsverbanden loslaten en in kleiner verband verder gaan. Dit is een magere startpositie voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut dat ondergebracht wordt bij het College voor Zorgverzekeringen.

Aanbeveling

Wij bevelen de minister van VWS aan het Kwaliteitsinstituut in de startfase vooral te belasten met het weer om tafel krijgen van partijen en te bezien of per sector voortgang geboekt kan worden met behulp van de nieuwe (web)mogelijkheden en op zoek te gaan naar een betere en houdbare balans tussen een (telkens beperkt aantal) indicatoren voor zorginhoudelijk, voor organisatieniveau en voor cliëntervaringen. Zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken, de zorgverzekeraar kwalitatief goede zorg kan inkopen, de inspectie risicogestuurd toezicht kan houden en stappen gezet kunnen worden richting outcome-financiering.

1 OVER DIT ONDERZOEK

De kwaliteit van de geleverde zorg moet transparant zijn voor patiënten en zorgverzekeraars om hen in staat te stellen voor kwalitatief goede zorg te kiezen en deze in te kopen. De kwaliteit van de geleverde zorg moet ook transparant zijn voor het (risicogestuurd) toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Tot slot moet de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn om in de toekomst over te kunnen stappen naar outcomefinanciering, waarbij niet meer de verrichting centraal staat, maar het resultaat van de behandeling.

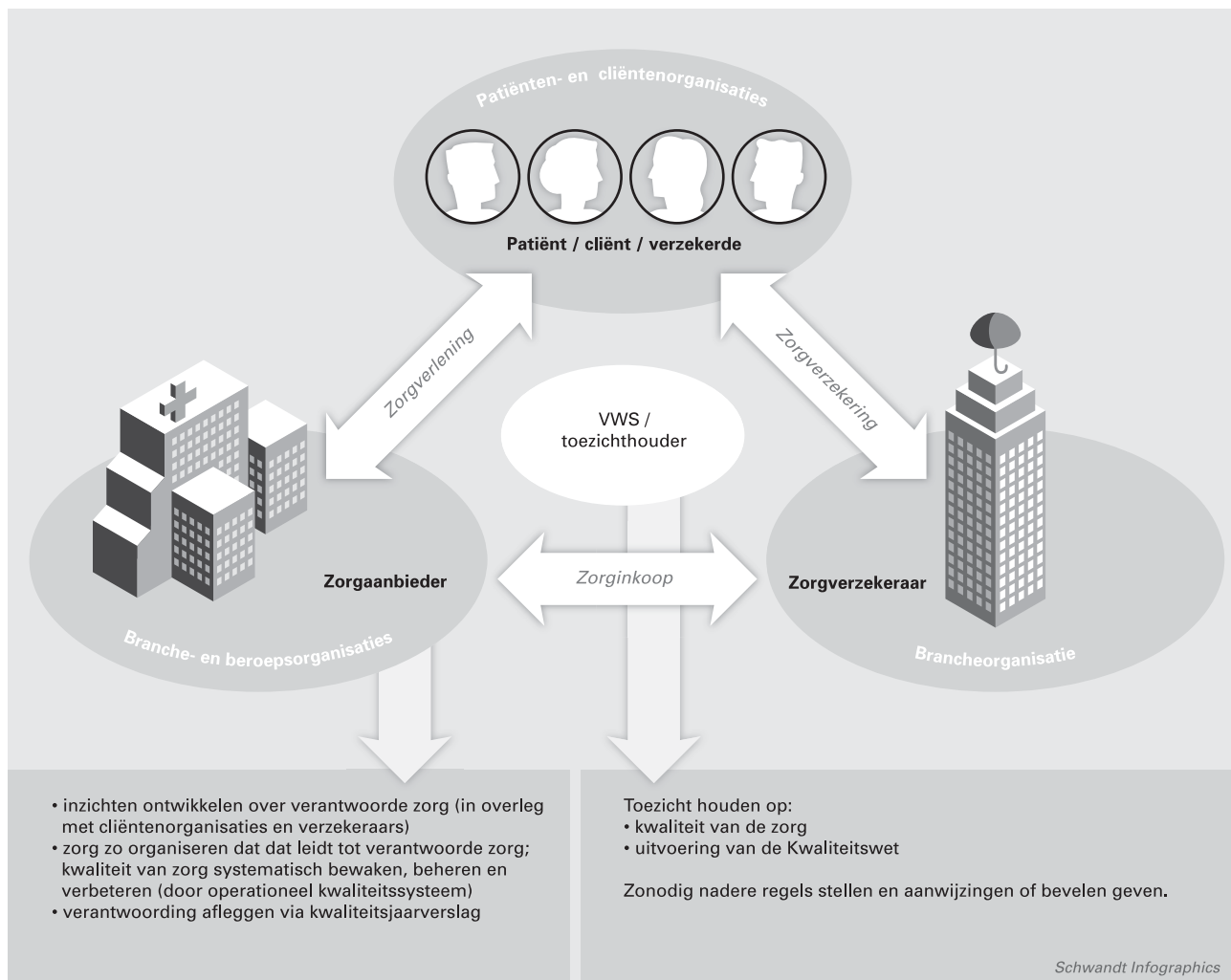
In 2009 heeft de Algemene Rekenkamer een onderzoek gepubliceerd waarin is gekeken naar de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In dat onderzoek concludeerden wij dat dertien jaar na invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen de boogde zelfregulering binnen de zorgsectoren nog niet tot de beoogde kwaliteitskaders heeft geleid. De minister van VWS stelde in 2007 als doel dat iedereen in 2011 op www.kiesbeter.nl inzicht moet kunnen krijgen in het aanbod en de kwaliteit van (bijna) de gehele zorg. Gelet op de stand van zaken in 2009 hebben wij destijds onze twijfels geuit over deze ambitie.

In dit onderzoek gaan wij na welke vorderingen sinds 2009 zijn gemaakt in de ontwikkeling en verbetering van een kwaliteitskader met indicatoren (die gelden op landelijke niveau). Voordat we ingaan op de resultaten van het onderzoek geven we eerst nog even kort de kern van de Kwaliteitswet weer en plaatsen we het beleid in een historisch perspectief.

1.1 Kern van de Kwaliteitswet zorginstellingen

De kern van de Kwaliteitswet is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor het verlenen van goede en verantwoorde zorg. De wet beoogt een kader te bieden dat hen motiveert zelf invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid (zelfregulering door de sector). De zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het inkopen van zorg van voldoende kwaliteit.

Figuur 1 Schematische weergave van de actoren in het zorgveld



De minister van VWS is verantwoordelijk voor de opzet en de werking van het stelsel dat kwaliteit van zorg bevordert en dat erop toeziet dat zorgaanbieders verantwoorde zorg leveren. Van de overheid mag verwacht worden dat ze initiatieven neemt om te helpen de kwaliteit van de zorg te verbeteren in overleg met partijen in het zorgveld (zorgaanbieders, patiënten/cliënten/ verzekerden, zorgverzekeraars, en hun organisaties) en met kwaliteits- en kennisinstituten.

1.2 Beleid van de minister van VWS

In de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 hebben de zorgaanbieders weinig vooruitgang geboekt in de ontwikkeling van kwaliteitskaders. In 2002 zei de staatssecretaris van VWS dat er eind 2004 in iedere sector een beperkte set van indicatoren beschikbaar moest zijn die goed inzicht gaf in de kwaliteitsontwikkeling. Deze doelstelling is niet bereikt, alleen in de ziekenhuissector was een basisset indicatoren beschikbaar (Algemene Rekenkamer, 2009). Vanaf 2005 zet de minister van VWS de IGZ in. De IGZ moet met de sector afspraken maken over de ontwikkeling en invulling van indicatoren en normen (VWS, 2005). Gaandeweg wordt duidelijk dat er meer nodig is dan

ondersteuning en advisering door de inspectie. Voor de afstemming van de noodzakelijk inspanningen blijkt ook regie nodig. Ook deze taak wordt bij de IGZ belegd, waarna in 2007 het programma **Zichtbare Zorg** (ZiZo) wordt gestart (VWS, 2007). De regie houdt onder andere in dat per sector stuurgroepen – met ondersteuning van Zichtbare Zorg – aan de ontwikkeling van normen en indicatoren werken (VWS, 2007). Deze stuurgroepen stellen gezamenlijk vast over welk zorgaanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en welke informatie over de prestaties van zorgaanbieders daarvoor nodig is. Het is de bedoeling dat de perspectieven van de verschillende partijen op kwaliteit van zorg op die wijze bij elkaar gebracht worden en dat de resulterende kwaliteitsinformatie voor verschillende doeleinden, waaronder het toezicht door de IGZ, gebruikt wordt. Daarbij is het streven zo veel mogelijk te komen tot indicatoren die gericht zijn op de uitkomsten van zorg.

Na 2008 hebben alle zorgsectoren kwaliteitskaders vastgesteld. Begin 2011 geven de bewindspersonen van VWS aan dat de veelsoortigheid van indicatoren een goed inzicht in de kwaliteit van zorg belemmert en onvoldoende ondersteuning biedt aan het keuzeproces voor patiënten. Op het punt van transparantie willen de bewindspersonen bevorderen dat keuze-informatie en toezichtinformatie beschikbaar komt en blijft. Het uitgangspunt daarbij blijft een beperkte set indicatoren die zoveel mogelijk iets zegt over de uitkomst van het zorgproces.

De minister van VWS besluit in 2011 tot de oprichting van een **Kwaliteitsinstituut**, dat wordt ondergebracht bij het College voor Zorgverzekeringen (VWS, 2011a en 2011b). Het Kwaliteitsinstituut krijgt taken en bevoegdheden¹ om op verschillende manieren invloed uit te oefenen op het tempo, de inhoud en het tot stand komen van professionele standaarden/meetinstrumenten:²

- Het opstellen van een meerjarenagenda (in overleg met betrokken partijen) en een jaarlijks werkprogramma. Hierin staan de meetinstrumenten die er moeten komen, wanneer deze moeten worden opgeleverd en welke organisaties hiervoor verantwoordelijk zijn.
- Het opstellen van een toetsingskader om te kunnen beoordelen of een meetinstrument kan worden opgenomen in een openbaar register.
- Het toetsen van een meetinstrument aan dit toetsingskader. Indien deze voldoet aan het toetsingskader wordt deze bijgeschreven in een openbaar register.
- Het alsnog kunnen laten ontwikkelen van een meetinstrument, indien het veld zich niet aan de meerjarenagenda houdt. Het Kwaliteitsinstituut krijgt hiervoor wettelijke bevoegdheden, de zogenaamde doorzettingsmacht (VWS, 2012a).

1.3 Leeswijzer

In het vervolg van dit rapport lichten we de deelconclusies toe en doen we de minister een aanbeveling, gevolgd door de reactie van de minister en ons nawoord.

¹ Aanvankelijk was het de bedoeling om het Kwaliteitsinstituut op 1 januari 2013 operationeel te laten zijn, maar het wetsvoorstel ligt begin 2013 nog voor behandeling bij de Eerste Kamer.

² In 2012 heeft de minister van VWS besloten de term kwaliteitsindicatoren te vervangen voor meetinstrumenten. Meetinstrument is een verzamelnaam voor landelijk opgestelde kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

2 STABILITEIT EN KWALITEIT

In de afgelopen jaren hebben alle sectoren een set indicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te kunnen meten. In de meeste sectoren is er echter nog geen sprake van een stabiele indicatorenset waardoor een verandering in de kwaliteit van zorg niet (tijdig) gesignaleerd wordt. Bovendien is de informatie die de indicatorensets oplevert vaak nog van beperkte kwaliteit. Dit belemmert de mogelijkheden voor de patiënt om een weloverwogen keuze te maken en voor de zorgverzekeraar om kwalitatief goede zorg in te kopen.

2.1 Stabiliteit van de indicatorenset

De stabiliteit van een indicatorenset is onder andere afhankelijk van het aantal jaren dat de indicatoren zijn gemeten door zorgaanbieders. Dit wisselt sterk tussen de sectoren (zie figuur 2). We geven enkele voorbeelden:

- Voor de huisartsenzorg is wel een indicatorenset vastgesteld, maar hebben er nog geen metingen plaatsgevonden.
- In de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg en de gehandicaptenzorg hebben in het verleden wel metingen plaatsgevonden, maar zijn de sets vervangen door nieuwe. Deze sectoren hebben de eerste meting net uitgevoerd of moeten deze nog uitvoeren.
- De chronische zorg en de mondzorg hebben een eerste meting uitgevoerd in respectievelijk 2010 en 2012.
- Met de indicatorensets voor kraamzorg, fysiotherapie, geestelijke gezondheidszorg (ggz), farmacie (openbare apotheken) en de ziekenhuizen is al meerdere jaren gemeten. Voor fysiotherapie zijn geen nieuwe metingen gepland, omdat de stuurgroep zichzelf heeft opgeheven.

Meerdere metingen wil overigens niet zeggen dat de metingen met precies dezelfde sets zijn uitgevoerd: de sets worden doorgaans jaarlijks aangepast. Het aanpassen van de sets is vanuit voortschrijdend inzicht begrijpelijk, maar vormt een belemmering voor het inzicht in veranderingen in de kwaliteit van de zorg.

2.2 Kwaliteit van de indicatoren

Naast de instabiliteit van de indicatorensets, zien we dat de kwaliteit van de meeste indicatoren nog matig is of onbekend. Het programma Zichtbare Zorg heeft geholpen de kwaliteit van zijn indicatoren in kaart te brengen met zogenaamde signaalvlaggen. Deze vlaggen geven een indicatie van de inhoudsvaliditeit, populatievergelijkbaarheid, registratiebetrouwbaarheid en de statistische betrouwbaarheid. Het percentage indicatoren in de sets dat op alle gemeten elementen goed scoort, verschilt tussen de sectoren van 0% (ggz) tot 44% (eerstelijnsverloskunde).

In werkelijkheid liggen de percentages waarschijnlijk lager, doordat niet voor alle indicatoren alle vlaggen zijn bepaald. In de meeste sectoren zien we dat indicatoren vooral matig tot slecht scoren op de punten registratievergelijkbaarheid en statistisch betrouwbaar. Als de betrouwbaarheid van de registratie matig is, dan is de gebruikswaarde van een indicator gering. Statistisch onbetrouwbaar betekent dat een groot deel van de uitkomsten het gevolg zijn van toeval en niet van verschillen in kwaliteit. Indicatoren die door toeval worden beïnvloed zijn lastig te interpreteren door de

gebruikers van de informatie. Dit maakt het voor de patiënt lastig om op basis van deze indicatoren een weloverwogen keuze te maken tussen zorgaanbieders.

Figuur 2 Stabiliteit en kwaliteit van landelijke vastgestelde indicatorenset per sector (stand december 2012)

Sector	Indicatorenset	Aantal afgeronde metingen	Recentst afgeronde meting ^a	Percentage indicatoren waarvan kwaliteit goed is ^b
Ziekenhuiszorg	ZiZo	○○○○ 4	'10 2011 '12	30%
	IGZ-basisset ^c	○○○○○○○○○○ 10	'10 '11 2012	?
	Minimumkwaliteitsnormen ^d	○ 1	'10 '11 2012	?
Farmacie	ZiZo	○ 1	'10 2011 ^e '12	26%
	Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen	○○○○○○ 6	'10 2011 '12	?
Eerstelijnszorg				
Huisartsen	ZiZo	Geen		?
Kraamzorg	ZiZo	○○ 2	'10 2011 '12	8%
Mondzorg	ZiZo	○ 1	'10 '11 2012	8%
Chronische zorg (diabetes en COPD)	ZiZo	○ 1	2010 '11 '12	?
Fysiotherapie	ZiZo	○○○ 3	'10 2011 '12	35%
Eerstelijns verloskunde	ZiZo	○ 1	'10 2011 '12	44%
Geestelijke gezondheidszorg	Kernset ^f	○○○○ 4	'10 2011 '12	0%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	Kwaliteitskoers 2.0	Geen		?
	Kwaliteitsdocument	Geen		?
	ZiZo	○○○○ 4	'10 2011 '12	0%
Gehandicaptenzorg	Kwaliteitsindicatoren (pijler 1 en 2a)	○ 1	'10 '11 2012	?
	ZiZo	○○○ 3	'10 2011 '12	?

^a Betreft de afgeronde metingen over een verslagjaar. Exclusief pilotmetingen.
^b De uitspraken over de kwaliteit zijn gebaseerd op signaalflaggen van Zichtbare Zorg. Een indicator is goed als alle gemeten vlaggen groen zijn.
^c Naast een basisset kwaliteitsindicatoren is er een basisset veiligheidsindicatoren.
^d Initiatief van Zorgverzekeraars Nederland en wetenschappelijke verenigingen.
^e Voor de sector openbare apotheken vinden al sinds verslagjaar 2008 metingen plaats op basis van de basisset Kwaliteitsindicatoren Openbare Apotheken van de IGZ. ZiZo heeft deze basisset in 2012 grotendeels overgenomen. Daarnaast heeft ZiZo indicatoren opgesteld voor andere apotheken, zoals ziekenhuisapotheken.
^f Naast de kernset is er een subset Forensische Psychiatrie, een set prestatie-indicatoren Opvang.

3 UITKOMSTINDICATOREN

De bewindspersonen van VWS streven een beperkte set aan indicatoren na die zoveel mogelijk iets zeggen over de uitkomst van het zorgproces (VWS, 2011a en 2011b). Uitkomstindicatoren geven patiënten en zorgverzekeraars informatie over de effectiviteit van de geleverde zorg. In het Toetsingskader Kwaliteitsinstituut (VWS, 2012b) voor de zorg staat dat uitkomstindicatoren de grootste informatieve waarde hebben. Het gaat bijvoorbeeld over het percentage patiënten met ernstige postoperatieve pijn, 36 uur na een operatieve ingreep. Proces- en structuurindicatoren kunnen – indien ze een bewezen invloed hebben op uitkomst van de zorg – als aanvullende informatie nuttig zijn. Een procesindicator geeft informatie over de kwaliteit van het zorgproces (bijvoorbeeld de doorlooptijden en minimum aantal verrichtingen per arts). Een structuurindicator geeft informatie over de randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt geleverd (bijvoorbeeld de samenstelling van een artsenteam of de aanwezigheid van faciliteiten).

Uit onze inventarisatie blijkt dat er eind 2012 ruim 800 indicatoren zijn vastgesteld, maar dat bijna de helft van de indicatoren procesindicatoren betreft en een minderheid uitkomstindicatoren (13%).

3.1 Indicatoren per zorgsector

Tussen de zorgsectoren zijn er grote verschillen (zie figuur 3). De farmacie valt op vanwege het aantal (38) en het aandeel (43%) uitkomstindicatoren dat de sector heeft ontwikkeld. In de ziekenhuiszorg is het aandeel uitkomstindicatoren met 7% relatief laag. Dit is opvallend, omdat er in 2007 al afspraken zijn gemaakt, onder meer over het streven om binnen vijf jaar tot 50 á 60% uitkomstindicatoren te komen. De informatie in figuur 3 is gebaseerd op drie verschillende indicatorensets die er zijn voor de ziekenhuiszorg. Als we alleen kijken naar de Zichtbare Zorg-indicatoren – waarop de afspraken gebaseerd zijn – dan is het aandeel uitkomstindicatoren hoger, namelijk 16%, maar nog steeds ver onder het streefgetal.

3.2 Cliëntervaringen

Naast zorginhoudelijke indicatoren bestaan de indicatorensets ook uit indicatoren die gericht zijn op de ervaring van de cliënt. Dit type indicator kan eveneens veel zeggen over de uitkomst van de zorg. Het gaat bijvoorbeeld over de mate waarin de cliënten een goede kwaliteit van zorgverlening ervaren in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg.

De meting van deze indicatoren gebeurt in de meeste sectoren door het afnemen van vragenlijsten bij patiënten, veelal met de Consumer Quality-index³ (CQ-index). We constateren dat in bijna alle sectoren aandacht is voor het meten van cliëntervaringen. Ook hier zijn er verschillen tussen de sectoren:

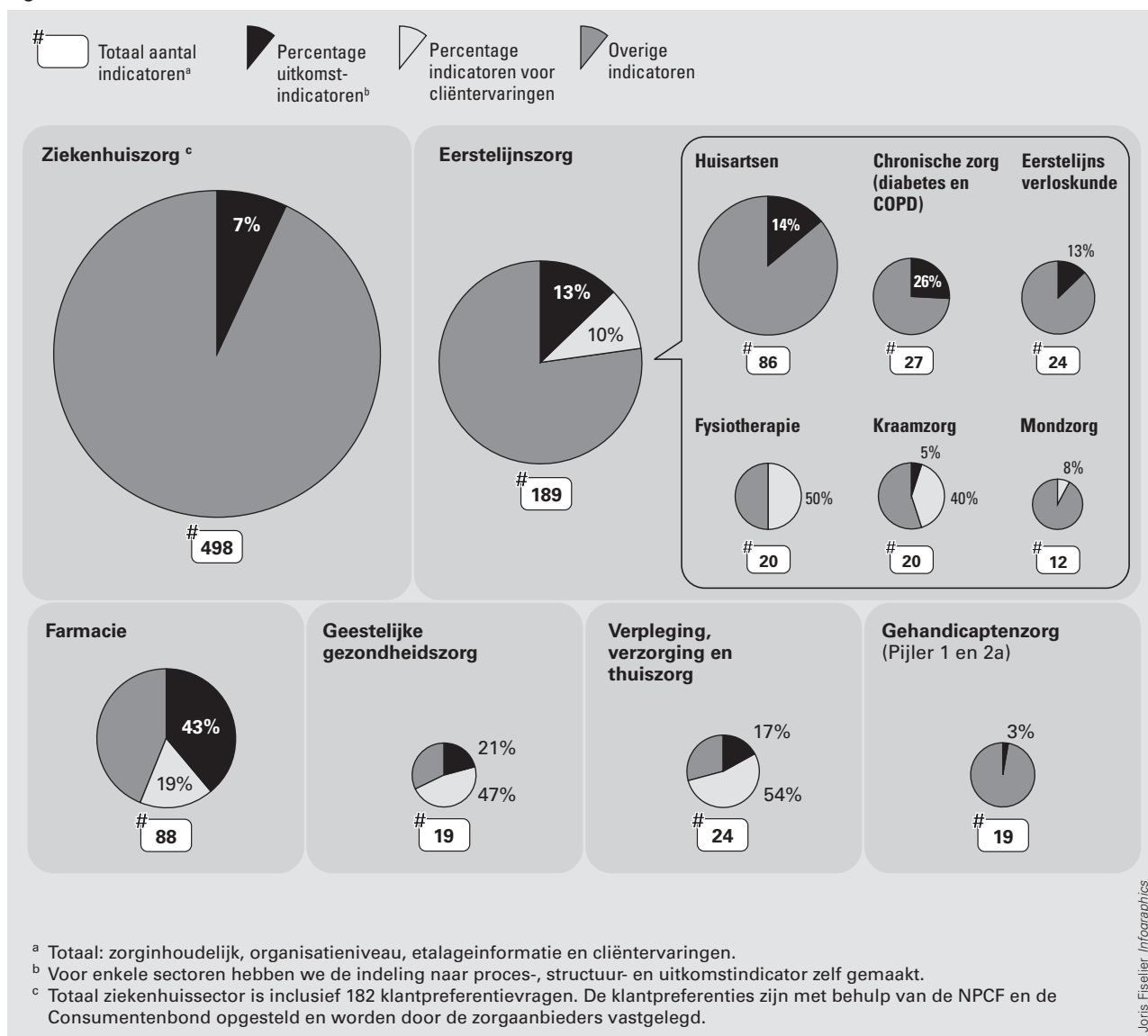
- De sectoren eerstelijnsverloskunde en gehandicaptenzorg zitten in de ontwikkelfase.
- De sectoren huisartsen en chronische zorg hebben wel een CQ-index ontwikkeld. Deze index is (nog) geen onderdeel van de landelijk vastgestelde indicatorenset.
- Andere sectoren hebben al één of meerdere metingen uitgevoerd of concrete afspraken gemaakt. De ggz heeft bijvoorbeeld met Zorgverze-

³ CQ-index is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten.

keras Nederland (ZN) afgesproken⁴ dat in 2014 voor 50% van de cliënten Routine Outcome Measurement-gegevens worden aangeleverd. Ook worden klantervaringen structureel gemeten met de CQ-index.

Het geringe aantal uitkomstindicatoren dat de afgelopen jaren is ontwikkeld, is ook een belemmering voor het streven van de minister van VWS om over te gaan naar outcomefinanciering, waarbij niet langer de verrichting, maar het resultaat van een behandeling het uitgangspunt is.

Figuur 3 Aantal en aandeel (uitkomst)indicatoren eind 2012



⁴ In 2010 afgesloten bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en ZN.

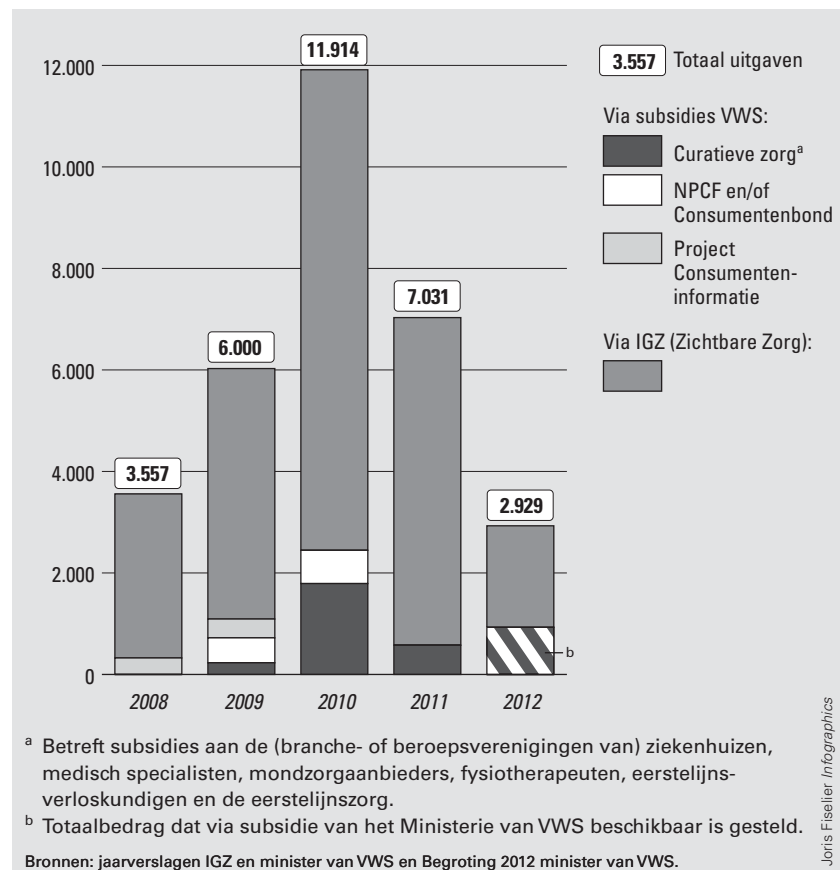
4 PROGRAMMA ZICHTBARE ZORG

Om te komen tot meer transparantie in de kwaliteit van zorg, ondersteunt de minister van VWS sinds 2007 de zorgsectoren met het programma Zichtbare Zorg. Dit programma is ondergebracht bij de IGZ en heeft als doel de perspectieven van de verschillende partijen op de kwaliteit van zorg bij elkaar te brengen, met als uitkomst kwaliteitsinformatie die voor verschillende doeleinden gebruikt kan worden. Wij constateren dat er de afgelopen vijf jaar € 31 miljoen is uitgegeven aan de ondersteuning van het veld bij de ontwikkeling van indicatorenset, maar dat de bruikbaarheid tegenvalt.

4.1 Uitgaven Zichtbare Zorg

Voor het programma Zichtbare Zorg trekt de minister van 2008 tot en met 2012 minimaal € 31 miljoen uit. Hiervan is € 26,1 miljoen uitgegeven via de IGZ en € 5,3 miljoen via het ministerie. De uitgaven via het ministerie betreffen subsidies die zijn verstrekt aan patiënten- en consumentenorganisaties en veldpartijen in de curatieve zorg.⁵ In figuur 4 staan de diverse uitgaven aan Zichtbare Zorg tussen 2008 en 2012.

Figuur 4 Uitgaven aan Zichtbare Zorg (x € 1000)



Ondanks deze financiële ondersteuning is het niet gelukt om voor elke sector een stabiele en kwalitatief goede indicatorenset te ontwikkelen. Bovendien is het enthousiasme voor het programma Zichtbare Zorg en de

⁵ De IGZ mag namelijk geen subsidies verstrekken.

samenwerking in stuurgroepen bij veel partijen afgenomen. Veldpartijen geven de volgende oorzaken aan:

- Te grote (teggengestelde) belangen bij de veldpartijen.
- Indicatoren zijn te weinig gericht op de uitkomst van de zorg.
- Indicatoren zijn onvoldoende bruikbaar: niet-actueel, beperkte validiteit en betrouwbaarheid, niet geschikt voor specifieke doelen.
- Weinig ontwikkeling in de indicatorensets, omdat wijzigingsvoorstellen met veto's door partijen worden tegengehouden.⁶

Daarbij zien we dat veldpartijen bestaande samenwerkingsverbanden loslaten. Zij richten nieuwe groepen op om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Zo heeft ActiZ besloten zelf een visiedocument met bijbehorende kwaliteitsindicatoren op te (gaan) stellen en heeft de stuurgroep fysiotherapie zichzelf opgeheven. ZN, de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) hebben de handen ineen geslagen met «De Nieuwe Koers 2.0». Doel is om de indeling per sector los te laten en voortaan vanuit aandoeningen te redeneren.

4.2 Bruikbaarheid ZiZo-indicatoren

De resultaten van Zichtbare Zorg vallen ook tegen, omdat de bruikbaarheid van de indicatorensets (nog) te wensen overlaat. De minister van VWS stelde in 2007 als doel dat iedereen in 2011 op www.kiesbeter.nl inzicht moet kunnen krijgen in het aanbod en de kwaliteit van (bijna) de gehele zorg. In 2012 is een deel van de indicatoren op KiesBeter te vinden. Bij deze informatie plaatsen we echter de volgende kanttekeningen:

- De informatie beperkt zich vaak tot informatie over praktijk/instelling (bijvoorbeeld adresgegevens). Er is weinig informatie over de kwaliteit van de zorg.
- Het is niet duidelijk welke instellingen informatie niet hebben aangeleverd, omdat er in een aantal sectoren geen sluitend register is.
- In de gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg zijn nieuwe sets ontwikkeld en in andere sectoren is het onduidelijk of en wanneer er een nieuwe landelijk uitvraag volgt (bijvoorbeeld fysiotherapie). Dit kan de continuïteit van het openbaar maken van de informatie in gevaar brengen.

Bruikbaarheid ZiZo-indicatoren voor verzekeraars

Ook de zorgverzekeraar heeft inzicht in de kwaliteit van de zorg nodig om kwalitatief goede zorg in te kunnen kopen. We zien dat zorgverzekeraars in hun inkoopvoorwaarden aandacht hebben voor kwaliteit. Het daadwerkelijk gebruiken van kwaliteitsindicatoren hebben we echter niet kunnen vaststellen.⁷ ZN geeft aan dat er nog wel een weg te gaan is om op kwaliteit te gaan sturen. De kwaliteitsgegevens geven tot nu toe, aldus ZN met name input voor «een goed gesprek» tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Bruikbaarheid ZiZo-indicatoren voor IGZ

De IGZ heeft inzicht in de kwaliteit van zorg nodig voor haar toezichthoudende taken. Voor het toezicht op de ziekenhuizen, openbare apotheken en particuliere klinieken gebruikt de IGZ onder andere de basissets die zij heeft ontwikkeld vóór de oprichting van Zichtbare Zorg. De indicatoren

⁶ Gebaseerd op gesprekken met de IGZ, NPCF en ZN.

⁷ We hebben geen zicht op de contracten die worden gesloten tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

voor de ziekenhuizen en particuliere klinieken zijn volgens de IGZ stabiel, waardoor zij trends over meer jaren kunnen analyseren. Voor de andere sectoren, zoals de eerstelijnszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleging, verzorging en thuiszorg, had Zichtbare Zorg indicatoren moeten leveren voor het toezicht. Dit is echter niet goed van de grond gekomen. De IGZ gebruikt de door Zichtbare Zorg ontwikkelde indicatoren vrijwel niet voor haar toezicht. De indicatoren blijken namelijk onvoldoende voorspellende waarde voor risicovolle situaties te hebben. De IGZ kan de indicatoren dan ook nagenoeg niet gebruiken om prioriteiten aan te brengen in haar (risicogestuurd) toezicht.

5 AANBEVELING

De minister van VWS streeft een beperkte set aan indicatoren na die zoveel mogelijk iets zeggen over de uitkomst van het zorgproces. Uit ons onderzoek blijkt dat er de afgelopen jaren lange lijsten met indicatoren zijn ontwikkeld, maar dat de stabiliteit en kwaliteit ervan beperkt is en het aantal uitkomstindicatoren gering. Ook zien we dat veldpartijen bestaande samenwerkingsverbanden loslaten en in kleiner verband verder gaan. Dit is een magere startpositie voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut dat ondergebracht wordt bij het College voor Zorgverzekeringen.

Wij bevelen de minister van VWS dan ook aan het Kwaliteitsinstituut in de startfase vooral te belasten met het weer om tafel krijgen van partijen en te bezien of per sector voortgang geboekt kan worden met behulp van de nieuwe (web)mogelijkheden en op zoek te gaan naar een betere en houdbare balans tussen een (telkens beperkt aantal) indicatoren voor zorginhoudelijk, voor organisatieniveau en voor cliëntervaringen. Zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken, de zorgverzekeraar kwalitatief goede zorg kan inkopen, de inspectie risicogestuurd toezicht kan houden en stappen gezet kunnen worden richting outcome-financiering.

Ook wij zijn graag bereid onze opgedane ervaringen daarbij in te brengen.

6 BESTUURLIJKE REACTIE EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

De minister van VWS heeft op 20 maart 2013 een reactie gegeven op ons onderzoek. Hieronder volgt een korte weergave van deze reactie. De volledige tekst staat op onze website, www.rekenkamer.nl.

6.1 Reactie minister van VWS

De minister van VWS geeft aan dat patiënten pas vanaf 2006 echt kunnen kiezen, waardoor ook de bijbehorende transparantie pas vanaf dat moment relevant is. Alles om te bepalen wat goede zorg eigenlijk is, moest nog ontwikkeld worden (meetinstrumenten, relevante indicatoren, etc). Volgens de minister behoort Nederland internationaal tot de koplopers wat de indicatoren voor de kwaliteit van zorg betreft. Zij complimenteert alle betrokken veldpartijen hiermee.

Ook het vervolg ziet de minister met vertrouwen tegemoet. De ervaringen van de afgelopen jaren worden gebruikt om een verbeterslag te maken. De geïnvesteerde € 31 miljoen is dan ook goed besteed. Zij verwacht dat het Kwaliteitsinstituut in het vervolg een stimulerende rol kan vervullen.

De minister concludeert dat «het glas half vol is» en er perspectief is op verbetering. Het is volgens de minister niet eenvoudig om snel tot een goede set van indicatoren te komen. Dankzij hun inzet zijn er tastbare resultaten bereikt om de geleverde kwaliteit van zorg transparant te maken. Zij geeft de volgende voorbeelden:

- De IGZ kan op basis van de Basisset Particuliere Klinieken positieve ontwikkelingen aantonen wat kwaliteitsverbetering en normontwikkeling betreft.
- De veiligheidsindicatoren uit het VMS-programma maken een positieve ontwikkeling bij ziekenhuizen zichtbaar: snelle achteruitgang bij patiënten wordt steeds beter herkend, risico's voor ouderen in ziekenhuizen komen steeds beter in beeld, de kans op verwisseling in ziekenhuizen wordt steeds kleiner en de kans op nierproblemen is verminderd bij onderzoeken met contravloeistof.
- Vrijwel alle indicatoren die de IGZ gebruikt voor haar toezicht op ziekenhuizen laten een verbetering zien. Zo is de sterfte door concentratie van pancreaschirurgie gehalveerd en is de ziekenhuissterfte na een acuut hartinfarct met 20% afgenomen.
- In de langdurige zorg heeft het programma Zichtbare Zorg bijgedragen aan het kwaliteitsbewustzijn. Daarmee is de geleverde kwaliteit verbeterd.
- De transparantie is verbeterd, doordat meer zorgverzekeraars volumenormen voor hoogcomplexere kankerzorg meenemen in de zorginkoop. Dit heeft een concentratie van hoogcomplexere kankerzorg tot gevolg en tussen 2004 en 2009 geleid tot een halvering van de sterfte.

De minister geeft tot slot aan dat ze waar mogelijk de randvoorwaarden voor transparantie in de geleverde kwaliteit van zorg schept, zoals een stimulerende rol vanuit het Kwaliteitsinstituut en dankt de Algemene Rekenkamer voor haar bijdrage.

6.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

In 2007 stelde de minister van VWS zich tot doel dat iedereen in 2011 inzicht moest kunnen krijgen in het aanbod en de kwaliteit van (bijna) de gehele zorg. Die ambitie bouwde voort op tien jaar voorgeschiedenis. In 1996 werd in de Kwaliteitswet zorginstellingen vastgelegd dat zorgaanbieders zelf moeten bepalen wat verantwoorde zorg is en hoe zij de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken en verbeteren. Sinds de invoering van de wet is het accent verschoven van «het systematisch waarborgen van kwaliteit» naar «transparantie van kwaliteit». Vanaf 2002 is de nadruk komen te liggen op de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en -indicatoren, waardoor patiënten/cliënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf de kwaliteit van zorginstellingen kunnen vergelijken.

De minister van VWS is van mening dat inmiddels het «glas half vol» is met perspectief op verbetering. Dat is mogelijk. Wij signaleren daarbij wel, dat de ontwikkeling van stabiele en betrouwbare indicatoren kennelijk – ondanks alle inspanningen – trager verloopt dan gehoopt. Daarmee komen de versterking van het toezicht op basis van deze indicatoren, de verbetering van de positie van de patiënt en vormen van outcomefinanciering in de zorg ook later in beeld. Het ware verstandig om verwachtingen hieromtrent in overeenstemming te brengen met de weerbarstige realiteit.

Het is juist dat de ziekenhuiszorg een aantal goede voorbeelden kent, zoals enkele structuurindicatoren van met name de IGZ en volume-indicatoren. We vragen daarnaast aandacht voor de kwaliteit van de indicatoren. Ook het recent verschenen rapport «Beperkt zicht» noemt de betrouwbaarheid en validiteit van indicatoren als een belangrijk aandachtspunt (Kringos, e.a., 2013). Verder gebruikt de IGZ de door Zichtbare Zorg ontwikkelde indicatoren vrijwel niet voor haar toezicht. Ook het beperkte aantal uitkomstindicatoren valt op.

De minister gaat niet expliciet in op deze bevindingen, terwijl juist daar aanknopingspunten zitten ter verbetering in de richting die minister zelf ook beleidsmatig wenselijk vindt. Dat geldt ook voor onze aanbeveling om het Kwaliteitsinstituut het gesprek tussen veldpartijen te laten hernieuwen, de inzet van nieuwe (web)mogelijkheden te stimuleren en een betere en houdbare balans te vinden tussen indicatoren voor de zorg zelf, voor de organisatie ervan en voor cliëntervaringen.

LITERATUUR

Algemene Rekenkamer (2009). *Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 961, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu

Kringos, D.S., Anema, H.A., Asbroek, ten. A.H.A., Fischer, C., Botje, D., Kievit, J., Steyerberg E.W. & Klazinga, N.S. *Beperkt Zicht. Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Amsterdam: AMC, LUMC en Erasmus MC

VWS (2005). *Kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 28 439, nr. 12. Den Haag: Sdu.

VWS (2007). *Ambities ten aanzien van de kwaliteit van de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 28 439, nr. 18 (herdruk). Den Haag: Sdu.

VWS (2011a). *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2011b). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2012a). *Wijzigingen van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de Kwaliteit van de zorg*. Nota naar aanleiding van het verslag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 243, nr. 2, 3 en 6. Den Haag: Sdu.

VWS (2012b). *Inhoudelijke Kaderstelling voor het transparantieprogramma*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Aangeboden aan de Voorzitter van
de Tweede Kamer der Staten-Generaal door
de Algemene Rekenkamer

Onderzoeksteam

Mw. drs. S.W. Mathijssen RO (projectleider)

Dhr. drs. R.S. de Boer

Mw. J.T. de Jong-van Til MSc

Mw. ir. E. Wiemer

Voorlichting en tekstbegeleiding

Afdeling Communicatie

Postbus 20015

2500 EA Den Haag

telefoon (070) 342 44 00

voorlichting@rekenkamer.nl

www.rekenkamer.nl

Uitgave

Sdu Uitgevers

Drukwerk

DeltaHage Grafische Dienstverlening

Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers

Foto: Hollandse Hoogte

Bestelling

Sdu Klantenservice

telefoon (070) 378 98 80

sdu@sdu.nl of www.sdu.nl

of via de boekhandel

NUR 823