

# Sturen op gezondheidsdoelen



Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, juni 2011



## Kern van het advies

Sturen op gezondheidsdoelen leidt tot een betere kwaliteit van de gezondheidszorg en betere zorg voor de patiënt. Bovendien vergroot het de effectiviteit van de ingezette middelen, zowel in menskracht als in geld.

### *Welk probleem lost dit advies op?*

Nederland blijft achter in de stijging van de levensverwachting en de verschillen in geleverde kwaliteit van de gezondheidszorg zijn te groot. De kwaliteit van de zorg schiet op een aantal punten tekort. Sturing vindt nu vooral plaats op verrichtingen, niet op de resultaten van behandelingen. Dat kan anders, dat kan beter.

### *Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?*

De patiënt en cliënt bespreekt met zijn of haar zorgverlener de te bereiken doelen van de behandeling en zorg. Zij werken samen om deze doelen te bereiken. Daarmee ontstaat er een gezamenlijk belang en kunnen de resultaten beter worden besproken. Door benchmarking stijgt het gemiddelde niveau van de zorgverleners. De kwaliteit van de zorg wordt beter.

### *Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?*

De relatie tussen zorgverlener en patiënt verandert. De zorgverlener wordt door de patiënt en zorgverzekeraar meer aangesproken op de bereikte resultaten, maar kan ook gemakkelijker leren van zijn collega's. Uiteindelijk worden resultaten ook financieel beloond.

### *Wat kost het?*

De effectiviteit van elke in de gezondheidszorg gependeerde euro stijgt, doordat de gemiddelde kwaliteit van de gezondheidszorg verbetert, maar ook elke specifieke behandeling doelgerichter kan plaatsvinden. Meer kwaliteit voor hetzelfde geld.

### *Wat is nieuw?*

Het advies schetst de mogelijkheden van het sturen op gezondheidsdoelen en voorwaarden die daarvoor nodig zijn. De Raad adviseert best practices om te vormen tot integrale sturing op gezondheidsdoelen, en dit te doen op een aantal terreinen waar al procesindicatoren gehanteerd worden.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Adviesopdracht</b>	<b>11</b>
1.1	Aanleiding	11
1.2	Beleidsvragen	11
1.3	De functie van het advies	12
1.4	Domein	12
1.5	Werkwijze	13
1.6	Leeswijzer	13
<b>2</b>	<b>Analysekader</b>	<b>14</b>
2.1	Het probleem	14
2.2	Sturen op macro-, meso- en microniveau	14
2.3	Is sturen op gezondheidsdoelen zinvol?	15
2.4	Kan het in Nederland?	16
<b>3</b>	<b>Sturen op gezondheidsdoelen op microniveau</b>	<b>17</b>
3.2	Is het zinvol?	20
3.3	Is het mogelijk?	20
3.4	Conclusies	21
<b>4</b>	<b>Sturen op gezondheidsdoelen op mesoniveau</b>	<b>22</b>
4.1	Voorbeelden	22
4.2	Is het zinvol?	26
4.3	Is het mogelijk?	27
4.4	Financiële prikkels bij de zorginkoop	29
4.5	Conclusies	31
<b>5</b>	<b>Sturen op gezondheidsdoelen op macroniveau</b>	<b>32</b>
5.1	Voorbeelden van het stellen van expliciete gezoninhousopgave bijwerkendheidsdoelen	32
5.2	Is het zinvol?	34
5.3	Is het mogelijk?	37
5.4	Conclusies.	39
<b>6</b>	<b>Conclusies en Aanbevelingen</b>	<b>40</b>
 Bijlagen		
1	Relevant deel van het RVZ-Werkprogramma voor 2010	45
2	Verantwoording van de adviesprocedure	47
3	Afkortingen	64
4	Definities	66
5	Referenties/ Eindnoten	68



# Sturen op gezondheidsdoelen

## Samenvatting

De stijging van de levensverwachting blijft in Nederland achter ten opzichte van die in een aantal andere Europese landen. De verschillen in geleverde kwaliteit tussen verschillende ziekenhuizen en (georganiseerde) zorgverleners zijn in Nederland onverklaarbaar groot. De kwaliteit van de zorg in de care schiet op een aantal punten tekort, de patiënttevredenheid kan veel beter. Ook op het terrein van de preventie worden te weinig resultaten geboekt. Ongezonde leefwijzen zoals roken, excessief alcoholgebruik en gebrek aan lichaamsbeweging blijken hardnekkig. De financiële randvoorwaarden zijn alle gericht op het bekostigen van verrichtingen, niet op de bereikte resultaten. Hoewel de toegankelijkheid van de zorg in Nederland goed is, en de gemiddelde kwaliteit ook, kan het dus beter, en moet het beter volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

In dit advies onderzoekt de RVZ of en hoe sturen op gezondheidsdoelen een bijdrage kan leveren aan verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Een gezondheidsdoel kan verschillen naar gelang de aard van de zorgverlening. Bij de cure kan het bijvoorbeeld gaan om genezing, beter kunnen bewegen of het wegemen van fysieke belemmeringen. In de care zal het eerder gaan om behoud van kwaliteit van leven of het verbeteren van de mogelijkheden om weer mee te kunnen doen. Door het stellen van doelen is het mogelijk om ontwikkelingen die niet goed genoeg of snel genoeg gaan, te prioriteren en te agenderen. De RVZ ziet mogelijkheden voor sturen op gezondheidsdoelen in de directe zorg van zorgverlener aan de patiënt (microniveau), voor de inkoopfunctie van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor (mesoniveau) en voor de beleidssturing door de nationale en lokale overheid (macroniveau).

De gezondheid van individuele mensen wordt niet alleen bepaald door de kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg. De fysieke omgeving, gedrag en sociaal-economische factoren zijn ook belangrijk. Intersectorale samenwerking is dus noodzakelijk voor een hogere levensverwachting en betere gezondheid.

In de behandel- en zorgplannen van chronisch zieke patiënten worden in een aantal paramedische beroepen, in de geestelijke gezondheidszorg en in de verpleging en verzorging al expliciete behandel- en zorgdoelen vastgesteld. In de cure komt dat nog veel minder voor. Wel zijn er voor verschillende ziektebeelden en behandelingen door de desbetreffende beroepsverenigingen indicatoren en normen voor behandelingen bepaald, zoals voor diabetes.

In het buitenland en in Nederland zijn succesvolle voorbeelden van onderlinge uitwisseling van uitkomstgegevens, waarmee dan vervolgens andere behandelaars geholpen kunnen worden om hun zorgverlening te verbeteren. Deze spiegelinformatie - performance management - geeft zorgverleners onderling de mogelijkheid om van elkaar te leren. Een goed voorbeeld is de Dutch Surgical Colorectal Audit

(DSCA), waarbij zorgaanbieders heel precies de resultaten van de behandelingen van dikke darmkanker bijhouden. Deelnemende ziekenhuizen kunnen hun eigen prestaties vergelijken met die van andere en indien nodig maatregelen ter verbetering treffen. Voor een goede performance management zijn echter veel statistische gegevens nodig die onderling vergelijkbaar moeten zijn, en administratieve lastenverzwaring ligt dan ook op de loer. Directe vastlegging van de gegevens in het patiëntendossier kan dit beperken.

In de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk blijken vaker financiële prikkels effectief gebruikt te zijn om expliciete gezondheidsdoelen te bereiken. In de Verenigde Staten hebben naast Medicaid meer dan de helft van de commerciële zorgverzekeraars dergelijke pay for performance projecten. Ook in Nederland vindt er op kleinere schaal P4P door zorgverzekeraars plaats.

In de care is in Nederland weinig bekend van financiële prikkels in de zorginkoop. Met name de gemeten patiënttevredenheid zou hier als maatstaf gebruikt kunnen worden.

Een belangrijk knelpunt is het bekostigingssysteem. Het huidige DBC/DOT-systeem is gebaseerd op het belonen van verrichtingen en niet op het bereiken van resultaten. Ook in de AWBZ zijn de financiële prikkels niet gericht op het te bereiken resultaat, maar op de zorgactie.

Verschillende voorbeelden uit het buitenland, zoals het Finse Noord-Karelia project en het Engelse NHS Outcomes Framework laten zien dat het op macroniveau mogelijk is om effectief op expliciete gezondheidsdoelen te sturen. In Nederland is dit ook geprobeerd, bijvoorbeeld door het stellen van doelen in de Nota2000 uit 1986. In de preventienota Kiezen voor gezond leven uit 2006 zijn kwantitatieve doelstellingen voor onder andere het terugdringen van het aantal rokers, het alcoholgebruik en overgewicht aangegeven. De gestelde doelstellingen bleken niet te worden gehaald, omdat de gestelde doelen niet realistisch waren, er niet voldoende draagvlak voor was bij professionals en politiek, en de in te zetten maatregelen niet haalbaar bleken.

In de afgelopen jaren zijn steeds meer instrumenten beschikbaar gekomen die kunnen helpen bij het wel realistisch en acceptabel formuleren van gezondheidsdoelen, zoals SimSmoke voor het terugdringen van het roken of de Health Inequalities Intervention Toolkit voor het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen.

De Raad concludeert dat sturen op expliciete gezondheidsdoelen op alle niveaus in de gezondheidszorg zinvol, wenselijk en mogelijk is. Gezondheidsdoelen kunnen het meest effectief worden bereikt als op alle niveaus, in de directe behandelrelatie, bij de zorginkoop en op het nationale en lokale beleidsniveau, wordt samengewerkt richting één doel, en daar een mix van ook intersectorale middelen voor wordt ingezet.

De Raad ziet een belangrijke rol weggelegd voor het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg bij de selectie en vaststelling van kwaliteitsindicatoren. Om de



administratieve lasten zo laag mogelijk te houden moeten de benodigde uitkomstgegevens gestandaardiseerd in het medisch dossier opgenomen worden. Niet alleen diagnose en behandeling, maar ook het behaalde resultaat moet in het dossier vastgelegd worden.

Alle zorgverleners moeten deelnemen aan performance management en expliciete behandeldoelen in hun behandel-/zorgplannen opnemen. Dit laatste is tevens een goed instrument om patiënten te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid voor een goede uitkomst, bijvoorbeeld door de leefstijl aan te passen, of de noodzaak de aanbevelingen van de dokter op te volgen (therapietrouw).

Tot slot stelt de Raad voor om op een aantal gebieden de bestaande best practices uit te bouwen tot integrale sturing op gezondheidsdoelen. Hierbij ligt het voor de hand om te starten met die gebieden waar al initiatieven aanwezig zijn en waar draagvlak voor is bij de zorgprofessionals. De Raad noemt acht best practices waarmee nu al kan worden begonnen met sturen op gezondheidsdoelen.



# 1 Adviesopdracht

## 1.1 Aanleiding

Het uiteindelijke doel van de gezondheidszorg is om de gezondheid van burgers te bevorderen. Dit kan bereikt worden door ziekten te voorkomen of te behandelen en/of de gevolgen weg te nemen of te compenseren. De gezondheidszorg beschikt hiertoe over een groot arsenaal aan interventiemogelijkheden op het terrein van preventie, curatie, revalidatie en verzorging, waarvan de effectiviteit in de loop van de afgelopen decennia sterk is toegenomen.

Het doel van de gezondheidszorg is dus het voorkomen van ziekte, het succesvol behandelen van ziekten of het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten. Maar sturen we ook op deze doelen? En doen we dat dan succesvol? Hoe goed presteert eigenlijk de Nederlandse gezondheidszorg? Een belangrijke indicator voor de prestaties van de sector gezondheidszorg is de levensverwachting van de bevolking en de perinatale sterfte. Tot 1960 was de levensverwachting één van de hoogste in Europa. Anno 2011 is Nederland qua levensverwachting naar de middenmoot gezakt. In vergelijking met andere Europese landen is de perinatale sterfte in Nederland hoog, zeker in vergelijking met de Scandinavische landen. Ook de kwaliteit van de zorg schiet op een aantal punten tekort.<sup>1</sup> De sterfte binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening (herseninfectie, hersenbloeding, hartinfarct) is relatief hoog in vergelijking met andere Europese landen. Datzelfde geldt voor de vijfjaarsoverleving bij borst-, baarmoeder- en dikke darmkanker.<sup>2</sup> En ook in de langdurige zorg staat de kwaliteit van zorg onder druk en zijn patiënten of hun vertegenwoordigers vaak ontevreden over de geleverde zorg.<sup>3</sup>

In het recente advies *Perspectief op gezondheid 20/20*<sup>4</sup> pleit de RVZ ervoor om het resultaat van de zorg centraler te stellen in de gezondheidszorg en in het gezondheids(zorg)-beleid. In dit advies wordt deze gedachte verder uitgewerkt, en wordt dit kortheidshalve aangeduid als sturen op gezondheid. Dit advies gaat dan ook over de vraag of het zinvol en mogelijk is, in de gezondheidszorg vaker te sturen op expliciete gezondheidsdoelen, en daarmee op de prestaties die beoogd worden.

## 1.2 Beleidsvragen

De vraag die in dit advies moet worden beantwoord, is, of het inderdaad zinvol is in de zorgsector meer dan nu te sturen op expliciete gezondheidsdoelen, en zo ja, of dit in de Nederlandse situatie ook praktisch uitvoerbaar is.

De zinvolheid van sturen op gezondheidsdoelen staat of valt met de effectiviteit ervan. Leidt sturen op gezondheidsdoelen tot een betere volksgezondheid, zoals bijvoorbeeld een hogere levensverwachting, tot betere prestaties en betere zorg op het niveau van zorginstellingen als ziekenhuizen en verpleeginstellingen, en/of tot

een betere gezondheid of kwaliteit van leven van individuele patiënten? Om deze vraag te kunnen beantwoorden beziet de RVZ wat in binnen- en buitenland de ervaringen met sturen op gezondheid zijn.

Om te kunnen sturen op gezondheidsdoelen moet duidelijk zijn wat deze doelen zijn, moeten er indicatoren en gegevens zijn, en instrumenten om deze te kunnen meten en vergelijken. De doelen moeten SMART beschreven zijn. In dit advies onderzoekt de RVZ in hoeverre aan deze randvoorwaarden in de Nederlandse situatie wordt voldaan.

### 1.3 De functie van het advies

Terwijl de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg uitstekend is, komt de kwaliteit niet boven het gemiddelde uit. Ook blijven er op het terrein van preventie kansen liggen. Dit advies gaat na of en hoe sturen op gezondheidsdoelen een bijdrage kan leveren aan de verhoging van de kwaliteit van de zorg.

Zoals in het advies *Perspectief op gezondheid 20/20* is aangegeven, meent de Raad dat de Nederlandse zorg baat zou hebben bij een heroriëntatie van zorg en ziekte naar het (meer) centraal stellen van gedrag en gezondheid. Dit advies past in deze lijn, en geeft uitwerking aan de aanbeveling in dat advies, dat meer gebruik moet worden gemaakt van outcome-indicatoren.

### 1.4 Domein

De centrale vraag in dit advies is, of het zinvol is in de zorgsector meer dan nu te sturen op expliciete gezondheidsdoelen, en zo ja of dit in de Nederlandse situatie ook praktisch uitvoerbaar is. Deze vraag beantwoordt de RVZ voor de directe zorg van zorgverlener aan de patiënt (microniveau), voor de inkoopfunctie van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor (mesoniveau) en voor de beleidssturing door de nationale en lokale overheid (macroniveau).

Het gaat hierbij allereerst om sturing van de gezondheidszorg. De voor de hand liggende manier om gezondheidsdoelen te realiseren is dan ook het inzetten van interventies uit het arsenaal van de zorg. Zorg is echter slechts één van de factoren die bepalen in hoeverre mensen gezond zijn. Andere factoren zijn gedrag, sociale en economische factoren en fysieke omgeving. Dit intersectorale perspectief wordt daarom daar waar nodig meegenomen in de beschouwing.

Dit advies heeft raakvlakken met verschillende andere adviezen van de Raad. Aan de inrichting van intersectoraal gezondheidsbeleid is aandacht besteed in het RVZ-advies *Intersectoraal gezondheidsbeleid*<sup>5</sup>. Aan verandering van gezondheidsgedrag is aandacht besteed in het advies *Perspectief op gezondheid 20/20*<sup>6</sup>. Over het onderwerp preventie adviseert de Raad in de loop van 2011.

## 1.5 Werkwijze

Dit advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden de heer prof. dr. J.P. Mackenbach en mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman.

Ter voorbereiding van dit advies is aan drie externe deskundigen gevraagd een achtergrondstudie te schrijven over de status quo van nationaal en internationaal gebruikte methoden van gezondheidssturing en de daarmee bereikte resultaten op drie niveaus: micro, meso en macro. De drie studies zijn onderwerp geweest van drie debatten in november 2010. Daarnaast is in een vierde studie de ontwikkeling van de levensverwachting in Nederland in de periode 1980-2020 in kaart gebracht. Deze studies vormden tezamen met debatten de basis voor de beantwoording van de beleidsvraag.

## 1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het analysekader geschetst. In de hoofdstukken 3, 4 en 5 wordt sturen op gezondheid op micro-, respectievelijk meso- en macroniveau besproken. In hoofdstuk 6 tenslotte worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

De bijlagen bevatten het relevante gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2010, de verantwoording van de adviesprocedure en een lijst van afkortingen en gehanteerde definities.

## 2 Analyse kader

### 2.1 Het probleem

Uit diverse studies blijkt dat gezondheidsuitkomsten in Nederland achterblijven ten opzichte van die in een aantal andere Europese landen. Dat geldt allereerst voor enkele indicatoren voor de gezondheid van de gehele Nederlandse bevolking. In de periode 1980-2000 stagneerde de levensverwachting in Nederland in vergelijking met andere landen en Nederland heeft de opgelopen achterstand niet meer ingehaald.

Ook uit analyses van de kwaliteit van de gezondheidszorg blijkt dat er verbeteringen mogelijk en nodig zijn. De toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is uitstekend, maar er worden door het RIVM grote verschillen geconstateerd in de kwaliteit van de zorgverlening tussen ziekenhuizen. De kwaliteit van de zorg in de langdurige zorg wordt te vaak niet als positief gewaardeerd. Ook op het terrein van de preventie worden te weinig resultaten geboekt. Ongezonde leefwijzen zoals roken, excessief alcoholgebruik en gebrek aan lichaamsbeweging blijken hardnekkig.

Tot slot is het beslag van de zorgkosten op het bruto nationaal product de afgelopen decennia sterk gestegen: van 6,8% in 1973 naar 13,3% in 2008. Maar ondanks de recente kostenexplosie en de gestegen gezondheidswinst, is onduidelijk of de geleverde zorg wel doelmatig is verleend, juist omdat we niet voldoende gegevens hebben over de gestelde doelen en uitkomsten.

Een knelpunt hierbij is het bekostigingssysteem. Het huidige DBC/DOT-systeem belooft verrichtingen en niet het bereikte resultaat. Ook in de AWBZ zijn de financiële prikkels niet gericht op het te bereiken resultaat, maar op de zorgactie.

Er is dus alle reden om te onderzoeken of meer vooruitgang in de volksgezondheid is te boeken door meer te sturen op gezondheidsdoelen.

### 2.2 Sturen op macro-, meso- en microniveau

Sturing van de zorgsector vindt op drie niveaus plaats:

- *Macroniveau*: Dit is het niveau van de beleidssturing door de nationale en lokale overheid. De overheid draagt verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. Daarnaast moet zij op grond van artikel 22, eerste lid, van de Grondwet maatregelen treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Elke vier jaar moet de minister van VWS op basis van de Wet publieke gezondheid een nota gezondheidsbeleid uitbrengen. Naast de minister van VWS dragen diverse andere ministers verantwoordelijkheid voor aspecten van gezondheid, zoals de gezondheid van werknemers, verkeersveiligheid, voedselveiligheid en milieu. De gemeenten zijn op basis van de Wet publieke gezondheid verantwoordelijk

voor de collectieve preventie in hun gemeente. Zij hebben de taak de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Gemeenten zijn verplicht om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met keuzes, prioriteiten en doelen op het terrein van de volksgezondheid en preventie. Gemeenten dienen een Gemeentelijke Gezondheidsdienst in stand te houden. De wettelijke taken van de gemeenten worden grotendeels door de GGD uitgevoerd.

- *Mesoniveau:* De zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van kwalitatief hoogwaardige zorg tegen een scherpe prijs. Deze zorg wordt geleverd door zorgaanbieders als ziekenhuizen en huisartsen in de cure en bijvoorbeeld verpleeghuizen in de care, die verantwoordelijk zijn om op een zo efficiënte mogelijke wijze, kwalitatief goede zorg te verlenen.
- *Microniveau:* De patiënt of cliënt ontvangt zorg van zijn of haar zorgverlener. De zorgverlener draagt daarbij de verantwoordelijkheid voor het verlenen van goede zorg, terwijl van de patiënt 'goed patiëntschap' verwacht mag worden. Rechten en plichten van partijen zijn onder andere in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst vastgelegd.

Het is belangrijk op te merken dat het onderscheid in de drie niveaus niet absoluut is en vooral vanuit een besturingsperspectief wordt gezien. Zo werkt de gemeente lokaal, maar wordt hier als onderdeel van de overheidssturing tot het macroniveau gerekend. Een aantal zorgverzekeraars werkt landelijk, maar wordt hier tot het mesoniveau gerekend. En uiteindelijk vinden alle behandelingen of zorgverlening plaats op het microniveau.

Het is niet ondenkbaar dat sturen op gezondheidsdoelen op het ene niveau wel en op het andere niveau niet zinvol of mogelijk is. Tevens kan het op elk niveau anders van vorm en/of inhoud zijn. Zo is het denkbaar dat op het ene niveau een gezondheidsdoel beter gehaald kan worden door de processen te verbeteren, en op het andere niveau door concreet op uitkomstindicatoren (bijvoorbeeld bloedwaarden) te sturen. De RVZ kijkt de drie niveaus daarom zowel apart als in samenhang.

### 2.3 Is sturen op gezondheidsdoelen zinvol?

Drie deskundigen hebben gekeken naar de resultaten van sturing op expliciete gezondheidsdoelen in de buitenlandse en Nederlandse praktijk. Zij hebben de voor- en nadelen en de zinvolheid in kaart gebracht. De centrale vraag daarbij was, of het hanteren van expliciete gezondheidsdoelen tot meer gezondheidswinst leidt-

De vraag kan echter ook omgedraaid worden: Wat gebeurt er als er niet op gezondheidsdoelen wordt gestuurd? Dit geeft het rapport van de commissie Mostert aan. In de periode 1994-2002 is 15,6 miljard euro extra in de zorg gestopt. De commissie constateert dat een uitspraak over de effectiviteit van de inzet van deze extra middelen niet mogelijk is, met name omdat er vooraf geen doelen geformuleerd

zijn.<sup>7</sup> Zonder het stellen van doelen is de zorg stuurloos. Doelen stellen betekent prioritering aangeven: zaken aanpakken die niet goed gaan, mensen motiveren om dingen te verbeteren. Dit is één van de redenen waarom het wenselijk is dat er op gezondheidsdoelen gestuurd wordt.

#### 2.4 Kan het in Nederland?

Om na te kunnen gaan of sturen op gezondheidsdoelen op de verschillende niveaus in Nederland mogelijk is, is het van belang om de randvoorwaarden daarvoor te bepalen. Op basis van de achtergrondstudies komt de Raad tot de conclusie dat het in ieder geval noodzakelijk is dat:

- Iemand bereid en in staat is de verantwoordelijkheid op zich te nemen voor het nastreven van gezondheidsdoelen.
- De gestelde doelen realistisch en acceptabel zijn.
- Degene, die stuurt, over effectieve instrumenten beschikt om de doelen te verwezenlijken.
- De benodigde gegevens beschikbaar en betrouwbaar zijn.

De Raad zal bij de drie afzonderlijke niveaus aangeven of er voorbeelden bekend zijn, of het ook in Nederland mogelijk lijkt, en wat ervoor nodig is om sturen op gezondheid effectief in te zetten.

#### 2.5 Definitie

We spreken in dit advies over een gezondheidsdoel als aan een behandeling, zorgverlening of preventieve activiteit, op individueel of op groepsniveau, vooraf een voldoende specifiek en meetbare uitkomst tot doel is gesteld. Een gezondheidsdoel kan ook gesteld worden voor de resultaten van behandelingen van een ziekte of resultaten van een groep van instellingen. De doelen kunnen nationaal, regionaal of lokaal, maar ook individueel gesteld worden. Daarbij gaat het op individueel niveau om gezondheidsuitkomsten in brede zin, zoals het zich beter voelen, langer (gezond) leven, beter kunnen bewegen of geen pijn meer hebben, maar ook kan het gaan om het weer zelfstandig kunnen functioneren, kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven, de krant kunnen lezen, zelfstandig eten of praten met andere mensen.



### 3 Sturen op gezondheidsdoelen op microniveau

#### 3.1 Voorbeelden

In de gezondheidszorg is het handelen van professionals er in het algemeen op gericht bij hun patiënten gezondheidswinst te bereiken. De huisarts probeert bij diabetespatiënten complicaties te voorkomen, de orthopeed probeert om met een heupvervangende operatie de pijnklachten van zijn patiënt weg te nemen en zijn mobiliteit te bevorderen. In verpleeghuizen of de thuiszorg probeert de verzorgende de cliënt of patiënt zo goed mogelijk te helpen bij het eten of de huishouding. Toch komt sturen op expliciete gezondheidsdoelen betrekkelijk weinig voor

In de behandel- of zorgplannen van mensen met chronische aandoeningen worden wel vaak gezondheidsdoelen benoemd. Ook binnen een aantal paramedische beroepen, zoals fysiotherapie en diëtetiek, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg en in de verpleging en verzorging is het inmiddels gebruikelijk dat er behandel- of zorgplannen worden opgesteld met daarin expliciete gezondheidsdoelen. Veel zorgverzekeraars stellen dit zelfs als eis voor vergoeding.

In de curatieve zorg komt sturen op expliciete behandeldoelen nog weinig voor. Een gunstige uitzondering is de diabeteszorg, waar dit steeds vaker wel gebeurt.

#### *Diabetes*

De belangrijkste risicofactoren voor diabetes type2 zijn overgewicht en verkeerde (onregelmatige) leefgewoontes. De huisarts of patiënten kunnen zelf, thuis, de resultaten van de behandeling met medicijnen of van de gevolgde leefwijze meten. Het is steeds gemakkelijker om de glucose, bloeddruk of cholesterol te meten. Daarmee kan direct bijgestuurd worden op leefpatroon of behandeling om gezondheidsdoelen te behalen: een langere levensverwachting, voorkomen van noodzakelijke amputaties na het ontstaan van diabetische voeten, voorkomen van blindheid. Veel kan ook bereikt worden door preventieve acties gericht op meer bewegen en gezonder eten. Het Nederlandse Huisartsengenootschap heeft de indicatoren en normen bepaald.<sup>8</sup> Huisartsen kunnen zo de kwaliteit van hun diabeteszorg meten en onderling vergelijken. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken welke gegevens huisartsen moeten leveren zodat zij, op mesoniveau, goede kwaliteit van diabeteszorg in kunnen kopen.

Daar waar de doelen zich richten op het terugbrengen van (de gevolgen van) chronische ziekten, is aansluiting met acties in de langdurige zorg noodzakelijk. Zo is bij een herseninfarct de kwaliteit van de gehele keten - acute zorg, revalidatie, verpleeg- of thuiszorg - van belang.

### *Herseninfarct*

In onderzoek is aangetoond dat snelle behandeling van mensen met een herseninfarct de prognose aanzienlijk verbetert. Patiënten met een herseninfarct (CVA) die binnen 1 uur behandeld worden met een bloedverdunner hebben een aanzienlijk grotere kans op lichamelijk en geestelijk herstel. De grens voor een effectieve behandeling is 4,5 uur na optreden van een herseninfarct.<sup>9</sup> Lastig hierbij is dat een hersenbloeding vergelijkbare verschijnselen geeft, en dat hierbij het toedienen van bloedverdunders schade oplevert voor de gezondheid. De gezondheidsdoelen bij de behandeling van het herseninfarct zijn duidelijk: verminderde sterfte en vermindering van de (vaak) blijvende restverschijnselen als verlammingen, spraakstoornissen en persoonlijkheidsveranderingen. De door-to-needle-time is een goede indicator voor de snelheid van behandeling binnen het ziekenhuis. Snelheid buiten het ziekenhuis is wellicht nog belangrijker. Daarom is het voorlichten van publiek belangrijk zodat omstanders snel de verschijnselen van een herseninfarct herkennen en 112 bellen. Daarnaast zijn enkele belangrijke risicofactoren bekend, en kan de preventie en behandeling door huisartsen daarop gericht worden: hoge bloeddruk en hartritmestoornissen.

Indien een patiënt toch restverschijnselen houdt, is revalidatie belangrijk. In de revalidatiegeneeskunde wordt reeds gewerkt met het stellen van expliciete behandeldoelen. Revalidatie vereist hoge motivatie en veel inspanning van de zijde van de patiënt. Expliciete behandeldoelen vormen een ijk- en motivatiepunt voor zowel behandelaar als patiënt om naar toe te werken.

Door gezamenlijk (patiënten, zorgverzekeraars, professionals en beleidsmakers) doelen te stellen kan gestuurd worden op verbetering van de kwaliteit van een gehele groep patiënten, op alle fronten. De gehandicaptensector toont aan dat hier goede mogelijkheden zijn.

### *Gehandicaptenzorg*

In het visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg<sup>10</sup> hebben cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroepsorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland, de IGZ en het ministerie van VWS als doel van de gehandicaptenzorg geformuleerd: Het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van het bestaan van mensen met een beperking, waarbij het behoud van eigen regie een centrale waarde is.

Er worden twaalf thema's onderscheiden, bijvoorbeeld lichamelijk en psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties en deelname aan de samenleving. Per thema zijn indicatoren gekozen. In het kader van Zichtbare Zorg leveren de zorginstellingen deze gegevens aan. De zorginstellingen krijgen de prestaties van anderen als spiegelinformatie en kunnen zo hun zorg verbeteren.

Daarnaast wordt aan mensen met een verstandelijke beperking en/of hun vertegenwoordigers gevraagd naar hun ervaringen met de zorg in de vorm van de zgn. Consumer Quality (CQ)Index. Aan de hand van vragenlijsten wordt naar de uitkomsten van zorg gevraagd, bijvoorbeeld: "Helpen de begeleiders u goed bij uw problemen/beperkingen?", "Maken ze afspraken over de hulp die u krijgt?", "Praat u hierover mee?", "Houden ze zich eraan?" De resultaten zijn, na akkoordbevinding door de instelling, openbaar en kunnen bij de zorginkoop op mesoniveau gebruikt worden.

Het is eveneens belangrijk dat zorgverleners zichzelf doelen stellen ten aanzien van de kwaliteit van hun dienstverlening. Een belangrijk instrument hierbij is 'performance management'. Hierbij worden uitkomstdata van patiënten verzameld en de individuele zorgverlener of zorginstelling krijgt dit als spiegelinformatie. Dit geeft inzicht in de huidige knelpunten. De individuele zorgverleners kunnen deze via een intern leerproces aanpakken en door verbeteracties betere uitkomsten realiseren. Een voorbeeld is de Dutch Colorectal Audit (DSCA), een initiatief van de wetenschappelijke verenigingen van chirurgen op dit terrein. Elke jaar brengen zij een rapportage uit, waarin op landelijk niveau de kwaliteit van de chirurgische behandeling van dikke darmkanker in kaart wordt gebracht. Individuele ziekenhuizen krijgen de informatie op detailniveau en kunnen aan de hand van deze spiegelinformatie de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Een voorbeeld van nog directere sturing van de kwaliteit van het zorgproces is de implementatie van kwaliteitsbewakingssystemen. In de industrie is dit al jaren gemeengoed. Het productieproces wordt daarbij op basis van statistische gegevens realtime bijgestuurd aan de hand van indicatoren. Zodra een indicator aangeeft dat het proces 'uit de pas gaat lopen', wordt direct bijgestuurd, zodat voorkomen wordt dat het mis gaat. Een dergelijk systeem is voor zorg op de Intensive Care in Nederland ontwikkeld door prof. Van der Berg. Het systeem geeft realtime in maat en getal aan hoeveel beter of slechter dan verwacht een behandelplan verloopt, zodat direct bijgestuurd kan worden. Dit behandelplan met expliciete behandeldoelen is door de zorgverlener zelf opgesteld aan de hand van de verrichte diagnostiek. Het systeem levert ook gegevens waarmee nagegaan kan worden hoe effectief de zorg-

verlener is. Daarnaast wordt ook via gevalideerde vragenlijsten nagegaan wat het oordeel van de patiënt is over de geleverde kwaliteit van de zorg. Dit is een voorbeeld van een interessante ontwikkeling die nadere evaluatie verdient.

### 3.2 Is het zinvol?

Het hanteren van expliciete gezondheidsdoelen in de individuele behandelrelatie zou volgens de door de Raad geraadpleegde deskundigen op veel grotere schaal kunnen en moeten gebeuren. Het leidt als vanzelf tot het bijhouden van de eigen behandelresultaten, en het draagt bij aan een goed verwachtingenmanagement. Bovendien kan de patiënt in het gesprek over het te bereiken doel worden aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid voor een goed behandelresultaat, bijvoorbeeld door zich aan gedragsadviezen te houden en geneesmiddelen trouw volgens voorschrift in te nemen. Als er overeenstemming is in behandeldoelen tussen zorgverlener en patiënt, voelt de patiënt zich vaak zekerder om zelf ook actief bij te dragen aan zijn zorgplan. Patiënten kunnen zichzelf haalbare doelen stellen en zijn meer gemotiveerd om de doelen ook daadwerkelijk te behalen.

Ook met performance management worden positieve resultaten behaald. De door de Raad geraadpleegde professionals die systematisch van deze methode gebruik maken, geven aan dat het een sterke impuls tot kwaliteitsverbetering geeft. Het spiegelen van de eigen behandelresultaten aan die van anderen, en het gezamenlijk bespreken van de mogelijke oorzaken van afwijkingen naar boven of beneden van het gemiddelde van de groep, creëert een drang tot kwaliteitsverbetering, en maakt ook concrete mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering zichtbaar. Wel is het zo, dat onderzoek heeft aangetoond dat de effectiviteit erg afhangt van de vorm van feedback, met name de mate waarin dit aansluit bij de context en de verwachtingen van de deelnemers.<sup>11</sup>

### 3.3 Is het mogelijk?

Voor veel behandelingen en zorgverlening zijn inmiddels goede uitkomstindicatoren beschikbaar, veelal ontwikkeld door de zorgprofessionals zelf. Bij de behandeling van diabetes kan het HbA1c-gehalte in het bloed als indicator voor de bloedsuikerregulering gehanteerd worden. Bij een staaroperatie is de visusverbetering een uitkomstmaat, bij een heupoperatie de afstand die de patiënt zonder pijn kan lopen.

Voor performance management worden uitkomstgegevens van individuele patiënten geaggregeerd, zodat de behandelresultaten van de ene behandelaar kunnen worden vergeleken met die van anderen. Om een goede vergelijking mogelijk te maken, dient uiteraard te worden gecorrigeerd voor case-mix, omdat de gezondheidstoestand van de patiënt niet alleen van de kwaliteit van de behandeling afhangt, maar ook van de ernst van de ziekte en andere patiëntkenmerken (leeftijd, etniciteit, comorbiditeit etc.) die het beloop van de gezondheid bepalen. Dit geeft ook meteen een randvoorwaarde van performance management aan: er zijn vele statistische gegevens nodig die onderling vergelijkbaar moeten zijn en niet discutabel. In de huidige praktijk is het genereren en verzamelen van de gegevens veel werk. Zo kost het invoeren van de gegevens ten behoeve van de Dutch Surgical Colorectaal Audit de zorgverlener ca. 30 minuten per patiënt, omdat ze niet standaard in het medisch dossier worden vastgelegd. Door de gegevens tijdens het zorgproces direct in het medisch dossier in te voeren kan de administratielast verminderd worden.

### 3.4 Conclusies

In de directe relatie van zorgverlener en patiënt is het goed mogelijk en wenselijk om expliciete doelen voor de behandeling of de zorg af te spreken. Veel indicatoren zijn al beschikbaar en de toepassing hoeft niet veel werk te kosten. Het expliciet maken van individuele behandeldoelen is belangrijk, evenals het gezamenlijk afstemmen van het doel: het moet een gezamenlijk besluit zijn. Duidelijk is ook dat het sturen op behandeldoelen in het primaire proces de kwaliteit bevordert.

Daarnaast zijn performance management en kwaliteitsbewakingssystemen goede instrumenten voor het ondersteunen en bereiken van kwaliteitsverbeteringen.

## 4 Sturen op gezondheidsdoelen op mesoniveau

### 4.1 Voorbeelden

Op het mesoniveau van de gezondheidszorg kijken we in dit advies naar de relatie tussen de zorginkopers (zorgverzekeraars en zorgkantoren) en zorginstellingen of (georganiseerde) zorgverleners. Zorgkantoren blijken nog weinig gebruik te maken van prestatie-indicatoren of metingen van patiënttevredenheid bij de inkoop van zorg. Om deze reden focust de raad zich hier primair op de zorgverzekeraars. Zowel in Nederland als daarbuiten zijn diverse voorbeelden te vinden waarin zorgverzekeraars expliciet proberen te sturen op gezondheidsdoelen.

Bij de voorbeelden uit het buitenland is de sturingsprikkel daarbij veelal financieel van aard. Dit wordt wel ‘pay for performance’ genoemd, ook wel afgekort tot P4P. Eind negentiger jaren werden de eerste P4P programma’s in de Verenigde Staten geïmplementeerd in de private sector. Dit was mede naar aanleiding van twee spraakmakende rapporten van het Institute of Medicine: *To Err is Human: Building a Safer Healthsystem*, en: *Crossing the Quality Chasm*. Deze rapporten gingen nader in op het gebrek aan kwaliteit binnen de Amerikaanse gezondheidszorg, waardoor veel patiënten onnodig stierven.

#### *P4P binnen Medicare en Medicaid in de Verenigde Staten*

In maart 2003 startten de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) en Premiere Healthcare Informatics een onderzoek, de CMS-Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) om te bepalen of financiële prikkels effectief zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. De ziekenhuizen die aan het onderzoek meededen, verzamelden gegevens over 33 kwaliteitsindicatoren voor de behandeling van vijf aandoeningen: hartfalen, acuut hartinfarct, longontsteking, coronaire-bypass operatie, heup- en knie vervanging. Indicatoren bij acuut hartinfarct waren bijvoorbeeld of de patiënt bij binnenkomst een bètablokker had gekregen en bij ontslag aspirine. Bij longontsteking waren indicatoren onder andere of de patiënt binnen 4 uur antibiotica en/ of een pneumococcenvaccinatie had gekregen. Per aandoening moesten minimaal 30 patiënten per jaar behandeld worden. De 10% ziekenhuizen die het beste scoorden, kregen een bonus van 2% op hun standaard Medicare vergoeding. De in kwaliteit volgende 10% ziekenhuizen kregen 1% bonus. Ziekenhuizen die aan het eind van het derde jaar niet beter presteerden dan de 20% slechtste in het eerste jaar kregen een korting van 1 tot 2%. De resultaten van het onderzoek waren positief. Grote verbeteringen werden vooral gezien bij hartfalen, hartinfarct en longontsteking.<sup>12</sup>

Dit succes was aanleiding voor de overheid om pay-for-performance op te nemen in de Affordable Care Act in 2010. Al eerder, in oktober 2008 was er gestart met de ‘hospital-acquired conditions policy’. Hierbij worden ziekenhuizen gekort in hun vergoeding als een patiënt een te vermijden complicatie krijgt, zoals een urineweg-infectie ten gevolge van een katheter of bij doorligwonden.

Momenteel hebben naast Medicaid meer dan de helft van de commerciële health maintenance organizations P4P-programma's<sup>13,14</sup>. In het Verenigd Koninkrijk heeft men in 2004 een P4P-programma ingevoerd, het Quality and Outcomes Framework. (zie kadertekst)

*Het Quality and Outcomes Framework (QOF) in het Verenigd Koninkrijk*

Het QOF is een vrijwillig P4P-programma voor alle huisartsenpraktijken in Engeland, Schotland en Wales. Vrijwel alle praktijken doen mee. De beloning van de huisartsen is fors en kan oplopen tot 25% van hun totale inkomen als zij de voorgescreven gezondheidsdoelen halen.<sup>15</sup>

De praktijken kunnen punten scoren op 134 indicatoren. De indicatoren zijn verdeeld over medische zorgverlening, organisatie van de zorg, patiëntervaringen en additionele diensten. Er worden verschillende soorten indicatoren gebruikt, health outcomes: een direct aan gezondheidsuitkomst gerelateerde indicator, intermediate outcome, zoals cholesterol en proces indicatoren zoals stoppen met roken en het gebruik van een bepaalde diagnostische test, en of een gegeven geregistreerd wordt. De gegevens worden voor een deel geautomatiseerd uit het EPD gehaald. Met behulp van exclusiecriteria worden bepaalde patiëntencategorieën uitgesloten van de berekeningen, zodat al te grote verschillen in case-mix worden tegengegaan.

*P4P ook in Nederland*

Ook in Nederland bestaat toenemende belangstelling voor het gebruik van expliciete gezondheidsdoelen in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorginstellingen of zorgverleners. Dat zorgverzekeraars op dit moment actief zoeken naar mogelijkheden om gezondheidsdoelen te realiseren via de zorginkoop, blijkt onder andere uit het besluit van CZ om niet langer borstkankerzorg in te kopen bij een viertal ziekenhuizen.<sup>16</sup>

*Zorgverzekeraar CZ beoordeelt borstkankerzorg van ziekenhuizen.<sup>17</sup>*

CZ beoordeelt de borstkankerzorg aan de hand van een aantal indicatoren, zoals het aantal verrichte borstkankeroperaties, het hebben van een volledig borstkankerteam, gedifferentieerde borstkankerchirurgen, een goed functionerende mammapoli en de ervaringen van patiënten. Dit betreft structuur- en procesindicatoren, omdat betrouwbare uitkomstindicatoren nog niet openbaar beschikbaar zijn. De volumenormenten zijn gebaseerd op de criteria van de Europese borstkankerspecialisten, die een ondergrens voor optimale kwaliteit hanteren van 150 operaties per jaar per ziekenhuis. Als ondergrens stelt CZ 70 operaties per jaar. De gegevens voor inhoudelijke indicatoren, zoals het hebben van een volledig borstkankerteam, zijn afkomstig van het project Zichtbare Zorg. De patiëntervaringen worden door onafhankelijke instanties op basis van de CQ-index in kaart gebracht.

Op basis van de scores worden de ziekenhuizen in 4 categorieën onderverdeeld. De ziekenhuizen die goed scoren komen in categorie 1. Ziekenhuizen die de minimale kwaliteitseisen van 70 borstkankeroperaties niet halen en waarbij de score op patiënttevredenheid beneden gemiddeld is, komen in categorie 4. Deze worden niet meer door CZ gecontracteerd voor borstkankerzorg.

Sommige zorgverzekeraars gaan over tot systemen van ‘pay for performance’, waarbij gedifferentieerde contracten aan zorgaanbieders worden aangeboden op basis van verschil in geleverde kwaliteit. Daarbij wordt goede kwaliteit beloond en zorgverleners die minder presteren, worden geholpen hun zorg te verbeteren.<sup>18</sup>

Zorgverzekeraar Menzis belooft ziekenhuizen met prijsvoordelen wanneer zij voldoen aan de ‘TopZorgcriteria’ voor kwaliteit van het medisch handelen, snelheid van diagnostiek en behandeling en informatievoorziening. Het betreft een tiental behandelingen, zoals het verwijderen van amandelen, behandeling van borstkanker, heupartrose en staar. Ziekenhuizen met het TopZorg-keurmerk zijn voorkeursziekenhuis van deze verzekeraar voor een bepaalde behandeling. De gehanteerde criteria voor de medische kwaliteit zijn gebaseerd op het project Zichtbare Zorg en de richtlijnen van het CBO en de Wetenschappelijke Verenigingen.<sup>19</sup>

#### *P4P in huisartsenpraktijken in Zuid-Nederland*

In de periode 2005 - 2009 is in samenwerking met zorgverzekeraars CZ en VGZ en een aantal huisartsen in Zuid-Nederland door IQ healthcare een experiment uitgevoerd met een kwaliteitsbonus, die kon oplopen tot €15.000 per praktijk. Er zijn indicatoren voor drie themavelden ontwikkeld: het medisch handelen, het praktijkmanagement en de patiëntenervaring. Het streven is om dit op termijn uit te breiden met onderwerpen als geestelijke gezondheidszorg en medicatieveiligheid. De indeling is vergelijkbaar met die van het Engelse honoreringsmodel voor de huisartsenzorg. Het medisch handelen had betrekking op de onderwerpen diabetes, COPD, astma, cardiovasculair risicomanagement, griepvaccinatie, screening van baarmoederhalskanker en medicatiebeleid, met name maagmiddelen en antibiotica. Voor het medisch handelen zijn de resultaten van zowel proces- als uitkomstindicatoren gemeten, maar voor de berekening van de bonus zijn alleen de procesindicatoren gebruikt, omdat alleen prestaties gehonoreerd kunnen worden waarvoor de zorgaanbieder verantwoordelijk is. Zo kan de huisarts wijzen op het nut van stoppen met roken, maar de patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn of haar rookgedrag.

Aan het experiment deden 76 huisartspraktijken mee. De prestaties van een individuele praktijk werd afgezet tegen die van alle deelnemende praktijken. Voor elk van de drie themavelden zijn kwaliteitsscores berekend. Praktijken konden die scores vergelijken met de score van alle deelnemende praktijken. De scores bepaalden de hoogte van de bonus.

Het resultaat van dit P4P-model was dat de score op indicatoren ten aanzien van het medisch handelen van de huisartsenpraktijken voor chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus, COPD, astma, cardiovasculair risicomanagement, met gemiddeld 10% omhoog ging en de score over de patiëntervaring steeg met 5%.<sup>20</sup> De conclusie uit het experiment is dat P4P werkt, mits er voldoende draagvlak is onder huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars.<sup>21</sup>



*Routine Outcome Monitoring in de GGZ*

GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben op 5 juli 2010 een bestuurlijk akkoord gesloten over transparantie in de GGZ. Zorgverzekeraars en GGZ-instellingen zien in Routine Outcome Monitoring (ROM) een belangrijk hulpmiddel voor het bevorderen van de kwaliteit en de transparantie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

GGZ-instellingen meten bij het begin, tijdens en aan het eind van de behandeling c.q. begeleiding op een gestandaardiseerde wijze de uitkomsten. Deze metingen geven cliënten een goed beeld van het verloop van de klachten, waardoor zij samen met hun hulpverleners keuzes kunnen maken in de behandeling en begeleiding. Professionals zetten deze uitkomstmetingen in om de behandeling en begeleiding tijdig bij te sturen. De metingen zijn onderdeel van het dossier van de cliënt. Het streven is dat ROM in 2014 een normaal onderdeel is van het behandel- en evaluatieproces. De landelijke verzameling van uitkomstmetingen levert ook een bijdrage aan het onderling leren en (wetenschappelijk) onderzoek door professionals en instellingen. Om te komen tot de benodigde vergelijkbaarheid van meetinstrumenten en uitkomsten hebben GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlands Instituut van Psychologen en Nederlandse Vereniging van Psychiatrie begin 2011 hiervoor een branchebrede standaard vastgesteld.

De landelijke verzameling van uitkomstmetingen en klantervaringen geven GGZ-instellingen en zorgverzekeraars een goed beeld van de effectiviteit en kwaliteit van zorg. Om de prestaties van GGZ-instellingen betrouwbaar te vergelijken hebben GGZ Nederland en ZN de Stichting Benchmark GGZ opgericht. Alle lidinstellingen van GGZ Nederland sluiten zich in 2011 aan bij deze Trusted Third Party en leveren van ten minste 20% van de cliënten begin- en eindmetingen aan. Dit loopt jaarlijks op tot 50% begin- en eindmetingen in 2014. Vanaf 2014 krijgen elk jaar meer dan 500.000 cliënten een gestandaardiseerde ingang- en uitgangsmeting. Zorgverzekeraars en GGZ-instellingen maken nu al bij de zorginkoop bindende afspraken over de aanlevering van voldoende gegevens, in vrijwel alle contracten is een vorm van bonus-malus afgesproken. In 2012 en 2013 sturen zorgverzekeraars in de zorginkoop met name op respons, vanaf 2014 sturen zij ook op de uitkomsten van behandeling. Kortom, met ROM wordt in de GGZ één gegevensbron, de uitkomstmeting, gebruikt voor sturing op het microniveau (individuele behandelrelatie), het mesoniveau (zorginkoop, leren binnen de instelling) en macroniveau (inzicht in relevantie en effectiviteit GGZ, wetenschappelijk onderzoek).

Recentelijk heeft zorgverzekeraar Achmea een nieuw type zorgcontract gesloten met het Zaan Medisch Centrum. Het contract loopt niet zoals gebruikelijk 1 jaar, maar 5 jaar. In het contract zijn afspraken vastgelegd over besparingen en kwaliteit en is een bonus-malussysteem afgesproken bij het al dan niet halen van de doelstellingen. Zo is de afspraak dat het ZMC de sterftcijfers in het ziekenhuis zal terugdringen tot 10 procent onder het landelijk gemiddelde.

Zorgverzekeraar Agis werkt samen met de gemeente Utrecht aan een betere gezondheid van de inwoners (zie kadertekst). Dit initiatief past uiteraard ook prima als voorbeeld binnen het micro- en macroniveau, aangezien het ook deze niveaus omvat.

#### *Utrecht Gezond<sup>22</sup>*

In 2008 sloten de gemeente Utrecht en Agis Zorgverzekeringen een convenant om samen te werken aan een betere gezondheidstoestand van de Utrechters. Speerpunten hierbij zijn versterking van de eerste lijn en verbetering van de kwaliteit van zorg en preventie. Samen met partners en inwoners brengen gemeente en Agis knelpunten en behoeften op wijkniveau in beeld. Zij zorgen ervoor dat eerstelijnszorg, preventie en welzijn beter op elkaar aansluiten zodat inwoners sneller op de juiste plaats hulp krijgen aangeboden. Inwoners worden zich bewust gemaakt dat zij zelf verantwoordelijkheid dragen voor (on)gezond gedrag en worden gestimuleerd te werken aan verbetering van de gezondheid met leefstijlprogramma's zoals Big!Move.

Dat de aanpak succesvol is, illustreert het deelproject 'Overvecht Gezond'. In de Utrechtse wijk Overvecht is het aantal inwoners van 19 jaar en ouder dat voldoet aan de beweegnorm toegenomen van 54 naar 65% in de periode 2006 -2010, terwijl de zorgkosten in diezelfde periode met 4% zijn afgenomen.<sup>23</sup> Een gezondere bevolking en lagere zorgkosten gaan hand in hand

#### 4.2 Is het zinvol?

Na ruim tien jaar pay-for-performance in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk zijn vele resultaten van evaluatiestudies beschikbaar. Deze geven een beeld van de effectiviteit. In de achtergrondstudie van Pomp wordt hiervan een overzicht gegeven. De meeste empirische studies laten positieve resultaten zien. Veel van de studies vertonen evenwel methodologische tekortkomingen, met name het ontbreken van een controlegroep. Verreweg de meeste evaluaties kijken alleen naar procesindicatoren. Daardoor is er weinig bekend van het effect van P4P op gezondheidsresultaten. Mogelijk zijn er ook minder gewenste gevolgen. Sommige studies geven aan dat de continuïteit van de zorg vermindert en dat er risicoselectie kan optreden. Case-mix correctie is dan ook belangrijk.

Hoewel de resultaten van buitenlandse evaluatiestudies erop wijzen dat pay-for-performance een effectieve methode kan zijn voor het verbeteren van gezondheidsuitkomsten bij patiënten, staat niet vast dat invoering van P4P ook in de Nederlandse gezondheidszorg positieve effecten zou hebben. Daarvoor zijn er te veel verschillen tussen de Amerikaanse en Engelse situatie enerzijds, en de Nederlandse situatie anderzijds.

Zo was de kwaliteit van de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg voorafgaand aan de invoering van het Quality Outcomes Framework matig, en dus het verbeterpotentieel groot. Omdat er veel geld beschikbaar was voor het verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg, konden ook omvangrijke performance-based incentives worden uitgedeeld.

Het hiervoor beschreven experiment van IQ Health Care in Zuid-Nederland wijst erop dat ook in Nederland positieve resultaten mogelijk zijn.

### 4.3 Is het mogelijk?

De voorbeelden uit paragraaf 4.1 laten zien dat pay-for-performance in Nederland mogelijk is. Verschillende zorgverzekeraars zijn in Nederland inmiddels bezig met pay for performance-achtige systemen, waarbij gedifferentieerde contracten aan zorgaanbieders worden aangeboden op basis van verschil in geleverde kwaliteit. Gezamenlijk werken de zorgverzekeraars binnen Zorgverzekeraars Nederland actief aan het transparant maken van kwaliteit. Binnen ZN worden inkoopgidsen ontwikkeld voor de ziekenhuiszorg, AWBZ en GGZ. Inkopers kunnen deze gebruiken bij het maken van afspraken over kwaliteit, prijs en volume van zorg. Voor de zorginhoudelijke kwaliteit wordt voornamelijk gebruik gemaakt van Zichtbare Zorgindicatoren. Vooralsnog zijn dit vooral structuur- en procesindicatoren, maar er is vanuit de zorgverzekeraars een vraag naar meer uitkomstindicatoren. In de toekomst zal een belangrijke rol weggelegd zijn voor het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg. De verwachting is dat dit instituut de negatieve uitkomsten van zorg, zoals sterftecijfers van ziekenhuizen of het percentage infecties na operaties, openbaar zal gaan maken.

Ook op het terrein van preventie worden in Nederland activiteiten ontplooid waarbij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten gezamenlijk een experiment opzetten om te sturen op gezondheidsdoelen.

#### *Experiment Regiozorg Vechtdal*

In Overijssel is een samenwerkingsverband tussen de gemeente Hardenberg, zorgverzekeraar Achmea, huisartsen en zorgaanbieder Saxenburgh Groep gevormd. Deze zorgaanbieder levert niet alleen ziekenhuiszorg, maar ook verpleging en verzorging en thuiszorg. Gezamenlijk hebben zij een visie ontwikkeld om de preventieve gezondheidszorg in regio Vechtdal vorm te geven. Zorgverleners, gemeente en zorgverzekeraar spreken met elkaar af welke gezondheidswinst zij beogen te bereiken en binnen welke termijn. Er zijn vier programma's benoemd. Het programma 'gezond kinderen krijgen in de regio' is reeds gestart. De andere programma's richten zich op kwetsbare ouderen, schoolgaande kinderen en werknemers. Onderzoeksinstituut TNO is gevraagd kennis in te brengen over gezondheid en de beïnvloeding hiervan. Zij zullen samen met de gemeente de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio gaan meten, zodat in het project op expliciete gezondheidsdoelen gestuurd kan gaan worden.

Voor het meten van de kwaliteit van zorg genieten uitkomstmaten uiteraard de voorkeur. In een aantal gevallen is het om puur statistische redenen niet mogelijk om te sturen op uitkomstindicatoren en zal men aangewezen zijn op procesindicatoren. Dit is geen probleem als aangetoond is dat het goede voorspellers zijn van de resultaten van zorgverlening bij patiënten.

Er zijn evenwel veel uitkomstindicatoren (doelen) die voor P4P gebruikt kunnen worden. Zo is het doel van een staaroperatie dat de patiënt na de operatie beter kan zien, hetgeen gekwantificeerd kan worden in de verbetering van het gezichtsvermo-

gen. Het doel van een heupoperatie is dat de patiënt weer pijnvrij kan lopen. Bij kankerbehandelingen kan bijvoorbeeld gemeten worden hoelang de (ziektevrije) overleving is, het tumorresidu na een operatie of het aantal lokale recidieven binnen een bepaalde periode na een operatie.

Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat de gezondheidsdoelen voldoende betrouwbaar kunnen worden gemeten, en gecorrigeerd kunnen worden voor case-mix. De problemen die zich hierbij kunnen voordoen zijn steeds beter bekend dankzij de vele studies die inmiddels zijn uitgevoerd naar de betrouwbaarheid en validiteit van prestatie-indicatoren in de zorg. In het kader van Zichtbare Zorg zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de wijze waarop de betrouwbaarheid van gegevens geborgd kan worden.<sup>24, 25, 26</sup> Belangrijk voor de case-mix correctie is de initiële gezondheidstoestand van de patiënt in termen van de ernst van de aandoening en comorbiditeit. Met name de toestand van vitale organen, zoals hart- en bloedvaten (hartfalen), longen (COPD), nierfunctie (nierfalen) is hierbij van belang.

Er zou een spanningsveld kunnen ontstaan tussen gezondheidsdoelen op meso- (en macro)niveau en met de patiënt overeengekomen individuele behandeldoelen op microniveau. Voor de zorgverlener zullen de individueel met de patiënt overeengekomen behandelplannen en gezondheidsdoelen leidend moeten zijn. Op populatieniveau is het daarom van wezenlijk belang dat gezondheidsdoelen zo worden geformuleerd, dat ze voor deze individuele zorgverleners en patiënten aanvaardbaar zijn: de doelen moeten zowel op micro-, als meso- en macroniveau realistisch zijn.

Bij de gezondheidszorg van de tweede lijn ligt het voor de hand om de prestatie-indicatoren af te leiden van de gegevens over patiënten die in behandeling zijn gekomen. Bij de eerstelijnsgezondheidszorg is ook een alternatief mogelijk, namelijk gebruik van gegevens over de hele praktijkpopulatie, ongeacht wie zich wel en niet bij de huisarts heeft gemeld voor een consult. Zorgverzekeraars en huisartsen groepen kunnen onderling afspreken dat de huisartsen ook een belangrijke rol krijgen in preventie, en actief moeten proberen patiënten met risicofactoren (zoals roken of hoge bloeddruk) op te sporen. In dat geval kunnen de prestatie-indicatoren beter op populatieniveau worden gedefinieerd (zoals het percentage rokers of het percentage mensen met hoge bloeddruk waarvan de bloeddruk is genormaliseerd).

*Prestatie-indicatoren op populatieniveau*

In het Verenigd Koninkrijk is ervaring opgedaan met prestatie-indicatoren op populatieniveau. In 2004 is daar in het kader van nieuwe contracten met huisartsen een P4P-initiatief gestart, gericht op het bevorderen van stoppen met roken bij patiënten met chronische aandoeningen, zoals diabetes. Uit onderzoek is gebleken dat het aantal gedocumenteerde adviezen aan patiënten om te stoppen sterk is toegenomen, van 48% in 2003 naar 83,5% in 2005 en het aantal rokers nam af van 20% naar 16,2%.<sup>27</sup>

#### 4.4 Financiële prikkels bij de zorginkoop

De Raad vindt het wenselijk en mogelijk om meer dan nu te sturen door financiële prikkels te verbinden aan de geleverde kwaliteit van zorg. De zorgverzekeraars hebben via selectieve contractering een krachtig instrument in handen. Het probleem hierbij is wel dat het een alles of niets instrument is: wel of geen contract afsluiten. Dit is alleen hanteerbaar in situaties waarin de door een instelling of zorgverlener geleverde kwaliteit (lees in dit geval: gemiddelde gezondheidsuitkomst bij patiënten) duidelijk beneden een algemeen aanvaard minimum blijft. Pay-for-performance is een meer flexibel instrument. Het kan in allerlei varianten worden toegepast, bijvoorbeeld in de vorm van een opslag of korting op de standaard tarieven, of in de vorm van jaarlijks uit te keren bonus of in te houden malus. Het is ook mogelijk dat zorgaanbieders die onder de maat presteren, in eerste instantie hulp wordt geboden om de kwaliteit te verbeteren.

De bekostiging van algemene ziekenhuizen vindt plaats op basis van Diagnose-Behandelcombinaties (DBC's). Deze DBC's bevatten op dit moment vrijwel geen sturing op gezondheidsresultaten. Uitzonderingen zijn DBC's die gebaseerd zijn op zorgstandaarden waarin uitkomstmaten beschreven zijn, zoals bij diabetes. Het nieuwe DOT-systeem brengt hier geen verandering in omdat de zorgverlener nog steeds wordt betaald voor geleverde inspanning, ongeacht de kwaliteit van de geleverde inspanning en/of het resultaat. Het is zelfs zo dat extra kosten, bijvoorbeeld door een heroperatie als gevolg van slecht afgeleverd werk, wordt vergoed.

In eerdere adviezen heeft de Raad op problemen met het DBC/DOT-systeem gewezen, bijvoorbeeld in het advies 'Bekwaam is bevoegd'<sup>28</sup> in relatie tot taakherstelling en in het advies 'Perspectief op gezondheid 20/20'<sup>29</sup> in relatie tot innovatie. In de achtergrondstudie 'Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later'<sup>30</sup> zijn de tekortkomingen van het huidige DBC/DOT-systeem uitgebreid besproken. In de studie wordt gepleit om de productstructuur van het DBC/DOT-systeem te baseren op diagnostische en behandelrichtlijnen. Als deze richtlijnen uitkomstmaten bevatten, maakt dit, zoals bijvoorbeeld de diabetes-DBC laat zien, sturing op gezondheidsdoelen goed mogelijk.

Alhoewel binnen het huidige DBC-systeem een prikkel voor sturen op bereikte resultaten ontbreekt, is het voor het vrij onderhandelbare B-segment toch mogelijk voor de zorgverzekeraar om in de beloning te differentiëren naar gelang de geleverde prestaties.

Zorgverzekeraars kunnen huisartsen eveneens belonen voor betere prestaties. De Zorgkantoren die AWBZ-zorg inkopen, kunnen in hun regionaal inkoopplan de prestaties aangegeven die zij van de zorgaanbieders verwachten, en welke bonus er verbonden is aan het bereiken van deze prestaties. De prestaties kunnen in de vorm van te behalen verbetering van de kwaliteit van leven of patiënttevredenheid gedefinieerd worden

Een belangrijk punt bij P4P is de grootte van de financiële prikkel – zowel positief (bonus) als negatief (korting) en de wijze waarop dit wordt ingezet. Zo kan er be-

loond of gestraft worden voor een bepaald niveau van gezondheidsresultaten, maar er kan ook beloond of gestraft worden voor een bepaalde verbetering respectievelijk verslechtering van resultaten. Vanuit budgettair oogpunt ligt een systeem waarbij bonussen en kortingen met elkaar in evenwicht zijn, voor de hand.

In de evaluatie van het P4P-project Zuid-Nederland wordt gesteld dat het model acceptabel en breed gedragen moet zijn en ingebed moet zijn in een verbeterstructuur, waarbij zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering gehonoreerd dienen te worden. Daarbij bleek een hoogte van de beloning van 5-10% van het praktijkinkomen een reëel bedrag. Dit bedrag is veel lager dan de in het Verenigd Koninkrijk uitgekeerde bonussen, die tot 25% van het praktijkinkomen kunnen bedragen. Het P4P-programma in het Verenigd Koninkrijk had echter tevens tot doel het tekort aan huisartsen te verminderen door het verhogen van het inkomen.

De wijze van financiering in het huidige stelsel op basis van verrichtingen, maakt dat de verzekeraar voornamelijk beschikt over procesgegevens en niet over resultaten van behandelingen. Hiervoor is de verzekeraar afhankelijk van de zorgverlener, commitment van betrokken partijen is dan ook nodig. De gegevens zijn er vaak wel. Op basis van declaraties weet de verzekeraar dat een patiënt een behandeling ondergaat of heeft ondergaan en kan deze dan ook (laten) bevragen naar de uitkomsten van de behandeling en deze gegevens, geanonimiseerd, hanteren bij de onderhandelingen met zorgaanbieders. Dit laatste wordt nog maar weinig toegepast.

De evaluatie van het P4P-project in Zuid Nederland geeft aan dat de huisartseninformatiesystemen (HISsen) nog onvoldoende ondersteuning bieden om de benodigde gegevens gemakkelijk te produceren. Wezenlijk is dat noodzakelijke meetgegevens gemakkelijk te verkrijgen zijn, gemakkelijk te verwerken zijn en gestandaardiseerd kunnen worden opgeslagen en verwerkt.

#### 4.5 Conclusies

Ervaringen die met Pay-for-Performance in zowel het buitenland als binnen Nederland zijn opgedaan, wijzen erop dat ze de kwaliteit van de zorg kunnen helpen verbeteren. Zorgverzekeraars hebben deze weg al voorzichtig ingeslagen. Het is gewenst dat er meer proefprojecten met P4P worden opgezet in Nederland. Een goede monitoring is hierbij nodig om de optimale condities vast te stellen.

## 5 Sturen op gezondheidsdoelen op macroniveau

### 5.1 Voorbeelden van het stellen van expliciete gezondheidsdoelen

Het stellen van expliciete gezondheidsdoelen door nationale overheden heeft een lange geschiedenis, die teruggaat tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Toen werd het, dankzij de toegenomen kennis over determinanten van de volksgezondheid, voor het eerst mogelijk om beleid te voeren dat concrete gezondheidsdoelen moest realiseren. Een belangrijke mijlpaal was hierin het Finse Noord-Karelia project, dat in het begin van de jaren zeventig werd gestart. De sterfte aan hart- en vaatziekten was in deze regio toen heel hoog. Een systematisch en breed interventieprogramma werd opgezet met sterke nadruk op preventie. De monitoring van de resultaten toont voor de periode 1970 - 2002 een positief effect op de mortaliteit van hart- en vaatziekten bij mannen (35-64 jaar) en een drastische vermindering van het verschil in mortaliteit tussen Noord-Karelia en de rest van Finland<sup>31</sup>

Geleidelijk ontstond het idee dat het mogelijk moest zijn de gezondheidsdoelen in kwantitatieve termen te gieten. De Wereldgezondheidsorganisatie deed dat voor het eerst in de bekende "Health for All by the Year 2000"-strategie begin jaren tachtig. Deze strategie heeft in vele landen navolging gekregen. In Nederland zijn in navolging van deze strategie de eerste kwantitatieve gezondheidsdoelen neergelegd in de Nota 2000 uit 1986.<sup>32</sup>

#### *Voorbeelden gezondheidsdoelen uit de Nota 2000*

- In Nederland zal de totale gestandaardiseerde sterfte ten gevolge van kanker bij personen onder 65 jaar met 15% moeten zijn afgenomen in het jaar 2000.
- In Nederland zal in het jaar 2000 de sterfte aan ongevallen met 25% verminderd moeten zijn.

Hoewel de ervaringen met deze eerste kwantitatieve gezondheidsdoelen niet onverdeeld gunstig waren (ze bleken namelijk nogal eens onhaalbaar), heeft dit het verdere gebruik ervan niet in de weg gestaan. In de loop van de jaren zijn in meerdere landen nieuwe ervaringen opgedaan met het stellen van expliciete gezondheidsdoelen in het nationale gezondheidsbeleid.

#### *Healthy People 2020*

Het Amerikaanse US Department of Health and Human Services heeft eind 2010 het programma Healthy People 2020 gelanceerd. In een 335 pagina's tellend document zijn op 42 terreinen concrete doelen geformuleerd. Zo moet het aantal doden als gevolg van longkanker in 2020 met 10% teruggebracht zijn ten opzichte van 2007: van 50,6 naar 45,5 per 100.000 inwoners en het aantal jaarlijks nieuw gediagnosticeerde personen met diabetes van 8,0 naar 7,2 per 1.000 inwoners in de leeftijd van 18 tot 84 jaar<sup>33</sup>.



Ook in Nederland zijn in het verleden nog kwantitatieve doelen gesteld, onder meer in de preventienota *Kiezen voor gezond leven* uit december 2006. In de recente landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'<sup>34</sup>, die de lijnen uitzet voor de periode 2011-2016 is hiervan afgezien.

*Kiezen voor gezond leven*

In de preventienota *Kiezen voor gezond leven* uit december 2006 zijn de lijnen uitgezet voor de periode 2007 – 2010. De nota bevat een vijftal speerpunten met kwantitatieve doelstellingen voor 2010:

1. Roken
  - Terugdringen aantal rokers van 28% in 2006 naar 20% in 2010.
2. Alcoholgebruik
  - Terugbrengen alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar naar het niveau van 1992.
  - Aantal volwassen probleemdrinkers terugbrengen van 10,3% in 2006 naar 7,5% in 2010
3. Overgewicht
  - Het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen in de periode 2007 -2010
  - Het percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2010 lager zijn dan in 2005
4. Diabetes
  - Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen. Daarbij heeft 65 procent geen complicaties.
5. Depressie:
  - Meer mensen dan de 4.000 in 2006, krijgen preventieve hulp tegen depressies

Inmiddels blijkt dat de gestelde doelen niet altijd even realistisch waren. De meeste doelen zijn dan ook niet gehaald.

Behalve de landelijke overheid hebben ook sommige Nederlandse gemeenten zichzelf expliciete gezondheidsdoelen gesteld. Een goed voorbeeld is de gemeente Rotterdam die in de Kadernota openbare gezondheidszorg *Gezond in de stad 2007-2010*, drie speerpunten in het Rotterdamse gezondheidsbeleid heeft vastgesteld: leefstijl, psychische gezondheid en leefomgeving. Voor elk van de speerpunten zijn in 2010 een aantal onderwerpen aangegeven met per onderwerp expliciete doelstellingen. Zo zijn binnen leefstijl de onderwerpen overgewicht en seksuele gezondheid aangegeven. Als doelstellingen voor de bestrijding van overgewicht zijn geformuleerd: meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl, het percentage volwassenen met overgewicht stabiliseert en dat van kinderen neemt af. Daarnaast moeten meer mensen een goede gezondheid ervaren. Dit wordt gemeten door middel van gezondheidsenquête en de sociale index. Gewerkt wordt aan een gezondheidsindex. Dit is een samengestelde maat die per wijk en deelgemeente inzicht geeft in de gezondheid van de bevolking. De maatregelen om de gestelde doelen te bereiken liggen veelal op het terrein van de preventie.

In Nederland hanteert de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) indicatoren die gericht zijn op het realiseren van gezondheidsdoelen. Hoewel hierbij geen kwantitatieve gezondheidsdoelen worden gesteld, zijn diverse prestatie-indicatoren van de IGZ voor de ziekenhuiszorg wel geformuleerd in termen van gezondheidsuitkomsten. De achterliggende gedachte is dat het verbeteren van de zorg in instellingen met relatief slechte prestaties, uiteindelijk de gemiddelde gezondheidsuitkomsten van Nederland als geheel zal verbeteren. Zo was het rapport 'Decubitus doorge-licht: richtlijn CBO onvoldoende in praktijk toegepast' uit 2004 aanleiding het door-

liggen van patiënten in instellingen aan te pakken, onder meer door ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen te verplichten om jaarlijks te rapporteren over het percentage patiënten met decubitus. Andere verbeteracties van de IGZ waren onder andere het tegengaan van ondervoeding in ziekenhuizen en het stellen van een ondergrens aan het aantal complexe operaties teneinde de behandelresultaten te verbeteren.

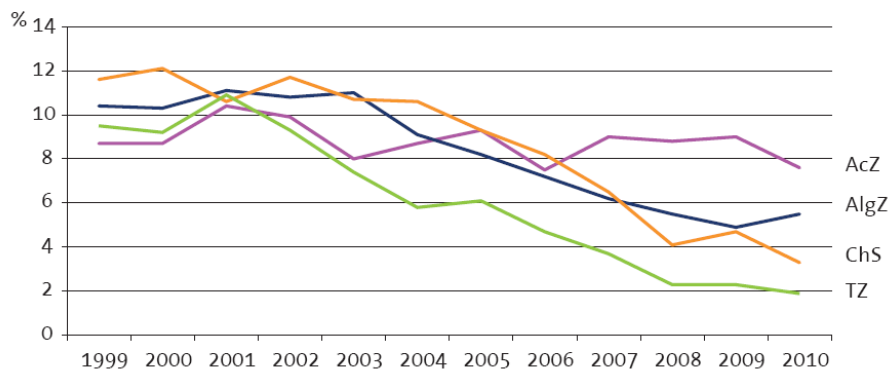
Een andere belangrijke activiteit van de IGZ is het programma Zichtbare Zorg<sup>35</sup> (ZiZo) dat in 2007 in opdracht van het ministerie van VWS is opgezet. Het doel van het programma is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Zorgverleners dienen daartoe gegevens aan te leveren over zorginhoudelijke en cliëntgebonden kwaliteitsindicatoren. Voor alle sectoren van de zorg, eerstelijns, ziekenhuis, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg zijn sets van indicatoren opgesteld. De informatie die ZiZo verschaft wordt gebruikt voor sturen van de zorg op meso- en microniveau. Het wordt gebruikt als keuze-informatie voor patiënten en consumenten, inkoopinformatie voor zorgverzekeraars, toezichtinformatie voor de inspectie en verbeterinformatie voor zorgverleners.

## 5.2 Is het zinvol?

Uit de achtergrondstudie van Maarse blijkt dat het niet eenvoudig is om vast te stellen of het hanteren van expliciete gezondheidsdoelen op landelijk niveau meer effect heeft dan andere (in het bijzonder meer impliciete) wijzen van sturing. Hiervoor zou men immers twee overigens gelijkwaardige situaties moeten creëren of vinden, waarbij in de ene situatie wel, en in de andere niet van expliciete gezondheidsdoelen is gebruik gemaakt. Wel is het zo dat als niet vooraf expliciete gezondheidsdoelen zijn gesteld bij de vaststelling van beleid, het bepalen van de effectiviteit van dat beleid bemoeilijkt. En daarmee is het moeilijk om de effectiviteit van de ingezette middelen te bepalen.

Het bovengenoemde Noord-Karelia project zou zonder expliciete gezondheidsdoelstellingen niet zo doelgericht zijn opgezet, en het uiteindelijke succes van het project suggereert dat de totaalaanpak goed heeft gewerkt. Ook van sommige acties van de IGZ is aannemelijk dat ze effect hebben gehad. Decubitus was één van de eerste prestatie-indicatoren bij de introductie door de IGZ in 2003. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat de prevalentie van decubitus sindsdien flink is gedaald<sup>36</sup>

### Prevalentie decubitus exclusief graad 1 van risicocliënten 1998-2010 (%)



AcZ = academische ziekenhuizen

AlgZ= algemene ziekenhuizen

ChS= chronische sector (verzorgings- en verpleeghuizen)

TZ= thuiszorg

(Bron: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Univ. Maastricht, 2010)

Wanneer in het verleden kwantitatieve gezondheidsdoelen werden gesteld, zijn deze lang niet altijd gehaald. Hier zijn verschillende redenen voor. De belangrijkste zijn dat de gestelde doelen onrealistisch waren en/of dat de benodigde effectieve beleidsinstrumenten ontbraken. Onduidelijk is echter of het stellen van de te behalen gezondheidsdoelen hebben bijgedragen aan een betere of hogere gezondheid dan anders zou zijn behaald.

Om gezondheidsdoelen kwantitatief te kunnen formuleren moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn. De kwantificering moet goed worden onderbouwd en de doeleinden moeten 'maakbaar' zijn. Dit veronderstelt een goed theoretisch model over oorzaken en gevolgen. Daarnaast moeten de doeleinden meetbaar zijn en de kwetsbaarheid voor manipulatie (gaming) moet zo gering mogelijk zijn. Tegelijkertijd moeten er middelen zijn om die doeleinden te bereiken. Ze moeten effectief zijn en dit veronderstelt legitimiteit en omgekeerd.

Het beste Nederlandse voorbeeld van beleid dat succesvol is mede dankzij kwantitatieve gezondheidsdoelen is het verkeersveiligheidsbeleid. Het 'Duurzaam Veilig' programma van het ministerie van Verkeer en Waterstaat toont aan dat het wel degelijk kan. In het tekstkader is aangegeven dat het streefcijfer voor het aantal verkeersdoden in 2010 750 was. In 2008 was dit streefgetal reeds bereikt en in 2009 bedroeg het aantal 720. Recentelijk is het cijfer voor 2010 gepubliceerd en dit bedroeg 640.

*Sturen op uitkomsten: de casus verkeersveiligheid*

Met de invoering van de Planwet Verkeer en Vervoer in 1998 is de veiligheid van het wegverkeer ondergebracht in een Nationaal Verkeers- en Vervoersplan (NVVP). De verkeersveiligheidsdoelstellingen voor de langere termijn zijn vastgelegd in de Nota Mobiliteit uit 2006.

In die nota wordt het maximum aantal verkeersdoden in 2020 gesteld op 580, en het aantal gewonden op 12.250. Voor 2010 gold een tussenliggende doelstelling: 750 doden en 17.000 gewonden. Deze doelstelling is ruimschoots gehaald.

Het succes is, naast een ruim budget, mede te danken aan het realistisch formuleren van deze doelstellingen. De effecten van de verkeersveiligheidsmaatregelen uit de Nota Mobiliteit zijn grondig doorgerekend. Verschillende scenario's, zoals de effecten bij een beleidsarm beleid, effecten bij geleidelijke invoering voertuigbeleid of effecten bij actief Europees veiligheidsbeleid in termen van aantal te verwachten doden in 2010, zijn doorgerekend.<sup>37</sup> Op deze wijze konden realistische doelstellingen geformuleerd worden die door een gezamenlijke aanpak van centrale overheid, provincies en gemeenten ook daadwerkelijk bereikt konden worden en ook daadwerkelijk bereikt zijn.

Overigens is de vraag of het zinvol is kwantitatieve gezondheidsdoelen te stellen, in een aantal situaties eigenlijk niet aan de orde. Dit geldt met name voor die situaties waarin een onaanvaardbare tekortkoming wordt gesignaleerd die moet worden rechtgezet. Zo wordt de hoge perinatale mortaliteit in Nederland thans onaanvaardbaar geacht. De Minister heeft dan ook als beleidsdoel gesteld dat de baby-sterfte teruggedrongen moet worden. In haar brief van 14 december 2010 heeft zij een aantal maatregelen aangekondigd om dit te bewerkstelligen.<sup>38</sup> Op dit terrein zal de komende jaren zonder twijfel op uitkomsten gestuurd gaan worden.

*Perinatale sterfte*

De perinatale sterfte is in Nederland aanzienlijk hoger dan in bijvoorbeeld de Scandinavische landen. De belangrijkste risicofactoren voor de (onnodige) sterfte van baby's zijn bekend: de ongezondheid van de vrouw bij de start van de zwangerschap, roken en drinken tijdens de zwangerschap en gebrekkige samenwerking van professionals bij de zwangerschap en bevalling. De na te streven gezondheidsdoelen zijn goed meetbaar: minder sterfte bij of direct na de bevalling en een betere gezondheid van pasgeborenen. De beroepsvereniging heeft als indicatoren de zogenaamde APGAR-score na de geboorte aangegeven en het geboortegewicht, evenals het aantal vrouwen dat (nog) rookt in het derde trimester. Als indicator voor de professionele samenwerking kan het aantal spoedverplaatsingen van bevallingen van de verloskundige naar het ziekenhuis gelden. Meting moet plaatsvinden door verloskundigen en gynaecologen en in ziekenhuizen. De zorgverzekeraar kan in de zorginkoop rekening houden met de aldus getoonde kwaliteit van de zorg. Op microniveau is het agenderen van het stoppen met roken en gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap belangrijk. Daarmee is de effectiviteit van het beleid gericht op vermindering van de perinatale sterfte gebaat bij intersectorale samenwerking, inclusief preventieve acties.

De Raad concludeert dan ook dat het hanteren van expliciete gezondheidsdoelen in het nationale gezondheidsbeleid zeker zinvol kan zijn. Wanneer bij sturing in de zorg vaker concrete gezondheidsdoelen gehanteerd worden zal, zo verwacht de Raad, de effectiviteit toenemen. Ook is de evaluatie van gezondheidsbeleid gebaat bij het vooraf stellen van expliciete gezondheidsdoelen. Voor deze positieve effecten moet echter wel aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan

### 5.3 Is het mogelijk?

Sturen op gezondheid in het nationale beleid staat of valt met de bereidheid van de Nederlandse overheid om de (eind)verantwoordelijkheid op zich te nemen voor het bereiken van de gezondheidsdoelen. Uit eerdere ervaringen blijkt dat die bereidheid er bij de landelijke overheid zeker is. Ervaringen bij gemeentelijke overheden zijn tot nu toe beperkter, maar ook deze ervaringen wijzen erop dat de lokale overheid soms wel degelijk bereid is om als sturende instantie op te treden.

Deze bereidheid kan worden gezien als uitvloeisel van artikel 22, eerste lid, van de Grondwet, die de overheid een belangrijke taak toekent op het gebied van de volksgezondheid: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.”. Deze taak impliceert echter niet dat hierbij ook expliciete doelen moeten worden geformuleerd.

#### *Verminderen van vermijdbare sterfte in ziekenhuizen*

In 2008 is op macroniveau een doel vastgesteld bij de start van het landelijk veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’. Veldpartijen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van VWS zijn overeengekomen om in 5 jaar een reductie van 50% te bewerkstelligen in de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen. Reden voor dit programma was dat in de periode 2004-2008 het aantal vermijdbaar overleden patiënten was gestegen van 1735 naar 1960. Maatregelen om de zorg veiliger te maken, bijvoorbeeld om medicatiefouten of fouten in de operatiekamer te voorkomen, zijn bekend. Een probleem is wel hoe de indicator voldoende betrouwbaar en specifiek te meten is. Veel is nu afhankelijk van de zorgvuldigheid en interpretatie waarmee wordt geregistreerd. Daarnaast geven sommige deskundigen aan dat vermijdbare sterfte door bijvoorbeeld infecties, deels een onvermijdbare bijwerking is van steeds complexere technologie. Sturing op basis van procesindicatoren, bijvoorbeeld het hanteren van checklists in de operatiekamer, geniet daarom vooralsnog de voorkeur.

Zo is het bijvoorbeeld politiek riskant om expliciete gezondheidsdoelen te stellen, wanneer men niet de volledige controle heeft over de keten van maatregelen en instanties die noodzakelijk zijn om deze doelen te bereiken. Op het terrein van gezondheid zal deze volledige controle er maar zelden zijn: de Nederlandse overheid heeft hier alleen op het terrein van de publieke gezondheid een eigen uitvoerende taak, en is als het gaat om de curatieve gezondheidszorg is de rijksoverheid hooguit regisseur. Op het terrein van de care is er op basis van de AWBZ en WMO meer regie door landelijke overheid respectievelijk gemeenten mogelijk. Bij intersectoraal beleid geldt dat de minister van VWS of de wethouder van volksgezondheid

afhankelijk is van de medewerking van andere overheids- en maatschappelijke sectoren.

Dit impliceert dat het stellen van gezondheidsdoelen door de Nederlandse overheid des te effectiever zal zijn, naarmate er meer betrokkenheid is van de partijen die voor de realisatie van belang zijn. Kwantitatieve gezondheidsdoelen op landelijk niveau zullen in het algemeen moeten worden gedragen door allianties van overheidsinstellingen, zorgverzekeraars en zorginstellingen, werkgevers, patiëntenorganisaties, non-gouvernementele organisaties en/of particuliere instellingen. Iets dergelijks geldt voor kwantitatieve gezondheidsdoelen op gemeentelijk niveau. Er zijn reeds goede voorbeelden in Nederland op dit terrein.

Een initiatief dat sinds 2007 in gang is, is 'De Gezonde Regio'. Hierbij werken de zorgverlener Rivas Zorggroep, GGZ-instelling Yulius, de GGD Zuid-Holland Zuid, de Vereniging van Ondernemende Huisartsen, de patiënten/cliëntenvertegenwoordiger Zorgbelang Zuid-Holland en zorgverzekeraar UVIT samen. Zij bieden allerlei initiatieven aan om de gezondheid van de bevolking in de regio Zuid-Holland Zuid te bevorderen. Bij de projecten en activiteiten wordt samengewerkt met onder andere sportverenigingen, gemeenten, scholen, het bedrijfsleven, welzijn en kinderopvang.

In de afgelopen jaren zijn steeds meer instrumenten beschikbaar gekomen die kunnen helpen bij het realistisch formuleren van gezondheidsdoelen. Zo ook bijvoorbeeld de doelenboom die is ontwikkeld door de Algemene Rekenkamer. Het belangrijkste idee is dat per beleidsdoelstelling vooraf een beslissingsschema, de z.g. doelenboom, wordt opgesteld. Onderaan in de doelenboom staan concrete beleidsmaatregelen, zoals prijsmaatregelen of wetgeving, en bovenaan de beoogde beleidsdoelen, bijvoorbeeld stijging van de gezonde levensverwachting. Daartussen zit vaak een hele cascade aan tussendoelen. Door systematisch de hele cascade door te redeneren, kan worden nagegaan welke maatregelen nodig zijn om de gekozen beleidsdoelen te realiseren. In de VTV 2010 is het gebruik van een doelenboom voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid geïllustreerd<sup>39</sup>.

*SimSmoke: een computersimulatiemodel voor tabaksgebruik*

SimSmoke is een computersimulatiemodel ontwikkeld voor het doorrekenen van effecten van beleidsmaatregelen op het terrein van het roken. Het is via het internet beschikbaar.<sup>40</sup> Er zijn modellen ontwikkeld voor verschillende staten in de VS, maar ook voor landen als Albanië, China, Frankrijk, Polen en Japan. In het model zijn evidence-based effecten van beleidsmaatregelen opgenomen, zoals belastingmaatregelen, clean air acts (rookverboden), voorlichtingsprogramma's, maatregelen om de beschikbaarheid voor jeugdigen te beperken, educatieprogramma's en stoppen met roken programma's. Bij belastingmaatregelen kan het bijvoorbeeld gaan om tabaksaccijns, bij beschikbaarheid om bijvoorbeeld minimumleeftijd op plaatsen waar sigaretten verkocht mogen worden. De effecten van de gekozen maatregelen kunnen worden doorgerekend, zowel op het aantal rokers als op het aantal gevallen van longkanker en andere kankers, COPD, hart- en vaatziekten en beroerte. Op basis van het model kunnen realistische gezondheidsdoelen voor beleidsmaatregelen op het terrein van roken bepaald worden.

In de Nederlandse context zijn de vierjaarlijkse nota's gezondheidsbeleid die volgens de Wet Publieke Gezondheid moeten worden vastgesteld, het meest voor de hand liggende kader voor het stellen van kwantitatieve gezondheidsdoelen. Op welke terreinen die doelen moeten liggen zal niet alleen afhangen van gezondheids-technische argumenten (bijvoorbeeld over wat de belangrijkste determinanten van gezondheid zijn), maar zal ook deels een politieke keuze zijn.

Maarse geeft aan dat ten tijde van het Health for All initiatief bleek dat goede gegevens over determinanten van ziekte en gezondheid ontbraken. Gesteld mag worden dat dit probleem op dit moment veel minder speelt. Nederland beschikt over een goede kennisinfrastructuur in de gezondheidszorg. Er is veel informatie beschikbaar. Zo bevatten bijvoorbeeld de VTV's van het RIVM uitgebreide kwantitatieve informatie over gezondheid en ziekte in Nederland. Aan de randvoorwaarde dat er gegevens beschikbaar zijn waarmee het bereiken van de gestelde gezondheidsdoelen vastgesteld kan worden, is voor het grootste gedeelte van de zorg en preventie voldaan.

#### 5.4 Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat sturen op gezondheidsdoelen op macroniveau zinvol is. Doordat goede gegevens over determinanten van ziekte en gezondheid steeds meer beschikbaar komen, de wetenschappelijke kennis toeneemt en instrumenten beschikbaar komen om beleidsalternatieven door te rekenen, is het ook steeds beter mogelijk. De vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid in het kader van de Wet publieke gezondheid kan hierbij een goed instrument zijn indien er meer en systematischer gebruik gemaakt wordt van expliciete gezondheidsdoelen die realistisch en acceptabel geformuleerd zijn.

## 6 Conclusies en Aanbevelingen

Op microniveau is het gezamenlijk opstellen van expliciete behandeldoelen door zorgverlener en patiënt belangrijk. In de paramedische zorg en delen van de care gebeurt dit al, in de curatieve zorg nog onvoldoende. Performancemanagement en kwaliteitsbewakingssystemen zijn goede instrumenten om de kwaliteit van de individuele zorgverlening te verbeteren. Het registreren van de benodigde gegevens mag echter niet tot een zware administratieve belasting leiden. Dit kan beperkt worden door de gegevens direct tijdens het zorgproces te registreren in het medisch dossier.

Ervaringen in binnen en buitenland laten zien dat op mesoniveau pay-for-performance zinvol is. Zorgverzekeraars maken er ook voorzichtig gebruik van. Waar mogelijk is het gewenst gebruik te maken van uitkomstindicatoren. Waar dit niet kan, zijn procesindicatoren die een bewezen relatie hebben met uitkomsten, een prima alternatief. In de eerste lijn kan bij sturen op uitkomsten gedacht worden aan uitkomsten op populatieniveau. In de tweede lijn liggen uitkomsten op het niveau van de patiëntengroep als sturingsinstrument meer voor de hand. De huidige structuur van het bekostigingssysteem op basis van DBC/DOT bevat weinig prikkels voor het sturen op gezondheidsdoelen, aangezien het beloont voor geleverde inspanning en niet voor het behaalde resultaat.

Belangrijke instrumenten op macroniveau voor het sturen op gezondheidsdoelen vormen de vierjaarlijkse nota's gezondheidsbeleid op landelijk en gemeentelijk niveau in het kader van de Wet publieke gezondheid. Indien in deze nota's meer en systematischer expliciete gezondheidsdoelen worden geformuleerd, die realistisch zijn en kunnen rekenen op draagvlak binnen de maatschappij, dan kunnen zij een bijdrage leveren aan het verbeteren van de volksgezondheid.

Op basis van deze constatering doet de Raad de volgende aanbevelingen:

*1. Alle zorgverleners moeten werken met behandelplannen met daarin expliciete gezondheidsdoelen*  
Dit is niet alleen een noodzakelijke vorm van verwachtingenmanagement, maar geeft ook een goed kader om de patiënt op zijn of haar verantwoordelijkheid voor een goede uitkomst te wijzen (bijvoorbeeld via gedragsverandering of therapie-trouw).

*2. Alle zorgverleners moeten deelnemen aan performance management*  
Alle professionals moeten deelnemen aan performance management, waarbij zij gezamenlijk aan de hand van een vergelijking van de gezondheidsuitkomsten bij hun patiënten nagaan waar nog verdere kwaliteitsverbetering van de zorg mogelijk is. Verzekeraars kunnen dit stimuleren door het als voorwaarde in overeenkomsten op te nemen.



*3. Het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg moet uitkomstindicatoren gaan selecteren en vaststellen.*

Indicatoren die een betrouwbare maat zijn voor de uitkomsten van zorg zijn van cruciaal belang voor het sturen op expliciete gezondheidsdoelen. Hier ligt een belangrijke taak voor het Kwaliteitsinstituut om indicatoren te selecteren waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat deze een directe relatie hebben tot de effecten van zorg.

*4. Neem meer/weer expliciete gezondheidsdoelen op in de vierjaarlijkse nota's gezondheidsbeleid.*

Op diverse terreinen is het inmiddels met deskundige ondersteuning mogelijk om aan te geven welke mate van gezondheidswinst bij inzet van bepaalde maatregelen redelijkerwijs haalbaar is. Vaak is samenwerking met andere partijen binnen en buiten de zorg nodig voor de realisering van de doelen. Deze partijen moeten dan ook intensief bij de opstelling van de nota's betrokken worden.

*5. Pas het bekostigingssysteem aan.*

Het huidige DBC/DOT systeem is gebaseerd op het belonen van de geleverde inspanning c.q. verrichtingen. Dit stimuleert het doen van verrichtingen, maar dit levert niet noodzakelijkerwijs optimale gezondheidswinst op. Ook de AWBZ geeft weinig prikkels voor behaalde resultaten. Deze bekostigingssystemen moet aangepast worden in de richting van het belonen op basis van afgesproken resultaten van behandelingen en zorgverlening. Binnen het DBC/DOT systeem kan dit bereikt worden door de producttypering om te vormen van producten gebaseerd op verrichtingen, naar producten gebaseerd op diagnostische en behandelrichtlijnen waarin expliciete gezondheidsdoelen zijn aangegeven.

*6. Uitkomstgegevens moeten gestandaardiseerd in het patiëntendossier opgenomen worden.*

Om de administratieve belasting te beperken is directe vastlegging van de benodigde uitkomstgegevens binnen het zorgproces gewenst. Dit betekent dat de gegevens standaard in het patiëntendossier vastgelegd moeten kunnen worden. Als dit op een generieke en gestandaardiseerde wijze gebeurt, dan kan dit ook naar andere zorgdomeinen uitgebreid worden en tot zorgbrede kwaliteitsverbeteringen leiden. De vastlegging van uitkomsten van zorg behoort onderdeel te zijn van de professionele standaard. Niet alleen diagnose en behandeling, maar ook het behaalde resultaat moet in het medisch dossier vastgelegd worden.

*7. Ga aan de slag.*

Raad realiseert zich dat het huidige DBC/DOT-systeem niet zomaar kan worden vervangen, maar moet worden omgevormd. Sturen op gezondheidsdoelen is complex. Samenwerking van verschillende partijen is nodig en vereist op alle niveaus de deskundige inbreng van professionals en ervaringsdeskundigen. Verwacht mag worden dat zorgprofessionals en patiënten zich aangesproken zullen voelen door het sturen op concrete, expliciete gezondheidsdoelen. Door samen aan de slag te gaan en te starten met het opschalen van bestaande initiatieven, kan al werkende ervaring opgedaan worden. In dit advies is een aantal voorbeelden aangegeven. Deze staan in onderstaande box. Deze zouden als startpunt kunnen fungeren. Als methoden lijken bij een aantal initiatieven performance management en P4P veelbelovend. Het is belangrijk dat deze projecten zorgvuldig gemonitord worden. Als

wetenschappelijk onderzoek aantoont dat ze succesvol zijn, kunnen ze breed uitgerold worden.

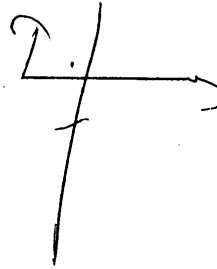
*Aan de slag met:*

- Diabetes-indicatoren NHG
- CVA
- Utrecht Gezond
- Regiozorg Vechtdal
- Perinatale sterfte
- Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen
- P4P huisartsen Zuid-Nederland
- Gezonde regio Gorcum

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris

# Bijlagen



## Bijlage 1

### Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2010, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Is het mogelijk de zorgsector te sturen op gezondheidsdoelen? Dat is de centrale vraag in dit advies. De RVZ zal in het advies in eerste instantie de casus 'levensverwachting' uitwerken en wel in twee richtingen.

Hoe ontwikkelt de levensverwachting zich in Nederland in de periode 1980 - 2020? Dit wordt door de Raad ook internationaal bekeken. Naast de feitelijke ontwikkeling, kijkt de Raad naar determinanten en invloeden van levensverwachting, binnen en buiten de zorgsector. De RVZ werkt samen met het RIVM en de Gezondheidsraad.

Wie is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de levensverwachting? Is deze te sturen en zo ja, met welke instrumenten? Hoe is dit in het verleden verlopen en tot welke resultaten heeft dit geleid? En welke suggesties kan men doen voor de sturing van de toekomstige zorgsector? Is het denkbaar de prestaties van de zorgsector (en de investeringen daar in) af te meten aan een parameter als levensverwachting? Kan men een dergelijke prestatie of outcome rechtstreeks koppelen aan incentives?

De eerste set vragen resulteert in een beschrijvend rapport. De tweede set leidt tot een beleidsadvies. Daarin staat 'levensverwachting' voor een verzameling van zorg-outcomes die aan (volks)gezondheid zijn gelieerd en die men ook onder de noemer 'gezondheidswinst' kan scharen. Het zijn de baten van de gezondheidszorg.

De RVZ past de centrale vraag in dit advies toe op het gedrag van de sleutelactoren in de zorgsector: consumenten, producenten en verzekeraars. Is dit gedrag stuurbaar vanuit de overheid op gezondheidswinst en zo ja, hoe? Welke sturingsfilosofie hoort hier bij en wat is het sturingsmotief (de legitimatie)? Past een dergelijke sturing in het nieuwe zorgstelsel? Met andere woorden: wie is probleemeigenaar, de overheid of private partijen? Is hier een publiek belang in het geding en zo ja, hoe borg je dat?



## Bijlage 2

### Verantwoording van de adviesprocedure

#### *Adviesvoorbereiding vanuit de Raad*

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

#### *Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep*

Drs. A.J.G. van Rijen, projectleider

Drs. L. Ottes, arts

Mw. mr. G. Raas, meelezer

Drs. F. van Sloten, meelezer

Mw. I. de Prieëlle, projectsecretaresse

#### *Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:*

Prof. dr. J.P. Mackenbach

- Voorzitter bestuur Netherlands Institute for Health Sciences.
- Lid Raad van Toezicht Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Lid Gezondheidsraad.
- Vice-decaan, Netherlands School of Public and Occupational Health.
- Lid bestuur Gerrit-Jan Mulder stichting.
- Vice-voorzitter Programmacommissie Preventie, ZONMw.
- Honorary professor Londen School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Lid Raad van Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

- Lid Raad van Toezicht NHTV Internationale Hogeschool te Breda.
- Voorzitter Raad van Toezicht Buro Jeugdzorg Noord-Brabant.
- Voorzitter Beroepscommissie Huisartsenposten Midden-Brabant.

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

#### *Gevolgte procedure*

Het adviesproject is begonnen met een startbijeenkomst tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en van de RVZ als opdrachtnemer. De startbijeenkomst, gehouden op 7 juni 2010 biedt het kader voor de te ondernemen werkzaamheden ter voorbereiding van het advies.

Aan deze bijeenkomst namen de volgende personen deel.

VWS

Drs. P.H.A.M. Huijts	DGV
Drs. L.J. van der Heiden	PG
Drs. P.A. ten Cate	CZ
Drs. P. Roelfsema	LZ
Dr. ir. C.M. Vos	MEVA
Mw. dr. L. van Hertem	MEVA

RVZ

Prof. dr. J.P. Mackenbach  
Drs. P. Vos  
Mw. drs. Y.D.M. Otterdijk  
Drs. A.J.G. van Rijen  
Drs. L. Ottes, arts

In vervolg op deze bijeenkomst heeft de Raad een plan van aanpak voor dit advies vastgesteld.

Ter voorbereiding van een advies is aan drie externe deskundigen gevraagd een achtergrondstudie te schrijven over de status quo van nationaal en internationaal gebruikte methoden van gezondheidssturing en de daarmee bereikte resultaten en opgedane ervaringen op drie niveaus:

1. Overheidsturing op gezondheidsdoelen (macroniveau) door prof. dr. J.A.M. Maarse.
2. Sturing door zorgverzekeraars op gezondheidsuitkomsten (mesoniveau) door dr. M. Pomp.
3. Sturing op behandelresultaat door individuele zorgverlener en patiënt (microniveau) door mw. dr. M. de Mul en prof. dr. R. Bal.

Elke studie eindigt met een aantal conclusies en punten die om nadere discussie vragen. Deze conclusies en discussiepunten vormden de basis voor drie debatten, die plaats vonden op 2, 8 en 15 november 2010.

Daarnaast is door drs. L. Ottes, arts de casus 'levensverwachting' uitgewerkt. Hierbij is de levensverwachting in Nederland in de periode 1980-2020 in kaart gebracht en zijn determinanten en indicatoren van levensverwachting benoemd. Bij deze casus gaat het niet alleen om de vraag wat de feitelijke oorzaken zijn van de stagnatie in de jaren '80 en '90, maar ook hoe het komt dat actoren in de maatschappij, zich zo weinig hebben aangetrokken van de slechter geworden situatie in vergelijking met veel andere Westerse landen. Deze casus naast de studie van prof. Maarse bij het debat over sturen op macroniveau d.d. 15 november 2010 betrokken.

In november 2010 zijn drie debatten gehouden over het sturen op macro-, meso- en microniveau.



**Resumé bijeenkomst Sturen op gezondheid: De rol van de overheid  
d.d. 15 november 2010**

**Deelnemers:**

*Voorzitter*

Dhr. prof. dr. J.P. Mackenbach                      RVZ

*Genodigden*

Mw. dr. L. van Herten                                      Ministerie van VWS

Dhr. drs. A.J. Lamping                                      Zorgverzekeraars Nederland

Mw. dr. I. Mosca    Nederlandse Zorgautoriteit

Dhr. prof. dr. J.J. Polder                                      RIVM

Dhr. dr. C.A. Postema, arts                                      Gezondheidsraad

Dhr. prof. dr. P.B.M. Robben                                      IGZ

Dhr. dr. D. Ruwaard    Ministerie van VWS

Dhr. prof. dr. M.C. Willemsen                                      STIVORO

Dhr. drs. O. de Zwart, MPH                                      GGD Rotterdam-Rijnmond

*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman                      raadslid

Dhr. drs. L. Ottes, arts    secretariaat

Dhr. drs. A.J.G. van Rijen                                      secretariaat

De voorzitter schetst de achtergrond en de aanpak van het adviesproject. Aanleiding is de achterblijvende levensverwachting in Nederland aan het eind van de vorige eeuw. Men zou verwachten dat deze ontwikkeling onderwerp van beleid zou zijn, en dat hierop ‘gestuurd’ zou worden. Dit was echter niet het geval. De RVZ heeft de vraag of op levensverwachting gestuurd moet worden, verbreed in de zin van: ‘zou het zinvol en uitvoerbaar zijn om te sturen op gezondheid naast of in plaats van de bestaande parameters waarop de zorg nu gestuurd wordt?’. Ter voorbereiding van het uit te brengen advies en deze bijeenkomst heeft prof. Maarse de achtergrondstudie ‘Sturing op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau’ opgesteld. Helaas is hij wegens ziekte verhinderd om zijn studie toe te lichten. De voorzitter verduidelijkt de discussiepunten, aangeduid in de notitie ‘Sturen op gezondheid: de rol van de overheid’.

Na een korte kennismakingsronde geeft hij de deelnemers gelegenheid hun visie op de discussiepunten te geven. Dit leidt tot de volgende reacties:

*Algemene opmerkingen*

- De vraag of de overheid op gezondheid wil sturen, hangt in belangrijke mate af van de instelling van de minister. Deze is eerder geneigd kwalitatieve doelen te stellen dan kwantitatieve. Een minister stelt alleen kwantitatieve doelen wanneer hij ervan overtuigd is dat hij of zij ook voldoende invloed heeft om die doelen te realiseren. Belangrijk daarbij zijn de verbindingen naar meso- en microniveau. Commitment van partijen is immers nodig om doelen te verwezenlijken.
- In de discussiebijeenkomsten van de RVZ zijn de zorgverzekeraars vooral op mesoniveau aan het woord geweest. Ze kunnen echter ook op macroniveau worden ingeschakeld.

- Het antwoord op de vraag in hoeverre het legitiem is dat de overheid stuurt, is afhankelijk van de politieke context. Dit wordt geïllustreerd door de mate waarin verschillende politieke groeperingen willen sturen op gedrag.
- Burgers zullen minder geloof krijgen in het gezondheidsbeleid wanneer de doelen regelmatig en sterk wisselen, en wanneer onrealistische doelen worden gesteld.
- Vanwege de systeemverantwoordelijkheid van de overheid voor het zorgsysteem zou de overheid er ook verantwoordelijk voor zijn dat er doelen op meso- en microniveau gesteld worden.
- In de meest recente VTV wordt rond preventie een ‘concerted action’ voorgesteld van vele partijen, om gezamenlijk ambitieuzere doelen te realiseren. Aan de bereidheid van de landelijke overheid om zo’n regierol op zich te nemen, wordt overigens door verschillende aanwezigen enigszins getwijfeld.
- Idealiter zou de VTV gevolgd moeten worden door de opstelling van een nota landelijk gezondheidsbeleid, en die weer door lokale nota’s gezondheidsbeleid. Deze cyclus zou op zich genomen mogelijkheden moeten bieden voor sturen op gezondheid. De tendens tot decentraliseren legt echter verantwoordelijkheden anders. De laatste Staat van de Gezondheidszorg van de IGZ laat bijvoorbeeld zien dat er nogal eens een discrepantie is tussen nationaal gezondheidsbeleid en lokaal gezondheidsbeleid. Voor zover de realisatie van nationale gezondheidsdoelen afhankelijk is van de medewerking van lokale overheden, is het dus zaak een beter mechanisme te ontwikkelen dat gemeenten betreft bij de opstelling en uitvoering van nationaal gezondheidsbeleid.
- Op lokaal niveau worden in een aantal gevallen kwantitatieve gezondheidsdoelen gesteld. Dit is bijvoorbeeld in Rotterdam het geval. Of dit gebeurt is afhankelijk van de instelling van desbetreffende wethouder.
- Of gemeenten willen meewerken om op landelijk niveau gestelde doelen te realiseren is van meerdere factoren afhankelijk. Gemeenten moeten iets in deze doelen zien. Het is daarom belangrijk dat ze van meet af aan bij het formuleren van landelijk te stellen doelen betrokken worden.
- Op enigerlei wijze moet de burger worden betrokken bij het stellen van gezondheidsdoelen (zie hiervoor de oratie van Klazien Horstman (Maastricht)).
- Kies enkele politiek onomstreden voorbeelden om het succes van sturen op gezondheid te laten zien. Roken is hiervoor, gezien de politieke gevoeligheid, misschien minder geschikt.

*Problemen bij sturen op gezondheid*

- Het sturen op gezondheidsdoelen is aantrekkelijk, maar lastig, onder meer omdat ook factoren buiten het zorgsysteem van invloed zijn en omdat het veelal de lange termijn betreft, en wel meer dan één kabinetsperiode.
- Nog in 2006 zijn door het ministerie van VWS in het kader van een landelijke nota gezondheidsbeleid gezondheidsdoelen gesteld. Deze waren echter ‘natte vingerwerk’. Sommige waren op het moment van stellen al gehaald, andere waren volkomen onrealistisch. Ook was er grote heterogeniteit: van globaal tot heel specifiek. Doelen zouden met elkaar verbonden moeten worden, waarbij

met name naar haalbaarheid in relatie tot wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van interventies en verantwoordelijkheden van partijen zou moeten worden gekeken.

- Bij het stellen van doelen is het niet altijd mogelijk om deze te baseren op evidence. Het risico bestaat dat men te veel evidence wil hebben. Overigens is er bij maatregelen in andere sectoren ook niet altijd evidence dat de gestelde doelen bereikt zullen worden. Als de gezondheidssector op gelijke voet wil meedoen, zal men de eisen aan evidence soms naar beneden moeten bijstellen.

#### *Aanpak bij sturen op gezondheid*

- Bij het formuleren van gezondheidsdoelen moet niet alleen gelet worden op de verbinding tussen macro-, meso- en microniveau, maar ook die tussen public health, cure en care.
- Bij het stellen van doelen kan men een systeembenadering kiezen en kijken welke parameters en stakeholders relevant zijn. In geval van maatregelen om roken tegen te gaan zijn dit onder meer accijnsverhoging, wettelijke maatregelen en voorlichting. Maar ook moet men rekening houden met mogelijke tegenwerking door de tabaksindustrie.
- Het is zinvol om ook buitenlandse ervaringen op dit gebied in ogenschouw te nemen. Zo is Zwitserland een voorbeeld van decentralisatie. Daar gebeurt veel in kleine communities, public health wordt door zorgverleners verzorgd en er is in grotere mate zelfsturing door de patiënt dan hier. Zwitserland scoort goed qua levensverwachting.
- Voor het sturen op gezondheidsdoelen moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Men moet onder meer de historie van het desbetreffende onderwerp kennen, weten wat haalbaar is, en weten wie waarvoor verantwoordelijk is en de regie kan nemen. Voor het stellen van kwantitatieve gezondheidsdoelen zijn inmiddels op verschillende terreinen hulpmiddelen beschikbaar, bijvoorbeeld op het terrein van roken ('simsmoke').
- Sturen op gezondheidsdoelen betekent ook communiceren. Naarmate de landelijke overheid de gezondheidsdoelen met meer overtuigingskracht uitdraagt, zal er meer van terecht komen. Men moet als het ware met een 'goed verhaal' komen.
- Bezien moet worden welke interventies kunnen worden ingezet en wat hun gebleken effectiviteit is. Hierna moet commitment bij de betrokken partijen worden verkregen.
- Belangrijk is de wijze waarop de geldstroom wordt aangesloten op de te stellen doelen.
- Instrumenten die de overheid heeft zijn:
  - informatie/voorlichting
  - toezicht en daarnaast:
  - begrotingsinstrument
  - (de)centralisatie
  - pakketbeheer

- Niet op alle terreinen zal het mogelijk zijn om te sturen op gezondheid, maar wel bijvoorbeeld op gebieden als roken, verkeersveiligheid, overleving van CVA-patiënten en welvaartsziekten die samenhangen met leefstijl. Sturen op gezondheid is reeds geslaagd waar het gaat om bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's, bevolkingsonderzoeken en influenza vaccinatie bij ouderen.
- Perinatale sterfte is een terrein waar het niet gelukt is. Er is sprake van vermijdbare sterfte. Er is bewijs en er zijn instrumenten, maar toch blijkt het niet te lukken.
- Belangrijk is dat de Tweede Kamer een onderwerp agendeert en men er een doelstelling aan verbindt.

#### *Verantwoordelijkheden en regie*

- Er zijn verschillende mogelijkheden voor de regierol. De overheid kan deze op zich nemen, de rol kan belegd worden bij een NGO die andere partijen faciliteert (à la de Robert Wood Foundation die staten in de VS ondersteunt), of er kan een apart gremium in het leven worden geroepen, zoals ten behoeve van het Nationaal Actieprogramma Diabetes of de Stuurgroep Convenant Overgewicht, en dergelijke. Andere landen kennen nationale public health commissies. In Nederland bestaat het Public Health Forum, maar dit is een vrijblijvende federatie van een groot aantal verenigingen en instellingen.
- Vragen kunnen gesteld worden bij het bereiken van doelen door middel van convenanten waarin de industrie participeert. De industrie heeft immers een eigen belang. Op zijn minst moet de overheid transparant zijn over de wijze waarop de industrie betrokken wordt.

#### *Effect van sturen op gezondheid*

- Streefdoelen kunnen stimulerend werken, ook al is van te voren niet duidelijk of doelen haalbaar zijn. Ze kunnen ook meer focus in het beleid brengen.
- Het voorbeeld verkeersveiligheid toont aan dat het sturen op doelen in de praktijk kan werken.
- Om effectief te kunnen werken met gezondheidsdoelen is commitment van alle betrokken partijen nodig.
- Sturen op gezondheidsdoelen is niet alleen relevant voor de preventie, maar ook voor de curatieve gezondheidszorg.

#### *Conclusies*

- De aanwezigen staan positief ten aanzien van sturen op gezondheid op macro-niveau, mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan.
- Tot die voorwaarden behoren:
  - Een onderwerp/probleem moet geagendeerd worden, bijvoorbeeld door het parlement, en er moet een partij zijn die de regie op zich neemt, bijvoorbeeld de minister van VWS.
  - Er moet wetenschappelijke kennis beschikbaar zijn over de determinanten van het gestelde gezondheidsdoel, en over de effectiviteit van mogelijk in te zetten interventies.

- Er moet commitment verkregen worden van de betrokken partijen, waarbij ook een verbinding moet worden gelegd met gezondheidsdoelen die op het meso- en microniveau worden gesteld.
- Er is een aantal gebieden waar het mogelijk is kwantitatieve doelen te stellen. Voorbeelden van deze gebieden zijn roken, diabetes, CVA en perinatale sterfte.

De bijeenkomst wordt om 16.00 uur door de voorzitter afgesloten onder dankzegging van de aanwezigen voor hun bijdragen.

### **Resumé bijeenkomst Sturen op gezondheid: De rol van zorginstellingen en zorgverzekeraars d.d. 2 november 2010**

#### **Deelnemers:**

##### *Voorzitter*

Dhr. prof. dr. J.P. Mackenbach                      RVZ

##### *Genodigden*

Dhr. prof. dr. H.J.G. Bilo                              Diabeteszorg Beter / Isala Klinieken

Dhr. mr. drs. L. Hennink                            Landelijke Huisartsen Vereniging

Dhr. J. Hoenen    AGIS Zorgverzekeringen

Mw. dr. J. Kaper                                        CZ Actief in gezondheid

Dhr. P.H.E.M. de Kort                                Rivas Zorggroep

Dhr. dr. J.M. Pomp                                    Marc Pomp Economische Beleidsanalyse

Dhr. R. Riemens                                        voorheen Flevoziekenhuis

Dhr. M. Rutgers MSc                                 Astma Fonds

Mw. P.J. Schout                                        NPCF

Mw. I. te Walvaart                                    UVIT

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

Dhr. prof. drs. M.H. Meijerink                    voorzitter

Dhr. drs. L. Ottes, arts                              secretariaat

Dhr. drs. A.J.G. van Rijen                          secretariaat

De voorzitter schetst de achtergrond en de aanpak van het adviesproject. Ter voorbereiding van het uit te brengen advies en deze bijeenkomst heeft dhr. Pomp de achtergrondstudie 'Pay for performance and health outcomes: a next step in health care reform?' opgesteld. De voorzitter verduidelijkt de discussiepunten, aangeduid in de notitie 'Sturen op gezondheid: Rol zorginstellingen en zorgverzekeraars'.

Na een korte kennismakingsronde geeft hij de deelnemers gelegenheid om hun visie op de discussiepunten te geven. Dit leidt tot de volgende reacties:

#### *P4P en sturen op gezondheid*

- Naast P4P (Pay for Performance) ziet men in de VS ook P4P4P: Pay for Performance for Patients ontstaan: patiënten krijgen geld wanneer ze gestopt zijn met roken en dit een bepaalde periode volgehouden hebben
- Het al dan niet roken heeft een grote impact op de levensverwachting: wanneer niemand in Nederland zou roken, dan zou de levensverwachting 2 jaar langer zijn.
- Er zitten grote verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden qua gezonde levensverwachting. Men moet dus verder kijken dan naar levensverwachting alleen.
- Bij P4P wordt doorgaans op intermediaire doelen gestuurd, omdat einddoelen, zoals mortaliteit, te ver in de toekomst liggen.
- Niet alleen met geld kan men sturen; P4P is feitelijk een te beperkte scope. Zo kan men gedrag veranderen door goede informatieverschaffing.
- Aanbevolen wordt om te focussen op een paar issues. Dit moeten vooral gebieden zijn waar grote gezondheidswinst te behalen is.
- Als voorbeelden worden onder meer genoemd: stoppen met roken, hartfalen (voorkómen van hartaanvallen), diabetes, kwetsbare ouderen, mammacarcinoom, staaroperaties en darmkanker.
- Binnen de te kiezen gebieden moet men beginnen met het eens te worden over de te hanteren indicatoren.
- Indicatoren of parameters zijn al vaak in richtlijnen en zorgstandaarden te vinden.
- Indicatoren moeten gekozen worden waarvan de gegevens in het primaire zorgproces structureel worden vastgelegd. Deze gegevens zijn betrouwbaar en de gegevensvastlegging leidt niet tot extra administratieve lasten.
- In het oog gehouden dient te worden dat er verschillende typen indicatoren zijn: structuurindicatoren, procesindicatoren, prestatieindicatoren en uitkomstindicatoren.
- Vooralsnog worden bij P4P hoofdzakelijk procesindicatoren gebruikt.
- Men moet het niet ingewikkeld maken, maar eenvoudig beginnen bijvoorbeeld criteria te hanteren als medisch herstel (weer goed zien na staaroperatie, lopen na heupoperatie, e.d.), kwaliteit van leven (kan men terug aan het werk) en het gevolgde traject (vooral bij complexe zorgprocessen).
- Het is verstandig aan te sluiten bij bestaande initiatieven, zoals ketenzorginitiatieven bij diabeteszorg.

#### *Opgedane ervaringen*

- Gewezen wordt op het programma 'Do Something Different' in de UK, waarmee men probeert het gedrag te veranderen, bv. dat van dikke kinderen.
- In Californië (VS) heeft men een programma om te voorkomen dat diabetespatiënten te vaak bij de acute zorg terecht komen, hetgeen erg kostbaar is. Kaiser Permanente heeft door preventie veel voortgang op dit gebied geboekt, bijvoorbeeld bij het metabool syndroom 30% minder hartinfarcten. Overigens blijken HMO's veel meer geïnteresseerd in preventie dan organisaties waar zorg en verzekering niet samen worden uitgevoerd.

- In de regio Gorinchem wordt op vier issues gefocust: brede preventie (sport, bewegen, e.d.), risico's op CVA en diabetes bepalen (metaboolsyndroom), een goede relatie tussen werkgever en werknemer te bevorderen (plezier in het werk bevordert gezondheid) en rond het thema 'zo lang mogelijk thuis blijven'.
- Ook zijn er programma's op basis van het shared savingsconcept, bijvoorbeeld op het gebied van diabeteszorg door gezondheidscentra. Gezamenlijk zijn indicatoren vastgesteld. Zorgaanbieders hoeven zich niet aan de strikte regels van de zorgverzekering te houden, hetgeen ertoe leidt dat relatief goedkope middelen kunnen worden voorgeschreven die volgens de regels niet vergoed worden. Zorgaanbieders waarderen dit en het leidt tot minder kosten.
- Over de in de achtergrondstudie opgevoerde casus QOF in de UK wordt verschillend gedacht. Er zijn targets gesteld en ook gehaald, maar dit heeft zeer veel geld gekost en er uiteindelijk toe geleid dat huisartsen in de UK veel verdienen. Het uiteindelijke niveau van de huisartsenzorg is nu vergelijkbaar met dat van Nederland. Verder kan vastgesteld worden dat beloningen van deelprestaties leiden tot minder aandacht voor andere prestaties die niet gekoppeld zijn aan targets. De QOF-benadering brengt veel administratieve lasten met zich mee. Daarbij heeft de UK ook nog het voordeel dat in de UK slechts 3 huisartsinformatie-systemen operationeel zijn; in Nederland zijn het er veel meer.
- Geëxperimenteerd is met het financieel belonen van schizofreniepatiënten indien zij therapietrouw zijn (P4P4P). Dit bleek een succes; het leidde tot een betere kwaliteit van leven en tot minder kosten voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Een optie is om te sturen op patiëntveiligheid bv. complicaties. In de VS geschiedt dit door Leapfrog. Werkgevers poolen geld bij Leapfrog. Deze laatste gaat op basis van een checklist na hoe het met de patiëntveiligheid in ziekenhuizen is gesteld en beloont deze ziekenhuizen naar de mate waarin zij goed op patiëntveiligheid scoren.

#### *Voetangels en klemmen bij sturen op gezondheid*

- Duidelijk moet zijn wat onder 'gezondheid' wordt verstaan. Is dit de definitie van de WHO? Meet je dit met tevredenheidsmetingen? Of gaat het om het medisch-technische resultaat bv. herstel?
- Voor sturen op gezondheid zijn vele stappen nodig, waarbij men moet opletten voor perverse prikkels. Financiële prikkels werken beter om bestaand gedrag te behouden dan om nieuw gedrag te initiëren.
- Wil men succesvol kunnen sturen op gezondheid dan zullen professionals voldoende invloed moeten hebben.
- In veel gevallen zijn casemixcorrecties nodig; probleem is echter dat de huidige informatiestructuur hierop niet is ingericht. Zo is bij de beloning op het gebied van diabetes casemixcorrectie nodig om perverse prikkels te voorkomen, zoals uitsluiten van Hindoestanen. Bij ketenzorg is het verleidelijk om meer mensen met prediabetes op te nemen en moeilijke gevallen uit te sluiten. Overigens weigert circa 9% van de diabetici om te participeren, hetgeen een probleem op zich is.

- Qua sturen op gezondheid neemt diabetes een koppositie in. Er wordt echter nog lang niet gedaan wat mogelijk is. Dit komt onder meer omdat er weliswaar veel gegevens zijn, maar dat deze gegevens bij verschillende registratiehouders aanwezig zijn (ziekenhuizen, zorgverzekeraars, CBS) en deze gegevens niet gekoppeld mogen worden.
- Tot op heden is de registratie rond COPD van onvoldoende kwaliteit. Naar verwachting zal het nog zeker 3 jaar duren om met procesindicatoren aan het werk te kunnen gaan.
- Er zijn grote verschillen tussen soorten medisch handelen. Een huisarts kijkt integraal en ziet vaak een patiënt met meerdere aandoeningen. Dat is heel wat anders als een heupoperatie. Hoe concreter de inzet van de arts des te gemakkelijker het is om op uitkomst te sturen.
- De huisartsen zijn in hun abonnementstarief met € 3,75 gekort. Huisartsen zouden dit kunnen terugverdienen of zelfs meer kunnen verdienen wanneer zij goede kwaliteit leveren. In de praktijk blijkt het echter moeilijk om op individueel niveau te belonen. Vooral nog kwam men niet veel verder dan het benoemen van het kwaliteitscriterium telefonische bereikbaarheid van de spoedlijn.
- Uitvoerbaarheid van het sturen op gezondheiduitkomsten blijkt in de praktijk lastig. Vragen zijn onder meer: op welk niveau belonen (individu of groep) en positieve of negatieve prikkel. Implementatie raakt direct het microniveau. Hoe komen de goede data beschikbaar? In het geval arts en patiënt voordeel hebben bij financiële prikkels, zullen zij sneller geneigd zijn om aan te geven dat aan gestelde voorwaarden wordt voldaan. Controle is dan nodig en dit brengt administratieve lasten met zich mee.
- P4P4P kan tot ethische problemen leiden: patiënten die al gezond leven krijgen geen beloning bv. in het geval rokers geld krijgen om te stoppen met roken.
- Een probleem is ook dat het sturen op gezondheidsuitkomst vele jaren in beslag kan nemen voordat het resultaat zichtbaar is. Zo leidt het onder controle houden van de bloeddruk pas na 5 tot 8 jaar tot resultaat.
- Trends in populaties zijn belangrijk. Zo is het niet verstandig om de standaard voor de bloeddruk in de richtlijn cardiovasculaire risico's aan te houden bij mensen van 75 jaar en ouder, want dan gaan ze eerder dood.
- Qua acceptatie bij zorgaanbieders is het belangrijk te waken voor 'systeemstapeling': imperfecties van momenteel gehanteerde systemen moeten niet bestreden worden met het introduceren van een nieuw systeem.

#### *Rollen van actoren*

- Een benadering die in de praktijk goed werkt is om zorgaanbieders, bv. arts of ziekenhuis, spiegelinformatie te geven. Geen enkele zorgaanbieder wil onderaan de lijst staan, liefst wel bovenaan.
- Niet alleen zorgaanbieder en zorgverzekeraar spelen een rol, ook de patiënt. Zo heeft de COPD-patiënt een instrument tot zijn beschikking, de Longzorgmeter, waarmee hij kan nagaan of zijn arts de standaard volgt. Doet de arts dit niet of onvoldoende, dan kan de patiënt de arts hierop aanspreken en in het uiterste ge-



val besluiten naar een andere arts te gaan. In aanvulling hierop kan de patiënt zijn ervaringen delen met anderen via internet-communities.

- In de oncologie heeft 1 op de 8 mensen problemen in de nazorg. Er is de Lastmeter, maar deze wordt vaak niet gebruikt. Het zou het gebruik van de Lastmeter stimuleren wanneer het gebruik ervan (aanvankelijk) extra beloond wordt. Nadat de Lastmeter routinematig gebruikt wordt, kan de extra beloning stoppen.

#### *Conclusies*

- De deelnemers staan in principe positief ten opzichte van sturen op gezondheid. Het kan een bijdrage betekenen aan de kwaliteit van de zorg en de gezondheid van burgers.
- Er zijn meerdere instrumenten om te sturen, waarvan P4P er slechts één is. Daarnaast kan ook informatieverschaffing al een nuttig effect hebben.
- De uitvoerbaarheid van P4P is niet eenvoudig. Er zijn veel voetangels en klemmen. Men zal daarom op een klein aantal terreinen op experimentele basis moeten beginnen. Dit moeten vooral terreinen zijn waar grote gezondheidswinst te behalen is. Indicatoren moeten gekozen worden waarvan de gegevens in het primaire zorgproces structureel worden vastgelegd.
- Over de snelheid van het in gang zetten van activiteiten op het terrein van P4P wordt verschillend gedacht; de meerderheid van de aanwezigen is voor snelheid, een enkeling wil het graag rustig aandoen omdat de zorg wordt overspoeld door wijzigingen in de financiering..
- Wil men sturen op gezondheid middels P4P dan moeten het begin en het eind van het traject c.q. gesteld doel en gemeten resultaat niet te ver in tijd uit elkaar liggen. Optimaal zou dit de periode van 1 jaar moeten zijn, omdat beloningen doorgaans betrekking hebben op de periode van 1 jaar.
- Zoek het niet in grote systeemveranderingen, maar ga geleidelijk te werk, om het absorptievermogen van zorgaanbieders niet verder te belasten.

De bijeenkomst wordt om 16.10 uur door de voorzitter afgesloten onder dankzegging van de aanwezigen voor hun bijdragen.

### **Resumé bijeenkomst Sturen op gezondheid: De rol van zorgverleners en patiënten d.d. 8 november 2010**

#### **Deelnemers:**

##### *Voorzitter*

Dhr. prof. dr. J.P. Mackenbach                      RVZ

##### *Genodigden*

Dhr. prof. dr. R. Bal	Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. dr. R. van Balen, arts	Laurens Verpleeghuis
Mw. Dr. J. Braspenning	Scientific Institute for Quality of Healthcare
Dhr. dr. E.H. Eddes, chirurg	Dutch Surgical Colorectal Audit
Dhr. J. Eusman, huisarts	Erasmus MC
Dhr. prof. dr. J. Kievit, chirurg	Leids Universitair Medisch Centrum

Mw. dr. M. de Mul	Erasmus Universiteit Rotterdam
Mw. A. Nijssen	GGD Zuid Holland Zuid
Dhr. M.J. van der Ploeg MCHM	Diabetesvereniging Nederland
Mw. dr. D. van Ravensberg	Nederlands Paramedisch Instituut
Mw. J. van Riet-Lohman, huisarts	Overvecht Gezond!
Dhr. dr. R. So, intensivist	Albert Schweitzer Ziekenhuis
Mw. K. Timm land	Verpleegkundigen & Verzorgenden Neder- land
Dhr. drs. A.E. Timmermans, huisarts <i>Raad voor de Volksgezondheid en Zorg</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	raadslid
Dhr. drs. L. Ottés, arts	secretariaat
Dhr. drs. A.J.G. van Rijen	secretariaat

De voorzitter schetst de achtergrond en de aanpak van het adviesproject. Ter voorbereiding van het uit te brengen advies en deze bijeenkomst hebben mw. de Mul en dhr. Bal de achtergrondstudie ‘Sturen op gezondheid, deelstudie microniveau’ opgesteld. De voorzitter verduidelijkt de discussiepunten, aangeduid in de notitie ‘Sturen op gezondheid: zorgverleners en patiënten’.

Na een korte kennismakingsronde geeft hij de deelnemers gelegenheid hun visie op de discussiepunten te geven. Dit leidt tot de volgende reacties:

#### *Algemene ronde*

- Op microniveau zelf kan beter gestuurd worden op gezondheid dan nu het geval is. Maar men mag niet verwachten dat gegevens van het microniveau kunnen worden ‘afgetapt’ voor sturing op meso- en macroniveau. Zorgverleners erop vast pinnen dat ze zich aan de van boven af opgelegde regels houden leidt tot bureaucratisering en hoge administratieve lasten.
- Het QOF-programma in Engeland laat zien dat verbeteringen mogelijk zijn. Het is de vraag of de achterliggende reden de financiële bonus is of de aandacht die aan het onderwerp geschonken wordt.
- Het is belangrijk om te definiëren wat men onder gezondheid verstaat. Er is een link met welzijn. De sociale context is relevant. Bovendien is zorg slechts één van de vele factoren die de gezondheid bepaalt. Andere factoren zijn vaak belangrijker, denk bijvoorbeeld aan de werkomgeving, openbare ruimte etc.. Dit beperkt de mogelijkheid van sturen op gezondheid in de zorgverleningsrelatie.
- Eén van de functies van expliciete behandelplannen die met de patiënt worden besproken is verwachtingenmanagement: patiënten verwachten vaak te veel van hun arts. Zo start men soms een uiterst kostbare chemotherapie, terwijl dit voor een zeer beperkte tijd levensverlenging met een zeer slechte kwaliteit van leven betekent. Het is beter om alvorens een dergelijke interventie te plegen eerst de voor- en nadelen met de patiënt te bespreken. Overigens is het bespreken van risico’s niet eenvoudig.
- De huidige indicatorensets zijn erg medisch-fysiologisch gericht; ervaringsdeskundigen (patiënten) zouden andere indicatoren gebruiken. Zo is het voor een

patiënt duidelijker - en motiveert het hem/haar meer - wanneer het doel van de behandeling is dat de patiënt met zijn kleinkinderen naar de dierentuin kan gaan dan dat de bloedglucose onder een bepaalde waarde moet liggen.

- Er moet ook rekening worden gehouden met patiëntenpreferenties. Het is de vraag waar de prioriteit moet liggen: is een lage pijnscore en een ontevreden patiënt een betere uitkomst dan een hoge pijnscore en een ontevreden patiënt?

#### *Sturen op gezondheid in het primaire proces*

- In de verpleegkundige zorg, de fysiotherapie en de verpleeghuizen is het al ingeburgerd om aan de hand van richtlijnen en standaarden gecombineerd met de preferenties van de patiënt een behandelplan te omschrijven, en vervolgens een behandelplan op te stellen om dit doel te bereiken. Vaak is dit behandelplan omschreven in termen van gezondheidsuitkomsten (in de ruime zin van het woord, dus inclusief functioneren en kwaliteit van leven).
- IQ healthcare heeft voor de fysiotherapie indicatoren opgesteld. Eén van de indicatoren is
  - de generieke indicator : ‘zijn de gestelde doelen bereikt?’ Het lijkt eenvoudiger om op een dergelijke generieke indicator te sturen dan op meer specifieke indicatoren.
- In de huisartsenzorg is sturen op gezondheid gemakkelijker bij enkelvoudige aandoeningen dan in complexere situaties. In het eerste geval geven richtlijnen houvast, in het tweede geval (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van meervoudige aandoeningen) veel minder. Voor elke patiënt moet een individueel pad uitgestippeld worden, waarbij het behandelplan vastgesteld moet worden. Dit kan geregistreerd worden, maar de bestaande HIS-sen hebben daarbij hun beperkingen. Zo kan men roken op zeven manieren registreren, hetgeen het moeilijk maakt om vervolgens iets met de vastgelegde gegevens te doen. Dit betekent dat er afspraken gemaakt moeten worden over uniforme registratie.
- Voor patiënten zijn behandelplannen belangrijk. Mensen met diabetes geven desgevraagd aan dat naar hun mening slechts 40% van de artsen een behandelplan heeft; slechts 20% van de patiënten heeft een behandelplan in huis. DVN heeft een zorgwijzer opgesteld op basis van de standaard. Daarmee kunnen diabetici nagaan of hun arts volgens de standaard handelt. Veel patiënten durven dit echter niet met hun arts te bespreken.
- In behandelplannen moet men alleen doelen opnemen die te realiseren zijn, zodat de patiënt zich committeert aan het behandelplan. Het behandelplan moet de patiënt motiveren. De doelen moeten de patiënt aanspreken (Regel het HbA1C maar ‘onder de motorkap’). De zorgverlener kan door te expliciteren van hetgeen hij op welke manier wenst te bereiken inzicht krijgen in de preferenties van de patiënt.

### *Sturen op gezondheid in de vorm van performance management*

- Met performance management is in de Nederlandse gezondheidszorg al op beperkte schaal ervaring opgedaan. Deze ervaringen laten zien dat performance management op basis van gezondheidsuitkomsten een goed handvat geeft om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. .
- Voor het realiseren van performance management is het belangrijk dat de deelnemers regelmatig feedback krijgen. Benchmarks blijken in de praktijk te werken. Maar dan vooral als deze onderdeel uitmaken van een kwaliteitssysteem, waarin ook aandacht is voor een verbeterplan.
- Voor performance management moet wel aan bepaalde randvoorwaarden zijn voldaan. Zo moet de registratielast zoveel mogelijk beperkt worden. Nu kost het registreren ten behoeve van performance management van een coloncarcinoombehandeling een half uur per patiënt. Idealiter moet de registratie een vast onderdeel van de zorg zijn en dus geen extra werk met zich meebrengen.
- Benchmarking op kwaliteit van leven in verpleeghuizen zou meer aandacht moeten krijgen. Daarvoor is het nodig dat er meer gemeten wordt, bijvoorbeeld pijn en gedrag.
- Correctie op casemix/zorgzwaarte blijkt in de praktijk noodzakelijk voordat conclusies kunnen worden getrokken over verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen zorgverleners of zorginstellingen.
- Het is in het algemeen gemakkelijker om te sturen op uitkomsten in het geval van een concrete interventie, bijvoorbeeld een bepaalde chirurgische ingreep, dan bij een meer complexe interventie.
- Een kleine set van indicatoren (ca. 5 stuks) per aandoening werkt het beste.
- Samengevat zijn de randvoorwaarden voor sturen op uitkomsten in het kader van performance management:
  - o bij enkelvoudige aandoeningen werkt het beter dan bij complexe situaties
  - o richtlijnen dienen voorhanden zijn;
  - o het volume moet groot zijn;
  - o verbeterpotentieel moet aanwezig zijn (of behoud van goede kwaliteit lukt niet zonder sturing);
  - o er moet commitment zijn met macro- en mesoniveau;
  - o er moet sprake zijn van structurele financiering;
  - o registratie moet vast onderdeel zijn van het primaire proces;
  - o correctie voor casemix plaats vindt (om te voorkomen dat moeilijke patiënten worden uitgesloten).

### *De verbinding met macro - en mesoniveau*

- De algemeen maatschappelijke tendens bestaat dat patiënten zeggen te weten welk type zorg ze willen hebben, dat deze zorg via het verzekerde pakket te krijgen is en dat ze daarvoor bijvoorbeeld een verwijzing willen hebben. Deze tendens wordt op macroniveau bevorderd.
- De maatschappij eist meer transparantie. Dit is op zich geen probleem. Probleem is wel dat cijfers soms moeilijk te interpreteren zijn en daardoor een onjuiste interpretatie gegeven wordt.

- De media concentreren zich vooral op negatieve uitwassen, hetgeen de zorg geen goed doet.
- Er is sprake van een tweezijdige relatie: macro- en mesoniveau beïnvloeden microniveau, maar het microniveau beïnvloedt ook de twee andere niveaus.
- Macro- en mesoniveau zouden de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener centraal moeten stellen.
- Uitermate voorzichtig zijn met het sturen van het microniveau door het meso-/macroniveau. Gevaar voor perversiteiten.
- Op een hoger niveau zou dit moeten betekenen dit dat
  - o zorgverleners onderling elkaars handelen bezien via benchmarking/spiegelinformatie;
  - o zorgverleners met patiëntenorganisaties afspraken maken over de na te streven kwaliteit;
  - o zorgverleners met zorgverzekeraars afspraken maken over welke informatie door zorgverzekeraars opgevraagd kan worden en dan ook geleverd kan worden.

#### *Conclusies*

- De meerderheid van de deelnemers is van oordeel dat sturen op uitkomsten in het zorgverleningsproces door professionals, in samenspraak met patiënten, meer kan en moet. Dit kan het beste in het kader van expliciete behandelplannen.
- De meerderheid van de deelnemers is ook van oordeel dat (meer) performance management een zeer nuttige rol kan vervullen bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Performance management is vooral te realiseren wanneer sprake is van enkelvoudige zorg, waarvoor richtlijnen zijn opgesteld en waarbij de gegevensvastlegging vast onderdeel van het primaire proces is. Het kan ook bij multimorbiditeit, maar dan moeten de doelen anders geformuleerd worden.
- Voor beide wijzen van sturen op gezondheid is een randvoorwaarde dat er goede uitkomstindicatoren beschikbaar zijn. Er moet daarom geïnvesteerd worden in de verdere ontwikkeling van indicatoren. Dit kunnen ook procesindicatoren zijn met een duidelijke relatie met zorguitkomsten.
- Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat voorafgaand aan de gegevensverzameling duidelijke afspraken worden gemaakt met de gebruikers van de indicatorensets over het beheer en onderhoud van de indicatoren en over het gebruik van de gegevens (wie krijgt toegang tot de gegevens op welk niveau (patiënt, professional, afdeling).
- Niet alle op microniveau vastgelegde gegevens zijn geschikt voor gebruik op meso- of macroniveau. Er is een risico dat gebruik van uitkomstgegevens op meso- of macroniveau de verdere ontwikkeling van sturen op gezondheid op microniveau afremt, omdat professionals bevreesd zijn dan op onterechte gronden te worden 'afgerekend'.
- Registratie van uitkomstindicatoren moet zo weinig mogelijk tijd kosten en bij voorkeur afgetapt worden uit het primaire proces (HIS of ZIS).

De bijeenkomst wordt om 16.05 uur door de voorzitter afgesloten onder dankzegging van de aanwezigen voor hun bijdragen.

Mede op basis van het in deze bijeenkomsten besprokene, van literatuuronderzoek en bilaterale contacten is een conceptadvies opgesteld.

Ter toetsing van feiten en interpretaties van het conceptadvies is op 29 april 2011 overleg gevoerd met medewerkers van het ministerie.

Het concept is in een bijeenkomst op 3 mei 2011 besproken met deskundigen.

*Voorzitter*

Dhr. prof. dr. J.P. Mackenbach                      RVZ-Raadslid

*Genodigden*

Dhr. H. Baaijens                                      NPHF  
Dhr. dr. R. van Balen                                Laurens Verpleeghuis  
Dhr. dr. J.A.I. Coolen                                Cordaan  
Dhr. drs. J.G.M. Hendriks                         Bronovo Ziekenhuis  
Dhr. J. Hoenen                                        AGIS Zorgverzekeringen  
Dhr. M.J. Ploeg MCHM                              Diabetesvereniging Nederland  
Dhr. prof. dr. D. Ruwaard                         Universiteit van Maastricht  
Dhr. C.J. in 't Veld, huisarts                     Nederlands Huisartsen Genootschap  
*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*  
Dhr. L. Ottes, arts                                    RVZ-secretariaat

Eveneens op 3 mei 2011 is het concept besproken met vertegenwoordigers van koepelorganisaties in de zorg.

*Voorzitter*

Dhr. prof. dr. J.P. Mackenbach                      RVZ-Raadslid

*Genodigden*

Dhr. T. Alkema                                        NVZ Vereniging van Ziekenhuizen  
    & Verzorgenden Nederland  
Mw. E. van der Bent                                ActiZ  
Mw. E. Dijk    ActiZ  
Dhr. dr. B.J. Heesen, arts, MBA                    Orde van Medisch Specialisten  
Dhr. mr. drs. L. Hennink                         Landelijke Huisartsen Vereniging  
Mw. D.M. Moerman                                GGZ Nederland  
Dhr. A. Poppelaars                                 Chronisch Zieken en Gehandicapten  
    Raad Nederland  
Mw. B. Roos                                         Vereniging Gehandicapten Nederland  
Mw. S. de Rijke                                      Chronisch Zieken en Gehandicapten  
    Raad Nederland  
Mw. R. Veldhuizen                                 Koninklijk Nederlands Genootschap voor  
    Fysiotherapie  
Dhr. L.F.L. de Vries                                 GGD Nederland  
Mw. drs. H.R. Wever                                Zorgverzekeraars Nederland  
Mw. W. Wind                                         Nederlandse Patiënten Consumenten  
    Federatie

*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman raadslid

Dhr. L. Ottes, arts RVZ-secretariaat

De hiervoor genoemde twee besprekingen hebben geleid tot aanpassingen van het concept.

Het aangepaste concept is op 19 mei 2011 door de Raad besproken. Deze bespreking heeft geleid tot bijstelling.

Op 14 juni 2011 is de onderhavige materie besproken met drs. P.H.A.M. Huijts, directeur-generaal Volksgezondheid van het ministerie van VWS.

Tijdens de adviesprocedure is contact onderhouden met de opdrachtgever in de persoon van mw. dr. L. van Herten van de Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaarden van het ministerie van VWS.

Op 16 juni 2011 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

## Bijlage 3

### Lijst van afkortingen

AHRQ	Agency for Health Care Research Quality
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMI	Body Mass Index
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CQ-index	Consumer Quality Index
CVA	Cerebrovasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	diagnose-behandelcombinatie
DSCA	Dutch Surgical Colorectal Audit
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EU	Europese Unie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HIS	huisartseninformatiesysteem
HMO	health maintenance organization
HQID	Hospital Quality Incentive Demonstration
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVT	intraveneuze trombolysie
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
P4P	Pay for Performance
PGB	Persoonsgebonden budget
QOF	Quality and Outcomes Framework
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROM	Routine Outcome Monitoring
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
UK	United Kingdom
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegel
VS	Verenigde Staten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WHO	World Health Organisation



Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandige Behandelcentra
ZiZo	Zichtbare Zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Bijlage 4

### Definities

Gezondheid	Toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek.
Gezondheidsdoel	Gezondheidsuitkomst die men, gelet op de huidige kennis en voorzieningen, hoopt te bereiken op een bepaald tijdstip.
Gezondheidsuitkomst	Veranderingen in de gezondheidstoestand van een individu, groep of populatie die toegeschreven kan worden aan geplande interventie of reeks van interventies.
Gezondheidswinst/verlies	Positieve respectievelijk negatieve gezondheidswinst.
Macroniveau	Organisatorisch eenheden die voor de gehele bevolking dienstbaar zijn. Zo worden op dit niveau besluiten genomen over preventie en zorg als geheel, met name door de overheid, denk bijvoorbeeld aan de vaststelling van het basispakket. Ook ZBO's als CVZ en NZa, alsmede koepelorganisaties spelen hierbij een rol.
Mesoniveau	Actoren die zich richten op deelpopulaties, zoals zorginstellingen en zorgverzekeraars. Ook actoren als gemeenten, scholen en werkgevers kunnen tot dit niveau gerekend worden.
Microniveau	Het individu betreffend: burger, verzekerde, patiënt, cliënt, zorgverlener, e.d. en hun onderlinge relaties
Prestatie-indicator	Gegeven dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit en doelmatigheid van bedrijfsprocessen, in de zin van de vraag of actie is ondernomen op afwijkende gegevens dan wel of het binnen de standaarden en richtlijnen geformuleerde doel is behaald. In de zorg worden onder prestatie-indicatoren veelal zowel proces- als uitkomst-indicatoren begrepen (zoals bij de prestatie-indicatoren ziekenhuizen).
Procesindicator	Gegeven dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit en doelmatigheid van bedrijfsprocessen in de zin van de vraag of metingen, handelingen, controles, e.d. volgens

de afspraken in de vorm van richtlijnen en standaarden worden verricht.

Structuurindicator

Gegeven dat een aanwijzing geeft over de mate van kwalitatief en doelmatig functioneren van praktijk of instelling, bijvoorbeeld telefonische spoedbereikbaarheid van de huisarts.

Uitkomstindicator

Gegeven dat een aanwijzing geeft over het eindresultaat van verleende zorg in de zin van behoud van gezondheid, kwaliteit van leven, of terugdringen van morbiditeit en mortaliteit, zoals het voor leeftijd gestandaardiseerd vijfjaars overlevingscijfer voor longkanker

## Bijlage 5

### Referenties / Eindnoten

- <sup>1</sup> Health at a glance 2007: OECD indicators. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007
- <sup>2</sup> OECD health data 2007. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/healthdata>)
- <sup>3</sup> Zorgbalans 2010, De prestaties van de Nederlandse zorg, RIVM 2010.
- <sup>4</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief op gezondheid 20/20. RVZ, Den Haag, 2011
- <sup>5</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Buiten de gebaande paden; advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. RVZ, Den Haag, 2009
- <sup>6</sup> Raad voor de Volksgezondheid. Advies Perspectief op gezondheid 20/20. RVZ, Den Haag, 2010
- <sup>7</sup> Rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven. Onderzoek naar de zorguitgaven. Tweede Kamer der Staten Generaal, kamerstuk 28 852 nr. 3, vergaderjaar 2003-2004, maart 2004
- <sup>8</sup> Althuis, TR van. Overzicht en definitie van diabetesindicatoren huisartsenzorg. Specificaties Uitspoelformaat Diabetesindicatoren. Richtlijn Registratie ten behoeve van Diabetesindicatoren. Nederlands Huisartsengenootschap, 12 februari 2008
- <sup>9</sup> Hacke, W. et al. ECASS Investigators. Trombolyse with Alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. N. Engl. J. Med. 2008;359:1317-29
- <sup>10</sup> [http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Visiedocument\\_kwaliteitskader\\_gehandicaptenzorg.pdf](http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Visiedocument_kwaliteitskader_gehandicaptenzorg.pdf)
- <sup>11</sup> Veer, S.N. van der, et al. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. Int. J. Med. Informatics 2010; 79:305-323
- <sup>12</sup> Lindenauer, P.K. et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N. Engl. J. Med. 2007;356(5):486-496
- <sup>13</sup> Rosenthal, M.B. et al. Pay for performance in commercial HMO's. N. Engl. H. Med. 2006;355(18):1895-1902
- <sup>14</sup> Kuhmerker, K. Hartman, T. Pay-for-performance in state Medicaid Programs: a survey of state Medicaid directors and programs. New York, Commonwealth Fund, 2007
- <sup>15</sup> <http://www.qof.ic.nhs.uk/>
- <sup>16</sup> <http://www.cz.nl/overzicht-beste-borstkankerzorg>
- <sup>17</sup> <http://www.cz.nl/cz-beoordeelt-ziekenhuizen-op-basis-van-een-aantal-criteria-borstkankerzorg>

- <sup>18</sup> Pool, A., Deinum, J. Agis kiest voor kwaliteit van zorg, Agis Zorgverzekeringen, Amersfoort, april 2010
- <sup>19</sup> <http://www.menzis.nl/web/Consumenten/TopZorg/HetKeurmerkTopZorg.htm>
- <sup>20</sup> Kirschner et al. Pay-for-Performance in de huisartsenpraktijk. Een experiment in Zuid-Nederland. IQ-Healthcare, Nijmegen, april 2009
- <sup>21</sup> Braspenning, J.C.C. Loon naar werken loont. Bonus stimuleert kwaliteitsverbetering huisartsenzorg. Medisch Contact nr. 24, 20 juni 2008. pag. 1042-1045
- <sup>22</sup> <http://www.utrechtgezond.nl/>
- <sup>23</sup> <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=12564&persberichtID=360486&type=pers>
- <sup>24</sup> Onderzoek naar de registratie van kwaliteitsgegevens in vier zorgsectoren, Ernst&Young, 2010
- <sup>25</sup> Koolman, X., Betrouwbaar onderscheiden, SiRM, September 2009
- <sup>26</sup> Voorkomen is beter dan genezen. PWC enTNO, september 2008
- <sup>27</sup> Millett, C et al. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. Can. Med. Ass. J. June, 5, 2007 176(120:1705-1710)
- <sup>28</sup> Bekwaam is bevoegd Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 13 april 2011
- <sup>29</sup> Perspectief op gezondheid 20/20, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 15 september 2010.
- <sup>30</sup> Ottens, L. Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later. Achtergrondstudie in het kader van de debatreeks Nieuwe ordeningen. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 5 april 2010
- <sup>31</sup> Jousilahti, P. Teh Promotion of health: a vital investment for Europe. In: Stahl, T et al (red.) Health in All Policies. Prospects and Potentials. WHO/European Observatory: 2006:41-63
- <sup>32</sup> Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beshouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000), Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1985-1986, 19500 nr. 2.
- <sup>33</sup> Healthy People 2020 Objective Topic Areas and Page Numbers, dec 2010. Zie: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/pdfs/HP2020objectives.pdf>
- <sup>34</sup> Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid, Ministerie van VWS, mei 2011
- <sup>35</sup> [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)
- <sup>36</sup> Halfens, R.J.G. et al. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Kort en Bondig, Brochure, Universiteit Maastricht, 2010
- <sup>37</sup> Beleidsopties Verkeersveiligheid in beeld gebracht. Berekening effecten verkeersveiligheidsmaatregelen Nota Mobiliteit. Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 8 september 2004
- <sup>38</sup> Schippers, E.I. Brief betreft zwangerschap en geboorte aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 14 december 2010
- <sup>39</sup> Berg, van den, M., Schoemaker, C.G. (red.) Effecten van preventie Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter, RIVM, 2010
- <sup>40</sup> [www.simsmoke.org](http://www.simsmoke.org)