



Nederlandse
Zorgautoriteit

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Mw. Dr. M. Bussemaker
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
M.C.J. Romme, I. Seinen,
R.E. Sonnemans

Telefoonnummer
030 296 83 36

E-mailadres
iseinen@nza.nl

Kenmerk
MROE/EMOL/2008/A/544

Onderwerp
Uitvoeringstoets Best Practices: kwaliteit en bekostiging AWBZ

Datum
18 juli 2008

Mevrouw de Staatssecretaris,

Op 22 april 2008 verzocht u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per brief (kenmerk DLZ/KZ-U-2845474) om een uitvoeringstoets Best Practices kwaliteit en bekostiging AWBZ. Met deze brief beantwoordt de NZa aan uw verzoek. Voorafgaand aan deze uitvoeringstoets heeft de NZa uitgebreid met de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) gesproken en hun commentaar op de toets is in deze brief verwerkt.

Voornemen om bekostiging te koppelen aan kwaliteit

In de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg (sector VV&T) zijn de laatste jaren belangrijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsmetingen gerealiseerd. Door onderlinge samenwerking hebben vertegenwoordigende organisaties van cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, IGZ en het Ministerie van VWS overeenstemming bereikt over het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg – Verpleging Verzorging Zorg Thuis (hierna: het Kwaliteitskader). Dit is een bijzondere prestatie die als voorbeeld moet dienen voor andere sectoren in de zorg, zowel binnen als buiten de AWBZ.

De NZa is verheugd met het feit dat kwaliteit zo'n centrale rol heeft in het beleid van de Staatssecretaris en de voortvarendheid waarmee dit beleid wordt uitgevoerd. Er wordt hiermee een stevig fundament gelegd voor een kwalitatief verantwoorde zorg.

Het Kwaliteitskader is naar oordeel van de NZa dan ook een multifunctioneel instrument dat in het interne beheer van zorgorganisaties, de zorginkoop door zorgkantoren en het toezicht op de kwaliteit van zorg een grote rol zal spelen. Het is een prestatie op zich dat uiteenlopende belangen en visies op een te vaak nog ongrijpbaar begrip als kwaliteit van zorg bijeen zijn gebracht. Nu het Kwaliteitskader voor het eerst gebruikt wordt en de uitkomsten van metingen centraal verzameld worden, ontstaat een schat aan informatie die op

verschillende niveaus (beheer, zorginkoop, toezicht) haar nut zal bewijzen.

Kenmerk

De NZa hecht groot belang aan transparantie van kwaliteit voor de cliënt (zie ook Visiedocument *In het belang van de consument* en Consultatiedocument *Toetsingskader transparantie*). De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt eisen aan informatieverstrekking door (AWBZ-)ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. Zij moeten informatie openbaar maken over de eigenschappen van aangeboden prestaties of producten en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor cliënten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Het publiceren van de indicatoren van het Kwaliteitskader op Kies Beter is hierin een belangrijke stap. Daarnaast zal met het beschikbaar komen van informatie vanuit het kwaliteitskader ook het inkoopproces kunnen verbeteren, opdat inkopers van zorg meer rekening kunnen houden met kwaliteit.

Pagina
2 van 12

In uw verzoek tot een uitvoeringstoets geeft u aan graag al een volgende stap te willen zetten. In uw voorstel (te starten per 1 januari 2009) wordt goede kwaliteit van zorg in de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) beloond met een omzetafhankelijke lump sum bonus. Dit houdt in dat zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren achteraf een bedrag toegekend krijgen. Het totaal aan uit te keren bonussen bedraagt € 35 miljoen.

De financiële ruimte voor de bonussen wordt gevonden in een efficiencykorting. De maximumtarieven worden zodanig verlaagd dat de besparing € 75 miljoen bedraagt. De gewenste opbrengst van de efficiencykorting in het kader van eerder aangekondigde bezuinigingen in de VV&T sector is echter € 40 miljoen. Zo ontstaat er ruimte om € 35 miljoen in de vorm van bonussen toe te kennen.

Het toekennen van de bonussen gebeurt afhankelijk van de gemiddelde score die zorgaanbieders behalen op vier indicatoren uit het Kwaliteitskader. Deze indicatoren zijn decubitus, voedingstoestand (wegen en navraag), valincidenten en medicijnincidenten.¹ In uw voorstel wordt twee derde deel van de € 35 miljoen verdeeld over de zorgaanbieders met de hoogste 25% van de kwaliteitscores (het eerste kwartiel). Het resterende een derde deel wordt verdeeld over de zorgaanbieders die binnen het tweede kwartiel scoren. Aan de zorgaanbieders met scores in het derde en vierde kwartiel wordt geen bonus toegekend. Uw voorstel pakt hierdoor uit als een kwaliteitsafhankelijke herverdeling van € 35 miljoen. Aangezien aan de bonustoekenning een algemene korting vooraf gaat, zullen zorgaanbieders in het derde en vierde kwartiel het niet-toekennen van een bonus opvatten als een malus.

Algemeen oordeel over kwaliteitsbekostiging

De NZa steunt de wens van de Staatssecretaris om voortvarend verder te gaan op de ingeslagen weg. Allereerst in het verder ontwikkelen en

¹ In uw brief noemt u indicatorennamen die geen deel uitmaken van het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg – Verpleging Verzorging Zorg Thuis' (Stuurgroep Verantwoorde zorg, oktober 2007). In deze brief neemt de NZa de namen en volgorde van indicatoren uit het Kwaliteitskader over.

verbeteren van het kwaliteitskader. Daarnaast ziet de NZa mogelijkheden voor overheid en zorgkantoren om via de kwaliteitskaart deze informatie beter onder de aandacht te brengen van cliënten die een keuze willen maken voor een zorgaanbieder.

Kenmerk

Pagina
3 van 12

Het uiteindelijke streven om te komen tot bekostiging van best practices ziet de NZa als een belangrijke pijler van het beleid om de belangen van de cliënt veilig te stellen en te zorgen voor een doelmatige bekostiging van kwalitatief hoogwaardige zorg. Het transparant maken van zorgzwaarte en kwaliteit is een belangrijke voorwaarde om deze best practices te kunnen identificeren en brengt persoonsvolgende bekostiging en het belonen op basis van werkelijke kosten van kwalitatief goede zorg dichterbij.

U vraagt de NZa of zij het een zinvolle stap vindt om tijdelijke instrumenten te ontwikkelen om de kwaliteit van de uitvoering verder te vergroten. De NZa wil benadrukken dat ook tijdelijke instrumenten zouden moeten passen bij de fase waarin de sector zich bevindt en de overgang naar een gewenst einddoel moeten dienen. Daar kunnen prijsprikkels uiteraard wel onderdeel van zijn. Ook in het rapport Care voor de Toekomst heeft de NZa zich uitgesproken voor tijdelijke instrumenten die de overgang naar een nieuw sturingssysteem kunnen begeleiden.

Om de vraag te beantwoorden of een centraal vastgestelde bonus op de instellingsscores op veiligheid nu zinvol is, zal de NZa in deze uitvoeringstoets met name ingaan op de vraag wat op dit moment past bij de fase waarin de sector zich bevindt en hoe het gewenste doel van de koppeling van kwaliteit aan de bekostiging zich verhoudt met het nu voorgestelde instrument.

Kwaliteitskader

In uw voorstel wordt gebruik gemaakt van metingen van kwaliteitsindicatoren uit het Kwaliteitskader. Het Kwaliteitskader is door sectorbrede inspanning tot stand gekomen. Het Kwaliteitskader leidt tot een eenheid van taal op het gebied van meetbare kwaliteit van zorg. Dit is een positieve ontwikkeling die naar verwachting van de NZa in de toekomst sterk zal bijdragen aan het verbeteren van (de transparantie van) het kwaliteitsniveau van de hele sector VV&T en overige sectoren. Het Kwaliteitskader is in oktober 2007 gepubliceerd. De ontwikkeling is echter nog niet afgerond. De Stuurgroep Verantwoorde zorg gaat uit van een groeimodel (Kwaliteitskader Verantwoorde zorg 2007). Onder het motto "*Better done than perfect*" is het uitgangspunt dat er niet direct een technisch perfect en 100% gevalideerd meetinstrument wordt gerealiseerd. Zo wordt in de startfase nog niet altijd optimaal gecorrigeerd voor alle relevante factoren. De meetinstrumenten en het sturingsmodel dienen na het eerste implementatiejaar grondig te worden geëvalueerd om te bezien in hoeverre ze daadwerkelijk een samenhangend, betrouwbaar en valide beeld geven van de kwaliteit van zorg.

Vershil Indicatorkwaliteit en Datakwaliteit

Alvorens in te gaan op de ontwerpeisen van kwaliteitsindicatoren is het goed op te merken dat de NZa er van uit gaat dat de vormgeving van de indicatoren zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader niet ter discussie staat. Met de verplichting om indicatoren te meten volgens het kwaliteitskader is aan de randvoorwaarden voldaan om een betrouwbare set van gegevens te genereren.

De huidige vulling en de uitkomsten van de indicatoren bepalen op dit moment de betrouwbaarheid en zeggingskracht van de metingen. Dit is afhankelijk van de wijze waarop de zorgaanbieders de instructies interpreteren, de volledigheid in de verzameling van de gegevens, de controle op de registratie en aanlevering van de gegevens, het aantal waarnemingen waarop de analyses daadwerkelijk worden uitgevoerd, de wijze waarop de data worden gecorrigeerd voor verschillen in zorgzwaarte en eventuele andere bewerkingen die in de analysefase worden uitgevoerd.

Kenmerk

Pagina
4 van 12**Data**

De NZa heeft overleg gevoerd met de IGZ over de data uit het Kwaliteitskader. De NZa is van mening dat de IGZ moet kunnen garanderen dat de meetgegevens voldoen aan de criteria die eraan worden gesteld. Naar oordeel van de IGZ voldoen de meetgegevens op dit moment hier nog niet volledig aan. Dit oordeel wordt hierna verder onderbouwd. Deze conclusie komt overeen met de beoordeling door Gupta (Gupta Strategists 2007:48).

In de aanvraag voor deze uitvoeringstoets wordt verwezen naar het rapport "Zorgen voor kwaliteit van zorg" (Gupta Strategists 2007). In dit rapport worden vijf ontwerpeisen van kwaliteitsindicatoren geformuleerd. Deze zijn:

- Validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid;
- Stabiliteit;
- Geen verschillen waar die er niet zijn;
- Case-mix correctie;
- Rekening houden met het buiten de longitudinale meetperiode (doen) vallen van sommige waarnemingen.

Dit zijn criteria die worden gebruikt om de kwaliteit van de kwaliteitsindicatoren te beoordelen. Evenals de Staatssecretaris onderschrijft de NZa deze criteria.

In hun jaardocument zijn zorgaanbieders in de sector VV&T op grond van artikel 15 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verplicht te rapporteren over onder andere de kwaliteit van zorg, de toegankelijkheid en de veiligheid (Bijlage bij artikel 8, eerste lid van de Regeling verslaglegging WTZi). Het Kwaliteitskader is voor zorgaanbieders VV&T verplicht onderdeel van de in het DigiMV aan te leveren feitelijke informatie.²

De IGZ is van mening dat de vier indicatoren die in het voorstel van de staatssecretaris worden gebruikt, relevante informatie geven over de kwaliteit van een zorgaanbieder. Een selectie van indicatoren doet echter geen recht aan het genuanceerde beeld dat het geheel van indicatoren in het Kwaliteitskader biedt. Kanttekeningen zijn dat in het voorstel van de

² Jaardocument Zorginstellingen 2008 1^e druk, januari 2008. Te raadplegen via http://www.cibg.nl/Images/Jaarverantwoording%20zorginstellingen%202008_tcm24-23372.pdf.

staatssecretaris de stem van de cliënt niet meeweegt en dat de invloed van gecorrleerde indicatoren nog te weinig onderzocht is.

Kenmerk

- De volledige set indicatoren bestaat uit twee onafhankelijke metingen: namelijk de cliëntervaring-indicatoren en de zorginhoudelijke indicatoren. De IGZ acht het gebruik van beide metingen noodzakelijk voor een valide meting. Het niet meenemen van de cliëntervaring-indicatoren in de toekenning van een bonus doet bovendien geen recht aan de stem van de cliënt.
- Ten tweede geeft een beperkte selectie van de zorginhoudelijke indicatoren een onvoldoende betrouwbaar beeld van de kwaliteit van een zorgaanbieder. Zo heeft één geïsoleerde indicator niet altijd een eenduidige relatie met kwaliteit. Zo lang de eenduidigheid van een indicator niet vaststaat, is het niet verstandig vergaande gevolgen te verbinden aan de uitkomst van die geïsoleerde indicator.

Pagina
5 van 12

Bijvoorbeeld: een klein aantal valincidenten kan samenhangen met goede kwaliteit (veel persoonlijke aandacht voor cliënten). Maar een klein aantal valincidenten kan ook samenhangen met slechte kwaliteit (als cliënten vaker gefixeerd worden of sneller psychofarmaca toegediend krijgen).

Validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid

Het Kwaliteitskader zorgt ervoor dat alle zorgaanbieders die informatieplichtig zijn, op dezelfde manier metingen doen. Hiermee is in principe de vergelijkbaarheid gegarandeerd.

De IGZ is van mening dat na eerste beschouwing nog teveel onzekerheden zijn voor garanties op wetenschappelijke begrippen als betrouwbaarheid en validiteit. Zo worden er soms onverwachte waarden gevonden in vergelijking met eerdere incidentele metingen. Dit kan o.a. het gevolg zijn van rekenfouten of criteria voor schoning van de data. Meer evaluatieonderzoek is noodzakelijk om de uitkomsten te kunnen interpreteren.

Volledigheid data 2007

Op dit moment is de gegevensaanlevering over het jaar 2007 afgerond. Dit betekent dat alle zorginhoudelijke indicatoren zijn gemeten, maar voor de cliëntervarings-indicatoren de helft van de zorgaanbieders de meting heeft voltooid. Dit is conform de afspraak dat een keer per twee jaar een meting met de CQ-indicatoren plaatsvindt.

Pas in 2008 is een volledige meting met alle indicatoren uit het kwaliteitskader gereed. Daarnaast heeft de IGZ in een eerste beschouwing van de data geconstateerd dat er aandachtspunten zijn in de vulling van de data. De aantallen cliënten waarop de metingen van indicatoren zijn verricht, zijn soms opvallend laag. De IGZ heeft aangegeven dat het op korte termijn gebruiken van deze gegevens voor de verdeling van financiële middelen niet aan te raden is.

Geen audit op kwaliteit

Er is nog geen externe auditprocedure op de juistheid van de aangeleverde gegevens. Gupta Strategists (2007:7) pleit voor een kwaliteitsaudit om de vergelijkbaarheid van de aangeleverde gegevens te vergroten. Het bureau ZbTK gaat deze in opdracht van IGZ ontwikkelen. Het gebrek aan externe audit maakt de metingen over het jaar 2007 vatbaar voor meetfouten of zelfs manipulaties.

Intramuraal en extramuraal

De NZa heeft vragen bij de vergelijkbaarheid van gegevens over intramuraal geleverde zorg en zorg in de thuissituatie. Intra- en extramuraal zorg worden zoveel mogelijk met dezelfde indicatoren gemeten. De indicatoren 'Voedingstoestand – wegen' en 'Medicijnincidenten' worden alleen intramuraal gemeten. Voor de extramuraal geleverde zorg worden deze indicatoren niet gebruikt. Daarnaast geeft de IGZ aan dat een bepaalde waarde op een indicator in een intramurale setting soms anders geïnterpreteerd moet worden dan dezelfde waarde op die indicator in een extramurale setting. Een voorbeeld hierbij is de indicator 'Valincidenten'. In de extramurale meting van valincidenten kunnen incidenten voorkomen die plaats hebben gehad op tijdstippen dat er geen verzorging aanwezig was. Het wordt betwijfeld of een valincident even zwaar zou moeten meewegen in de kwaliteitsscore van een extramurale zorgaanbieder als van een intramurale zorgaanbieder (die 24 uur per dag verantwoordelijk is voor de veiligheid van cliënten). Oplossing is het scheiden van intramurale en extramurale zorg in de kwaliteitsbepaling ("alleen vergelijkbare zorg vergelijken").

Geen verschillen als die er niet zijn

Sommige indicatoren meten grote verschillen tussen zorgaanbieders, terwijl op andere nauwelijks spreiding te zien is. De IGZ kan echter nog niet aangeven of hier sprake is van onvolledige data-aanlevering, of de spreidingsverschillen veroorzaakt zijn in de analysefase, of dat het "echte verschillen" betreft.

Ook in longitudinaal perspectief speelt de stabiliteit van metingen een rol. Sommige indicatoren meten incidenten. Naarmate er zorgvuldiger gemeten wordt, zou het aantal waargenomen incidenten kunnen stijgen. Deze verandering duidt niet op een kwaliteitsverslechtering, maar op meer aandacht voor een betere meetwijze.

Case-mix correctie

Op de huidige set van data wordt door Prismant een case-mix correctie toegepast. De NZa heeft nog geen kennis kunnen nemen van de wijze waarop dit plaatsvindt. Prismant beschikt voor zover de NZa bekend nog niet over de ZZP-aantallen en heeft de ZZP-systematiek niet gebruikt voor de case-mix correctie.

Rekening houden met het buiten de longitudinale meetperiode (doen) vallen van sommige waarnemingen

De IGZ geeft aan dat het aantal waarnemingen waarop de gegevens zijn gebaseerd nog erg laag is. De IGZ wil nader onderzoeken waar dit door komt. Er zou sprake kunnen zijn van selectieve metingen, maar het kan ook zijn dat er veel waarnemingen zijn uitgevallen in de analyses (schoning en case-mix correctie) of dat veel cliënten geweigerd hebben om mee te doen aan het onderzoek.

Opdoen meetervaring

Bij longitudinale gegevensaanleveringen is het bekend dat 'meetervaring' een rol speelt. Een voorbeeld hiervan is dat de aandacht op een bepaald fenomeen groeit, zodra het fenomeen gemeten wordt. Het gevolg van meer aandacht kan zijn dat het aantal waarnemingen van het fenomeen

toeneemt. De indicator die het fenomeen meet kan vervolgens een stijgende trend laten zien. Dit hoeft niet altijd samen te hangen met een werkelijke verandering in het kwaliteitsniveau. Om de versturende effecten te voorkomen die optreden tijdens het opdoen van meetervaring, acht IGZ het verstandig om niet meteen aan de eerste meetresultaten van een longitudinale meting ingrijpende gevolgen te verbinden. IGZ meldt dat tijd (meerdere jaren) nodig is voor het verbeteren van het gehele proces van meten en analyseren. Gupta Strategists is eveneens van mening dat de data 2007 nog niet voldoende kwaliteit hebben om de indicatoren te koppelen aan financiële prikkels. Gupta raadt daarom aan om in eerste instantie te beginnen met publicatie van de gegevens, beloning van transparantie, en eventueel – in overleg met de zorgaanbieders – op een selectie van geschikte indicatoren een milde kwaliteitsprikkel in te zetten.

Kenmerk

Pagina
7 van 12

Uitvoeringsvragen

Na bovenstaand kritische oordeel over de data uit het Kwaliteitskader noemt de NZa de volgende aandachtspunten voor de praktische invoering van het voorstel:

1. Locatienummers moeten overeenkomen met NZa-nummers;
2. Zorgaanbieders schijnbaar zonder informatieverplichting;
3. Effect tariefsverlaging VV&T op GGZ en GHZ;
4. Extramurale zorgprestaties geharmoniseerd op basis van grondslag.

1. Locatienummers

De data in het Kwaliteitskader wordt op het niveau van organisatorische eenheden verzameld. De NZa gaat uit van concerns. Een concern kan uit meerdere organisatorische eenheden bestaan en zorg leveren binnen meerdere zorgkantoorregio's en in de verschillende AWBZ-sectoren. Dit maakt de koppeling van kwaliteitsdata aan de NZa-rekenstaten ingewikkeld. In opdracht van IGZ heeft een extern bureau geprobeerd de koppeling technisch vorm te geven. Dit is niet gelukt, wat betekent dat alle OE's handmatig zullen moeten worden toegewezen aan de rekenstaten van de NZa.

2. Zorgaanbieders schijnbaar zonder informatieverplichting

Alle zorgaanbieders hebben de verplichting zich in een jaardocument te verantwoorden. Echter, om methodologische redenen leveren kleine zorgaanbieders soms bepaalde gegevens niet aan het Kwaliteitskader aan. Bijvoorbeeld in de CQ-indicatoren kan de privacy van cliënten in gevaar komen als de steekproefomvang te klein is. Deze gegevens worden daarom niet altijd met het DigiMV aangeleverd. Als gevolg kan deze categorie zorgaanbieders niet worden meegenomen in kwaliteitsbeloning.

3. Tariefsverlaging overige sectoren

Een tariefsverlaging van de V&V ZZP's heeft ook effect op GGZ en GHZ-zorgaanbieders die V&V ZZP's leveren, Tegenover de tariefskorting staat voor deze zorgaanbieders geen bonus-malus regeling. Dit geldt nog sterkere mate voor de extramurale prestaties, omdat de beleidsregel geen onderscheid kent naar sectoren.

4. Aparte beleidsregels

De Beleidsregel Extramurale zorg is geharmoniseerd. De prestaties kunnen geleverd worden door alle zorgaanbieders mits toegelaten voor

de AWBZ en toegelaten voor de betreffende functies. Een bezuiniging in de extramurale zorg kan alleen AWBZ-breed worden doorgevoerd, aangezien onderscheid in sectoren niet meer bestaat. Bonussen kunnen echter in het voorstel alleen toegekend worden aan zorgaanbieders die het Kwaliteitskader VV&T vullen. De zorgaanbieders uit de overige sectoren (GGZ en gehandicaptenzorg) vallen hier buiten. De facto ontstaat zo een verschillende bekostiging voor dezelfde prestaties, omdat die geleverd worden door zorgaanbieders in voorheen verschillende sectoren. Dit is contrair aan de gewenste eenduidigheid en eenvoud van de bekostigingsystematiek. Bovendien leidt dit tot een toename van de administratieve last.

Kenmerk

Pagina
8 van 12

Samenloop met andere wijzigingen AWBZ

In 2009 komt € 248 miljoen extra beschikbaar voor ZZP 5 t/m 10. De NZa moet hiervoor een verdelingsmethode ontwikkelen die aansluit bij een doelmatige inzet van personeel (aanwijzing contracteerruimte 2008). Daarnaast brengt de invoering van zorgzwaartebekostiging een omvangrijke herverdeling van middelen teweeg. Tegen deze complexe achtergrond is het effect van de voorgenomen herverdeling op basis van kwaliteit niet goed te voorspellen. Qua omvang is de maatregel beperkt en kan geheel in het niet vallen bij de optelsom van andere maatregelen. De bonus-malus zal bij sommige zorgaanbieders het netto effect juist versterken.

Een extra regeling is een extra belasting in de uitvoering – zowel voor de sector als de NZa – en bemoeilijkt de invoering van persoonsvolgende bekostiging.

Perspectief op de langere termijn

De NZa ziet voor de fase waarin de sector VV&T zich nu bevindt twee hoofddoelen. Ten eerste het inzichtelijk maken van goede praktijken en ten tweede het verdelen van de middelen op basis van zorgzwaarte. In deze fase kunnen zorgaanbieders profiteren van de inspanning die is geleverd om kwaliteitsdata te verzamelen door van elkaars voorbeelden te leren.

Het is voor het eerst dat de kwaliteit op dezelfde manier is gemeten bij alle zorgaanbieders. Hierdoor is het mogelijk voor cliënten de zorgaanbieders te vergelijken op kwaliteit. Het geeft ook zorgaanbieders de mogelijkheid om zwakke plekken te identificeren en aandachtspunten te formuleren met cliëntenraden en zorgkantoren.

De prikkels in de bekostiging zouden in deze fase van informatie-verzameling gericht moeten zijn op transparantie en kennisoverdracht. Dit zal zorgaanbieders op termijn in staat stellen om "best practices" te identificeren en te implementeren. Voor de komende tijd ziet de NZa ook een belangrijke rol weggelegd voor de inspectie om handhavend op te treden bij tekortkomingen in de kwaliteit en voor de zorgkantoren om afspraken te maken over kwaliteitsverbetering.

Op termijn is het mogelijk een bonus/malus regeling te gebruiken in de bekostiging. Hierbij moet wel eerst worden gekozen waar de verantwoordelijkheid voor de inkoop van kwaliteit wordt belegd. Prestatiecontracten die lokaal worden onderhandeld op basis van doelgroepenbeleid en specifieke omstandigheden zijn flexibeler en doelgerichter dan algemene prestatiecontracten.

Alternatief voorstel korte termijn

Het korte termijn alternatief van de NZa is daarom om de beschikbare €35 miljoen te gebruiken voor het belonen van het meten van kwaliteit en het snel aanleveren van gevalideerde meetgegevens. Dit stimuleert zorgaanbieders om mee te denken over een efficiënte organisatie van het meten en een inzichtelijke rapportage hierover. Criteria op grond waarvan een beloning kan worden toegekend, zijn bijvoorbeeld snelheid van aanleveren van meetresultaten, goede eigen initiatieven om de validiteit van de metingen te vergroten of een efficiënte organisatie van het meetproces.

Behalve een bonus toekennen voor wenselijke ontwikkelingen, kan de NZa ook haar handhavingsinstrumentarium inzetten. Dit is een negatieve prikkel om niet-aanlevering van meetgegevens te voorkomen. Op grond van artikel 38 van de Wmg zijn zorgaanbieders verplicht informatie over de kwaliteit van de zorg openbaar te maken. De NZa kan regels stellen waaraan die informatie moet voldoen. De indicatoromschrijvingen van het Kwaliteitskader kunnen als zodanig worden aangeduid. De NZa kan handhaving instellen om de plichten in artikel 38 Wmg af te dwingen of overtreding te bestraffen.

Deze aanpak kent verschillende voordelen boven het voorstel van de Staatssecretaris. De medewerking aan het Kwaliteitskader door de zorgaanbieders VV&T komt niet in gevaar. Deelname aan de gegevensverzameling wordt bevorderd, waardoor de *response rate* omhoog zal gaan. Dit komt de kwaliteit van de meetgegevens ten goede. Dit vergroot de toekomstige mogelijkheden voor beloning van kwaliteit op basis van het Kwaliteitskader.

Door de beschikbare kwaliteitsgegevens openbaar te maken wordt het mogelijk dat cliënten deze gegevens gebruiken bij hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. Goede zorgaanbieders worden op deze wijze beloond met extra cliënten. Dit geeft tevens een prikkel tot kwaliteitsverbetering.

Manieren om kwaliteit te koppelen aan de bekostiging

Een bekostigingsinstrument moet passen in een beloningsstructuur die zorgaanbieders de juiste prikkels geeft om prijzen laag te houden en de gewenste kwaliteit te leveren. De manier waarop een hoge kwaliteit wordt gestimuleerd zou daarom onderdeel moeten zijn van de uitwerking van de adviezen van de SER en de visie van VWS op de toekomst van de AWBZ.

In deze uitvoeringstoets zal de NZa niet diep ingaan op alternatieven. De NZa is van mening dat deze discussie breder moet worden gevoerd in samenhang met de discussie over het sturingsmodel en het reguleringsmodel. De NZa raadt aan in deze discussie de volgende vragen te betrekken.

- Wat is het doel van een bekostiging op best practices?
- Wie is belast met de inkoop van AWBZ zorg?

Er zijn verschillende manieren om kwaliteit te koppelen aan de bekostiging, ieder vanuit een andere motivering. Hieronder volgt een aantal in de ogen van de NZa belangrijke lange termijn alternatieven:

- Belonen van transparantie: Om goede keuze-informatie beschikbaar te maken en controle en inspraak door cliënten, inspectie en zorginkopers mogelijk te maken zijn betrouwbare kwaliteitsgegevens van groot belang. Het aanleveren van hoogwaardige gegevens vergt een grote inspanning van zorgverleners en dwingt hen om processen zodanig in te richten dat er zicht komt op kwaliteit. Zorgaanbieders hebben belang bij het aanleveren van gegevens als cliënten hun keuze baseren op deze informatie. Cliënten kunnen alleen een oordeel vormen als een substantieel deel van de zorgaanbieders ook die informatie biedt. De overheid kan, door het opleggen van een informatieverplichting en het belonen van de aanlevering van betrouwbare gegevens, concurrentie op basis van kwaliteit stimuleren.
- Belonen van kwaliteitsverbetering - bekostigen op innovaties: Om informatie over best practices te verkrijgen en te verspreiden zijn vaak investeringen nodig die met name terecht komen bij de pioniers. Het bekostigen van nieuwe initiatieven³, onder voorwaarde dat resultaten worden gemonitord en gedeeld, kan gericht innovatie en informatieoverdracht stimuleren.
- Belonen van kwaliteitsverbetering – prestatiecontracten: Zorginkopers kunnen lokaal sturen op verbeteringen in kwaliteit door prestatiecontracten op te stellen, waarin een voorwaardelijke bonus-malus wordt gegeven op kwaliteitsprestaties.
- Belonen van kwaliteitsuitkomsten: Centraal prestatiecontract op algemeen niveau van kwaliteit of kwaliteitsaspecten. Dit is een instrument om een algemeen aanvaarde norm van kwaliteit te handhaven.
- Belonen van best practices/ belonen van kwaliteitsaspecten die aantoonbaar extra kosten: centrale regulering van tarieven, gebaseerd op prijs/kwaliteit verhouding; prijzen van ZZP's worden vastgesteld op basis van een benchmark op kosten en kwaliteit. Dit voorkomt ongewenste afruil tussen kwaliteit en prijs.
- Belonen van kwaliteitsverschillen: Tenslotte is er de mogelijkheid om te differentiëren in de beloning naar kwaliteitsniveaus, zoals het beoogde bonus/malus systeem op relatieve verschillen in kwaliteit. Hierbij worden de best presterende zorgaanbieders beloond. Aanbieders worden zo gestimuleerd om te investeren in de kwaliteit en steeds bij de besten te willen horen. Dergelijke systemen leiden echter vaak tot differentiatie in kwaliteitsniveaus.

Kenmerk

Pagina
10 van 12

In de praktijk leidt het bekostigen op basis van kwaliteitsverschillen vaak tot behoud van goede kwaliteit bij de best presterende aanbieders, maar niet tot kwaliteitsverbetering bij minder presterende aanbieders (Rosenthal et al. 2004)⁴. Om zorgaanbieders een kans te geven kwaliteit te verbeteren moet voldoende beloning staan tegenover de noodzakelijke investeringen. Dit vergt een integrale benadering van kwaliteit, kosten en zorgzwaarte.

³ Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

⁴ Paying for quality: Providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs* 23(2):127-141.

Onderhoud tarieven en bekostiging op basis van best practices

In het ontwikkelen van een bekostiging op basis van best practices ziet de NZa mogelijkheden om een benchmark te ontwikkelen op basis waarvan de kosten van kwaliteit inzichtelijk worden gemaakt.

Kenmerk

Pagina
11 van 12

Vanaf 2009 zal prestatiebekostiging in de AWBZ worden ingevoerd. De AWBZ-gelden worden dan verdeeld op basis van het aantal cliënten in zorg en hun zorgwaarde. Prikkel om kostenefficiënt te werken komen vanuit de prijsregulering. De zorgaanbieder behoudt immers het verschil tussen de prijs en de kosten om eigen beleid vorm te geven. De kosten zouden gebaseerd moeten zijn op de werkelijke kosten van zorg met het gewenste kwaliteitsniveau.

De NZa heeft in eerdere adviezen haar voorkeur uitgesproken voor modellen die voorkomen dat een ongewenste afruil plaatsvindt tussen kwaliteit en prijs. Dit type modellen is gebaseerd op een benchmark waarin zorgaanbieders op een eerlijke wijze vergeleken kunnen worden in financiële en kwaliteitsprestaties, beide gecorrigeerd voor zorgwaarde en eventuele niet-beïnvloedbare factoren. Dit geeft een minder directe prikkel dan bekostigen op bepaalde kwaliteitsindicatoren, maar laat wel ruimte voor beloning van een hoge kwaliteit.

Om de best practices van zorgaanbieders in kaart te kunnen brengen, moet de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens uitstekend zijn. Er moeten gegevens over doelmatigheid én kwaliteit richten, en idealiter ook over omgevingsfactoren en zorgwaarde (zover die niet tot uiting komen in de zorgzwaartepakketten).

Hiervoor zijn gegevens van alle zorgaanbieders nodig op het niveau van een vestiging over de feitelijke kosten, geleverde prestaties (ZZP's), kwaliteit van de geleverde zorg en omgevingsfactoren. De NZa heeft een eerste inventarisatie laten uitvoeren van de beschikbare data door onderzoeksbureau APE. Hierin wordt geconcludeerd dat er een grote kloof bestaat tussen de benodigde gegevens en de feitelijk beschikbare gegevens. De NZa ziet wel mogelijkheden om benchmarkinstrumenten te ontwikkelen, die uitgaan van gemiddelde prestaties. Ook hiervoor zijn meer gegevens nodig dan nu beschikbaar. Het uitvragen van deze gegevens zou onderdeel kunnen zijn van de monitoring en het onderhoud van de ZZP's.

Conclusie

Doordat de kwaliteitsindicatoren in het Kwaliteitskader momenteel voor het eerst sectorbreed gemeten worden, ziet de NZa uitvoeringsproblemen ten aanzien van de benodigde gegevens. De NZa adviseert de staatssecretaris daarom te wachten totdat de IGZ de uitkomsten van de data voldoende heeft kunnen beoordelen en evaluatie onderzoek heeft plaatsgevonden naar de geconstateerde verschillen. Partijen moeten de gelegenheid hebben gehad zich te verbeteren, als zij tot invoering volgens het voorstel zou besluiten.

Tevens wil de NZa de staatssecretaris erop wijzen dat al verschillende stappen zijn gezet. Via Kies Beter is een stap gezet naar transparantie van kwaliteit, maar ook in het inkoopbeleid van de zorgkantoren is een koppeling gemaakt tussen de kwaliteit en de bekostiging. Hierdoor wordt al gestuurd op kwaliteitsverbetering bij de inkoop door zorgkantoren.

De NZa heeft in deze uitvoeringstoets een korte termijn alternatief voorgesteld, waarin niet het behaalde kwaliteitsniveau van een zorgaanbieder beloond wordt, maar transparantie over kwaliteit. Het niet meewerken aan de transparantiebevordering zou met het handhavingsinstrumentarium van de NZa kunnen worden tegengegaan of bestraft.

Kenmerk

Pagina
12 van 12

Een alternatief voor de langere termijn is een bekostigingssysteem dat prikkels geeft voor een integrale afweging van de kosten, de kwaliteit en alle overige relevante aspecten van de zorgprestaties.

Dit alternatief is mede geformuleerd vanuit de opvatting dat de invoering van andere veranderingen per 1 januari 2009 niet belast moet worden met een extra wijziging. Daarnaast ziet de NZa in de WTZi-verschillen tussen zorgaanbieders, en de verschillende voortgang van ontwikkeling van kwaliteitstransparantie in de sectoren binnen de AWBZ, redenen om u te adviseren uw voorstel te heroverwegen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit



dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur