

Prestatiebekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg

Een onderzoek naar inzicht in kwaliteit
bij prestatiebekostiging

Masterscriptie

Ilse Kolenbrander

Augustus 2017

*Niet alles van waarde is meetbaar,
Niet alles wat meetbaar is, is van waarde
– Albert Einstein*

*‘Support a culture of change and learning’
- Robyn Shearer, 2014*

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der sociale wetenschappen
Masterscriptie Bestuurskunde

Ilse Kolenbrander – 420864

Scriptiebegeleider: dr. H.L. (Henk) Klaassen
Tweede lezer: dr. M.A. Beukenholdt – ter Mors

Augustus 2017

Voorwoord

Met dit onderzoek eindigt weer een studie en start het werkend leven. Dit wil niet zeggen dat studeren niet hard werken is, mijn motivatie en doorzettingsvermogen zijn tot in het uiterste getest. Voor u ligt het resultaat. Graag wil ik een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan het proces en het eindresultaat: de scriptie.

Prestatiebekostiging binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg, het onderwerp komt voort vanuit de stage bij de Algemene Rekenkamer. Projectleider Bettina Anemaet en stagebegeleider Cora Kreft wil ik bedanken voor de leerzame tijd. De respondenten die hebben bijgedragen aan dit onderzoek ben ik dankbaar voor de tijd en inhoudelijke bijdrage aan dit onderzoek. Kees de Weerdts bedankt voor het op het juiste pad brengen, als ik dreigde te verdwalen.

Mijn dank gaat uit naar de scriptiebegeleider en tweede lezer van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Scriptiebegeleider Henk Klaassen dank ik voor zijn feedback, inzichten en begeleiding gedurende het scriptieproces. Uitspraken over de 'blauwe trui' en 'schrijven is schrappen' zal ik niet snel vergeten. Daarnaast dank ik de tweede lezer, mevrouw Beukenholdt – ter Mors voor de vlotte reactie en de nauwkeurige aanpassingen. Dank ook voor de medestudenten van de scriptiekring voor de betrokkenheid en het van feedback voorzien van dit onderzoek.

Mijn vrienden wil ik bedanken voor de regelmatige belangstelling die zij toonden gedurende de periode, wat mede zorgde voor motivatie om door te gaan.

Tot slot wil ik mijn lieve familie en vriend bedanken, ik beloof jullie, dit is mijn laatste studie... Voorlopig! Bedankt voor jullie onvoorwaardelijke steun en liefde.

Ilse Kolenbrander

Samenvatting

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is gekozen voor een zorgstelsel met gereguleerde marktwerking. Dat houdt in dat onderling concurrerende zorgverzekeraars strijden om het belang van de verzekerden bij het contracteren. Daarnaast leidde de invoering van gereguleerde marktwerking tot een andere vorm van bekostigen. Bij deze vorm vormt de behandeling het uitgangspunt voor de bekostiging. Dit wordt ook wel prestatiebekostiging genoemd. Vanaf 2013 geldt deze vorm van bekostiging voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat zij prestatiegericht werken en worden daarop afgerekend. De afbakening van dit onderzoek is de zorginkoopmarkt. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij kwalitatief goede zorg inkopen tegen een zo redelijk mogelijke prijs. Daarbij is inzicht in kwaliteit noodzakelijk. Diverse onderzoeken laten zien dat inzicht in kwaliteit nog te wensen overlaat. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt daarom als volgt:

Vormt het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg een belemmering voor prestatiebekostiging en welke mogelijkheden zijn er om dit te ondervangen?

Op basis van de literatuur zijn werkhypothesen geformuleerd die vervolgens zijn verbonden met de empirische gegevens. Of het gebrek aan inzicht in kwaliteit een belemmering vormt bij prestatiebekostiging kan worden geconcludeerd dat dit inderdaad het geval is. Een belangrijke voorwaarden voor de werking van prestatiebekostiging is informatie waardoor vergelijking kan plaatsvinden tussen zorgaanbieders op basis van de kwaliteit van zorgprestaties. Een belangrijke oorzaak dat prestatiebekostiging tot op heden nog niet heeft geleid tot de gewenste beweging op de zorginkoopmarkt is het ontbreken van deze informatie. Prestatiebekostiging kan mogelijk wel in termen van aantallen behandelingen van een bepaalde kwaliteit, maar niet op basis van de effecten die de behandeling heeft vanwege het ontbreken van de causaliteit en duidelijke kwaliteits-indicatoren. Prestatiebekostiging werkt nog niet zoals voorgenomen en dat terwijl de minister richting outcomebekostiging wil, waarbij het effect van de behandeling centraal staat bij de bekostiging. Om gevolg te geven aan de doelstelling van dit onderzoek zijn daarom de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Geef het veld de tijd en ruimte om eerst te komen tot prestatiebekostiging;
- laat het veld de ROM discussie tot een eind brengen;
- laat ruimte voor leren en innoveren;
- ontwikkel met het veld een set kwaliteitsindicatoren waarop bekostiging kan plaatsvinden;
- let op de context waarin de ggz zich bevindt, houd outcomebekostiging daarbij niet als ideaal.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Doelstelling.....	10
1.4 Vraagstelling.....	10
1.5 Belang voor de wetenschap	11
1.6 Belang voor de maatschappij	11
1.7 Methode van onderzoek	12
1.8 Leeswijzer	12
2 Zorgstelsel met gereguleerde marktwerking	13
2.1 Inleiding.....	13
2.2 Prestatiebekostiging.....	14
2.3 Verantwoording en transparantie.....	15
2.4 Curatieve geestelijke gezondheidszorg	15
2.5 Actoren en verantwoordelijkheden bij prestatiebekostiging.....	16
3 Prestatiemeting & kwaliteit binnen de geestelijke gezondheidszorg	17
3.1 New Public Management	17
3.1.1 Resultaatgerichte oriëntatie	18
3.2 Prestatiemeting	19
3.2.1 Aspecten	20
3.2.2 Voorwaarden en belemmeringen	21
3.3 Prestatie-indicatoren.....	24
3.4 Vormgeving	26
3.4.1 Interactie.....	26
3.4.2 Meervoudigheid.....	27
3.4.3 Dynamiek.....	28
3.5 Kwaliteit van zorg	28
3.5.1 Kwaliteit-indicatoren.....	29
3.6 Principal agent theorie	32
3.6.1 Informatie asymmetrie	32
3.6.2 Moral hazard & adverse selection en de curatieve ggz	34
3.6.3 Vertrouwen en onzekerheid in de curatieve ggz.....	35
3.7 Resumé.....	36
3.8 Onderzoeksmodel	38
3.9 Operationalisering.....	40
4 Methodologische verantwoording	42
4.1 Kwalitatief onderzoek.....	42
4.1.1 Falsificatie en verificatie	42
4.2 Casestudy	43
4.2.1 Voor- en nadelen.....	43
4.3 Dataverzameling.....	44
4.3.1 Validiteit en betrouwbaarheid	44

5	Beschrijving van het veld	46
6	Analyse	49
6.1	Werkhypothese 1	50
6.2	Werkhypothese 2	51
6.3	Werkhypothese 3	52
6.4	Werkhypothese 4	54
6.5	Werkhypothese 5	55
6.6	Werkhypothese 6	56
6.7	Werkhypothese 7	57
6.8	Werkhypothese 8	58
6.9	Werkhypothese 9	59
6.10	Werkhypothese 10	61
6.11	Werkhypothese 11	63
6.12	Werkhypothese 12	64
6.13	Werkhypothese 13	65
6.14	Resumé.....	67
7	Conclusie.....	68
7.1	Aanbevelingen.....	69
7.2	Reflectie.....	71
7.2.1	<i>Reflectie theorie.....</i>	<i>71</i>
7.2.2	<i>Reflectie methode van onderzoek.....</i>	<i>71</i>
7.2.3	<i>Reflectie op aanbevelingen.....</i>	<i>72</i>
8	Bronnenlijst.....	73
9	Bijlagen.....	78
9.1	Bijlage 1. Respondenten.....	78
9.2	Bijlage 2. Vragenlijst respondenten.....	78

Afkortingenlijst

CQI	Consumer Quality Index
Dbc's	Diagnose behandel combinatie
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ROM	Routine Outcome Monitoring
SBG	Stichting Benchmark Geestelijke Gezondheidszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zvw	Zorgverzekeringswet

Overzicht figuren en tabellen

Figuur 1. Zorgstelsel met gereguleerde marktwerking

Figuur 2. Overzicht actoren en hun verantwoordelijkheden ten aanzien van prestatiebekostiging

Figuur 3. Doelmatigheidsanalyse

Figuur 4. De mate van tolerantie bij diverse functies van prestatiemeting

Figuur 5. Prestatiecyclus

Figuur 6. Conceptueel model

Figuur 7. Toepassing ROM

Tabel 1. Voorwaarden en belemmeringen bij prestatiemeting

Tabel 2. Waarden per systeem

Tabel 3. Operationalisering

Bijlagen

Bijlage 1. Respondenten

Bijlage 2. Vragenlijst respondenten

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

“Patiënten beschikken op dit moment nog niet over voldoende informatie om een kwalitatieve keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders... .. [Er zijn] verschillende initiatieven geweest om het inzicht in de kwaliteit van de zorg te vergroten, maar deze hebben nog niet geleid tot voldoende transparantie. Daardoor kunnen zorginstellingen [en] zorgverzekeraars... onvoldoende gebruik maken van deze informatie om de zorg te verbeteren [en] zorg in te kopen... [op basis van] de kwaliteit van de zorg”.

Bron: Algemene Rekenkamer, 2013^a

Sinds 2013 is de geestelijke gezondheidszorg (ggz) overgegaan op prestatiebekostiging. Daar waar zorgaanbieders voorheen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werden bekostigd, vindt de financiering nu plaats op basis van prestatieafspraken. Met prestatiebekostiging wordt beoogd marktwerking in de zorg te bevorderen waarbij verzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders. Daarbij worden afspraken gemaakt over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg(producten) die door de zorgaanbieders worden geleverd. Met deze vorm van marktwerking wordt beoogd concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders te stimuleren waarbij de juiste prijs/kwaliteit verhouding tot stand komt.

Met de invoering van prestatiebekostiging is invulling gegeven aan de doelstelling van het regeerakkoord om prestatiebekostiging in de curatieve ggz in te voeren en verzekeraars risicodragend te maken voor de curatieve ggz (VWS, 2012). Het kabinet wil dat de keuze voor kwalitatief goede zorg leidend en lonend wordt voor patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars. De voorwaarde daarbij is dat voor alle partijen helder is wat de kwaliteit van zorg is (VWS, 2015:1). De Nederlandse Zorgautoriteit stelt inzicht in kwaliteit als noodzakelijke voorwaarde bij de invoering van prestatiebekostiging (NZa, 2010:17).

Diverse onderzoeken laten zien dat inzicht in kwaliteit nog te wensen overlaat. Zo twijfelde de Algemene Rekenkamer in 2009 aan de haalbaarheid van de doelstelling van de minister dat iedereen vanaf 2011 beschikt over inzicht in het aanbod en de kwaliteit van zorg. Daarnaast constateerde zij in 2011 dat transparantie over de kwaliteit van zorg trager verloopt dan verwacht (Algemene Rekenkamer, 2013^b). Het gebrek aan transparantie over de kwaliteit vormt een belemmering voor het belonen van goed presterende zorgaanbieders en bij de zorginkoop op basis van kwaliteit, ook wel selectieve zorginkoop genoemd (KPMG Plexus, 2014:6). De uitkomsten die wel beschikbaar zijn,

worden niet altijd bekendgemaakt door zorgaanbieders zo blijkt uit een evaluatie van de Zorgverzekeringswet van KMPG Plexus (2014:6).

De verandering in bekostiging is van invloed op de werkwijze van zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders. De nadruk is komen te liggen op prestaties waarover verantwoording kan plaatsvinden. Deze ontwikkeling kan worden gezien in het licht van New Public Management (NPM). Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw zijn door het management van publieke organisaties sturingsprincipes vanuit het bedrijfsleven overgenomen die veelal worden aangeduid als New Public Management (Budding, 2014:38). Prestatiemeting neemt hierin een belangrijke rol in. Prestaties worden uitgedrukt in prestatie-indicatoren. Binnen de ggz komen deze tot uiting in diagnose behandel combinaties (dbc's). Er wordt ook wel gesproken van een resultaatgerichte oriëntatie (Thiel & Leeuw 2002:268). In contracten worden afspraken vastgelegd tussen verzekeraars en zorgaanbieders over de taken en de bijbehorende beloning. Op deze relatie kan de principal agent theorie worden toegepast waarbij de verzekeraar toeziet op de afspraken met de zorgaanbieders, die bestaan uit zelfstandig uitvoerende professionals. Op basis van prestatieafspraken, ook wel productieafspraken genoemd, wordt vastgelegd wat de uitvoerenden behoren te presteren (Thiel & Leeuw, 2002). Deze ontwikkelingen worden gevoed door een sterk geloof in de meetbaarheid van prestaties in de publieke sector (Thiel & Leeuw, 2002:268).

1.2 Probleemstelling

De focus op prestaties en de beoordeling daarvan verlopen niet zonder problemen of onbedoelde gevolgen (Thiel & Leeuw, 2002:268). Vanuit de new public management stroming staan begrippen als efficiëntie en effectiviteit centraal. Publieke organisaties richten zich meer op meetbare output, performance contracten, afrekenen en klanttevredenheid in plaats van 'value' (Geuijen, 2013:6). Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat zij prestatiegericht werken en worden daarop afgerekend. Daarnaast dienen zij ook kwalitatief goede zorg te bieden. Dit kan zorgen voor spanning voor de zorgaanbieders om zowel te voldoen aan kwalitatief goede zorg, effectiviteit en het behalen van prestatienormen. De verzekeraars leggen de nadruk op doelmatigheid en prestaties, terwijl voor de professionele zorgaanbieders de nadruk ligt op professionele autonomie en integriteit. De toenemende prestatiegerichtheid kan zorgen voor tegenstrijdige belangen tussen de verzekeraars en zorgaanbieders.

Binnen de samenleving is veel informatie beschikbaar over prijs en kwaliteit van producten en diensten, maar wat gezondheid betreft is er nauwelijks informatie (VWS, 2015 en Pomp, 2007). Er is

zowel maatschappelijke als politieke consensus dat inzicht in kwaliteit zichtbaar hoort te zijn (Gezondheidsraad, 2013:12). Hoewel de afgelopen jaren diverse ontwikkelingen hebben plaatsgevonden is de ontwikkeling, registratie en verspreiding van bruikbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg niet voldoende transparant om uitspraken over doelmatigheid te kunnen doen. Inzicht in kwaliteit is nog steeds de Achilleshiel van het zorgstelsel (Kleef et al, 2014:16). Als er binnen het veld geen consensus is over de prestaties en de 'afrekening' daarop en het inzicht in kwaliteit niet voldoende is, kan er dan bekostigd worden op basis van kwaliteit van uitkomsten?

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek is niet bedoeld om marktwerking in de zorg ter discussie te stellen, maar een bijdrage te leveren aan inzicht over kwaliteit ten behoeven van prestatiebekostiging. De doelstelling van dit onderzoek luidt:

Aanbevelingen formuleren gericht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de mogelijkheden kwaliteitsindicatoren te hanteren bij prestatiebekostiging op het terrein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek is als volgt:

Vormt het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg een belemmering voor prestatiebekostiging en welke mogelijkheden zijn er om dit te ondervangen?

De deelvragen van dit onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- I. Hoe ziet het zorgstelsel anno 2016/2017 eruit met gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging?
- II. Welk inzicht biedt de literatuur over prestatiemeting, kwaliteit en wederzijdse afhankelijkheid binnen relaties?
- III. Welke rol speelt het feitelijk inzicht in kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg bij het meten van afspraken ten aanzien van prestatiemeting?
- IV. Welke belemmeringen brengt de huidige manier van prestatiemeting met zich mee om te komen tot prestatiebekostiging?
- V. Hoe kan inzicht in kwaliteit worden verbeterd zodat prestatiebekostiging beter werkt?

1.5 Belang voor de wetenschap

Er is tot op heden nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de belemmeringen van het ontbreken van inzicht in kwaliteit voor prestatiebekostiging binnen de curatieve ggz. Daarom is het van belang om onderzoek te doen naar de knelpunten welke een belemmering vormen voor prestatiebekostiging en welke mogelijke oplossingen kunnen worden aangedragen. Met dit onderzoek wordt beoogd meer inzicht te bieden of (het ontbreken van) inzicht in kwaliteit een belemmering vormt voor de werking van prestatiebekostiging. De opbrengst van dit onderzoek kan daarmee wellicht een aanvulling vormen op de huidige theorie van prestatiemeting in combinatie met inzicht in de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt tevens gekeken naar welke knelpunten, binnen de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders, zorgen voor het ontbreken van inzicht in kwaliteit en welke oplossingsmogelijkheden er zijn om te komen tot inzicht in de kwaliteit van de zorg waardoor prestatiebekostiging werkt zoals beoogd. Door zowel het veld en de wetenschap te benaderen voor dit onderzoek ontstaat een breder beeld over prestatiebekostiging.

1.6 Belang voor de maatschappij

Naast de theoretische relevantie heeft dit onderzoek ook een maatschappelijk belang. Daar waar de overheid voorheen alles bekostigde en waar weinig inzicht in doelmatigheid van de gezondheidszorg was, wordt met het nieuwe stelsel beoogd dat de marktwerking zorgt voor transparantie, kostenreductie door concurrentie wat moet leiden tot doelmatige gezondheidszorg. Het doel van marktwerking in de gezondheidszorg is kwalitatief goed, betaalbare, voor iedereen toegankelijke zorg. Naast dat in de gereguleerde zorgmarkt een rol voor de overheid en de markt is weggelegd, heeft de burger zelf de verantwoordelijkheid (gekregen) om zich te verzekeren tegen ziektekosten. In dit onderzoek ligt de nadruk op inzicht in kwaliteit voor de werking van prestatiebekostiging. De afgelopen jaren is de aandacht voor kwaliteit gegroeid. Consumenten willen 'value for money' en net als bedrijven wordt van publieke organisaties ook verwacht dat zij 'producten' leveren met een goede prijs/kwaliteit verhouding (Noordegraaf, 2008:133). Kwaliteit van zorg is een belangrijk aspect voor de maatschappij. De zorg is niet alleen gericht op preventie of genezing, maar levert ook een bijdrage aan het welzijn van de maatschappij. Onvoldoende transparantie van de informatie over kwaliteit van zorg vormt een belemmering binnen het huidige zorgstelsel. Momenteel beschikken patiënten en verzekerden nog niet over de noodzakelijke informatie waarmee kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders kunnen worden beoordeeld (SER, 2012:20). Dit kan ten nadelen zijn voor de maatschappij. Daarom wordt beoogd inzicht te bieden in de werking van prestatiebekostiging en mogelijke knelpunten bloot te leggen of zelfs een stap te zetten richting een mogelijke oplossing hiervoor.

1.7 Methode van onderzoek

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Het is een casestudy die specifiek gaat over prestatiebekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Door theorie over prestatiemeting te gebruiken wordt inzicht vergaard over het meten van prestaties, wat in dit onderzoek wordt uitgebreid door de koppeling met kwaliteit. Daarbij wordt ingegaan op de (on)mogelijkheden van prestatiemeting en de kwaliteits-indicatoren van de zorg. Als inzicht in de kwaliteit van zorg ontbreekt, kunnen zorgaanbieders niet concurreren op kwaliteit, waardoor verzekeraars niet op basis van kwaliteit zorg kunnen inkopen. Deze informatieproblemen spelen een centrale rol binnen de gezondheidszorg (CPB, 2015:6). De wederzijdse afhankelijkheid van de verzekeraars en zorgaanbieders wordt aan de hand van de principal agent theorie geanalyseerd. De principal agent theorie is een organisatietheorie en biedt mogelijk inzichten in informatiesystemen, uitkomst onzekerheid, prikkels en risico's (Eisenhardt, 1989). Op basis van de theorie worden werkhypothesen opgesteld. Deze werkhypothesen worden aan de hand van de interviewuitkomsten getoetst. Door middel van interviews is beoogd meer duidelijk te genereren over wat het inzicht in kwaliteit belemmert en wat dit voor gevolgen heeft voor prestatiebekostiging. De semigestructureerde interviews vinden plaats met verzekeraars, zorgaanbieders en wetenschappers.

1.8 Leeswijzer

Het hierna volgende hoofdstuk, Hoofdstuk 2, vormt een beschrijving van de afbakening van het onderzoek. Het vormt als het ware een trechter voor Hoofdstuk 3 wat daarop volgt. Hierin worden de kernelementen op basis van de literatuur uiteengezet. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met het onderzoeksmodel en de operationalisatie. In Hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de onderzoeksmethode en strategie van de uitvoering van dit onderzoek. De huidige situatie wordt in Hoofdstuk 5 beschreven. In Hoofdstuk 6 vindt de analyse plaats door de werkhypothesen en de empirie met elkaar te verbinden. Tot slot volgt de conclusie in Hoofdstuk 7, waarin tevens aanbevelingen worden gedaan en reflectie op dit onderzoek plaatsvindt.

2 Zorgstelsel met gereguleerde marktwerking

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de context van dit onderzoek. Allereerst wordt beschreven hoe het zorgstelsel met gereguleerde marktwerking eruit ziet en wat met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt beoogd. Tevens wordt hier ingegaan op de rol van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de rol van de toezichthouder op de markt. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op prestatiebekostiging als andere financieringsvorm als gevolg van de invoering van marktwerking in de zorg. Hoe de rol van kwaliteit is toebedeeld komt aan bod in paragraaf 2.3. Als casus van dit onderzoek staat de curatieve geestelijke gezondheidszorg centraal daarom wordt in paragraaf 2.4 toegelicht wat dat inhoudt. Resumerend wordt in paragraaf 2.5 een overzicht gegeven van de actoren en de verantwoordelijkheden.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is gekozen voor een zorgstelsel met gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg (CPB, 2015:8). In dit stelsel is een rol voor burgers weggelegd om zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid(szorg) en de daarvoor benodigde verzekering tegen de kosten. De rol van de overheid is vooral kader stellend en toezichthoudend, waarbij een verschuiving plaatsvindt van regulering van het zorgaanbod naar regulering van markten waarbinnen burgers, verzekeraars en zorgaanbieders elkaar ontmoeten.

Figuur 1. Zorgstelsel met gereguleerde marktwerking



Bron: Algemene Rekenkamer, 2017:6

Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet zijn drie markten ontstaan, namelijk de zorgverzekeringsmarkt, zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt (zie Figuur 1, pagina 13). Deze laatste staat centraal in dit onderzoek. Binnen de zorginkoopmarkt beogen verzekeraars zorg in te kopen voor hun verzekerden voor een zo goed mogelijke prijs-kwaliteit verhouding. Het marktprincipe zorgt ervoor dat de verzekeraars niet verplicht zijn om met iedere zorgaanbieder een contract af te sluiten. Door deze regel hebben zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders baat bij een goede prijs-kwaliteitverhouding, wat moet leiden tot kwalitatief goede en doelmatige zorg. De regulering bevindt zich in de ingestelde (maximum)tarieven en de zorgplicht waarbij verzekeraars worden geacht voldoende zorg in te kopen, zodat verzekerden tijdig kwalitatief goede zorg ontvangen. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet en de invoering van gereguleerde marktwerking vond ook de introductie van een nieuw bekostigingsstelsel plaats. Voorheen stond het budget van de zorgaanbieder centraal. Bij deze andere vorm van bekostigen vormt de behandeling de basis van de bekostiging. Dit wordt ook wel prestatiebekostiging genoemd.

2.2 Prestatiebekostiging

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft bij de invoering van prestatiebekostiging aangegeven dat zij op termijn wil overgaan tot outcomebekostiging. Dit is een model waarbij het effect van de behandeling centraal wordt gesteld bij de bekostiging. Binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg is prestatiebekostiging stapsgewijs ingevoerd in de jaren 2008 tot 2013. Betrokken partijen, ook wel het veld genoemd, werken samen aan de ontwikkeling van prestatiebekostiging. Met de invoering van prestatiebekostiging werd getracht een bijdrage te leveren van een aanbodgericht stelsel naar een meer vraaggericht stelsel (Algemene Rekenkamer, 2017).

Voor een goed functionerende prestatiebekostiging is het noodzakelijk dat burgers, verzekeraars en zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van zorg. Zonder inzicht in kwaliteit is het voor burgers lastig om een schatting te maken van de kwaliteit van behandelingen en om op basis hiervan een keuze voor de zorgaanbieder te maken. Verzekeraars hebben inzicht in kwaliteit nodig om voor de verzekerden goede zorg in te kopen tegen de juiste prijs/kwaliteit verhouding en kan ertoe leiden dat verzekeraars met bepaalde zorgaanbieders geen contract afsluiten. Op deze manier dragen de zorgverzekeraars bij aan de continue verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tevens kunnen verzekeraars met deze informatie verzekerden adviseren en informeren over de kwaliteit van zorg (VWS, 2015). Voor een goed werkend systeem is het belangrijk dat verzekeraars weten wat zij inkopen. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg (VWS en EZ, 2005:6).

Daarom is het van belang dat zorgaanbieders duidelijk kunnen aantonen waarom zorg meer of minder kost dan bij een andere zorgaanbieder. De onderbouwing hiervoor kan zowel op basis van de zorgzwaarte als op basis van kwaliteit plaatsvinden (NZa, 2011:89). Tevens kunnen zorgaanbieders deze informatie inzetten om zicht te kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders en het verbeteren van hun prestaties (VWS, 2015).

2.3 Verantwoording en transparantie

Zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars zijn in 2016 een model kwaliteitsstatuut ggz overeengekomen. Hierin is beschreven wie binnen de ggz als regiebehandelaar mag dienen en wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van verantwoording en kwaliteit. De zorgaanbieders zijn sinds 1 januari 2017 verplicht om een individueel statuut te hebben. Het Zorginstituut Nederland is momenteel bezig om een meetinstrument te ontwikkelen voor deze statuten. Het instituut is een advies- en uitvoeringsorganisatie op het gebied van de gezondheidszorg en voert haar werkzaamheden uit op basis van onder andere de Zorgverzekeringswet waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg centraal staan. Daarnaast openbaart Zorginstituut Nederland de scores van zorgaanbieders op de kwaliteitsindicatoren welke Stichting Benchmark Geestelijke Gezondheidszorg (SBG) verzamelt. Stichting Benchmark ggz is een trusted third party, oftewel een onafhankelijke organisatie die zich bezighoudt met transparantie bieden over behandelresultaten. Stichting Benchmark ggz is op initiatief van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgericht met als doel het mogelijk maken uitkomstgegevens van de ggz met elkaar te kunnen vergelijken.

2.4 Curatieve geestelijke gezondheidszorg

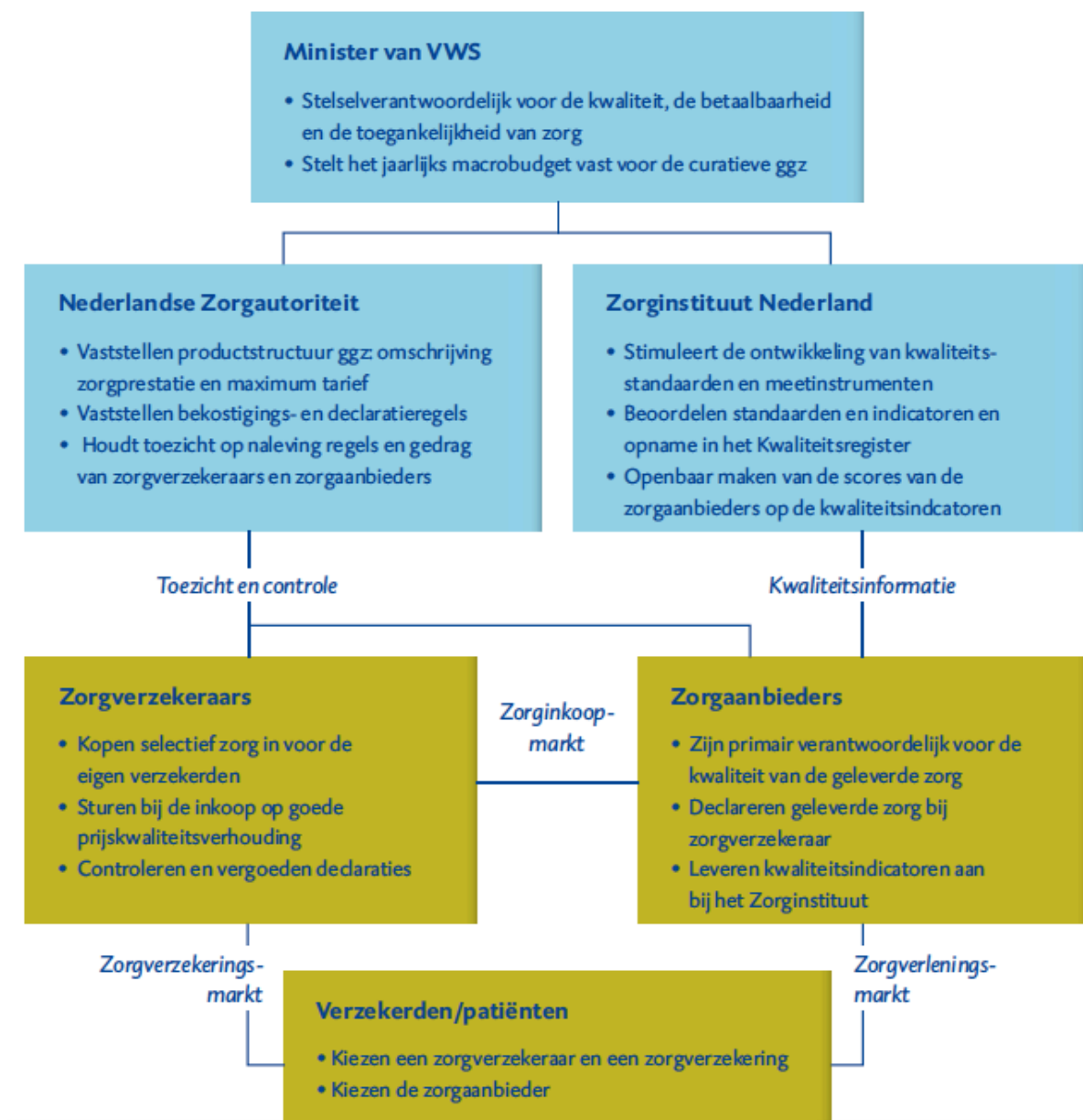
De casus waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt is één van de sectoren waar sinds een aantal jaar prestatiebekostiging is ingevoerd, namelijk de curatieve geestelijke gezondheidszorg. De curatieve ggz is geestelijke gezondheidszorg die gericht is op genezing en bestaat uit huisartsenzorg, basis ggz en gespecialiseerde ggz. De lichtere klachten worden behandeld door de huisarts, die bij psychische klachten de praktijkondersteuner huisartsen ggz (POH-ggz) inzet. Dit deel van de zorg wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, vanwege een andere financieringsvorm. Onder de basis ggz worden patiënten geschaard die te maken hebben met een lichte tot matige, niet complexe psychische stoornis. De gespecialiseerde ggz bevat de behandeling voor complexe stoornissen (Nza, 2015:8). Binnen de curatieve ggz wordt gewerkt met diagnose behandelcombinaties, dbc's. Een diagnose behandelcombinatie is een zorgprestatie. De zorgprestaties geven een beschrijving van de zorg die zorgaanbieders leveren voor een specifieke zorgvraag. De ROM-methodiek (Routine Outcome Monitoring) wordt binnen de ggz gehanteerd voor de systematische beoordeling van de

voortgang van de cliënt, bijvoorbeeld door het invullen van vragenlijsten vooraf-, soms tijdens, en na de behandeling. Binnen de curatieve ggz worden per jaar meer dan één miljoen mensen behandeld. De uitgaven omtrent de curatieve ggz bedragen jaarlijks rond de 4 miljard (Algemene Rekenkamer 2017).

2.5 Actoren en verantwoordelijkheden bij prestatiebekostiging

Resumerend is in Figuur 2 een overzicht weergegeven met daarin de actoren en de verantwoordelijkheden voor prestatiebekostiging.

Figuur 2. Overzicht actoren en hun verantwoordelijkheden ten aanzien van prestatiebekostiging



Bron: Algemene Rekenkamer, 2017

3 Prestatiemeting & kwaliteit binnen de geestelijke gezondheidszorg

In dit hoofdstuk worden theorieën uit de literatuur behandeld welke relevant zijn voor dit onderzoek. Door deze afbakening wordt duidelijk waar de focus van dit onderzoek ligt en welke elementen centraal staan in dit onderzoek. Op basis van inzichten vanuit de theorie kunnen veronderstellingen worden gedaan. Deze veronderstellingen worden als werkhypothesen weergegeven in kaders en komen terug bij Hoofdstuk 6 Analyse. Als inleiding wordt in paragraaf 3.1 ingegaan op de ontwikkeling van new public management als oorsprong van het ontstaan van marktgericht werken door de overheid en de toenemende aandacht voor het meten van resultaten. Daarna wordt nader ingegaan op prestatiemeting en de aspecten, mogelijkheden en belemmeringen daarvan in paragraaf 3.2. Prestatie-indicatoren komen aan bod in paragraaf 3.3 en welke aspecten van belang zijn bij de vormgeving van prestatiemeting volgen in paragraaf 3.4. Naast prestatiemeting is kwaliteit (paragraaf 3.5) een belangrijk onderdeel binnen prestatiebekostiging. Tot slot wordt aan de hand van paragraaf 3.4 de principal agent theorie beschreven waarbij wordt ingegaan op welke aspecten mogelijke knelpunten vormen in de relatie tussen de verzekeraars en de zorgaanbieders als het gaat om informatie over inzicht in kwaliteit voor de werking van prestatiebekostiging. Het hoofdstuk wordt resumerend afgesloten.

3.1 New Public Management

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de ontwikkeling van New Public Management (NPM) en de toenemende aandacht voor het meten van resultaten. Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw zijn door het management van publieke organisaties sturingsprincipes vanuit het bedrijfsleven overgenomen en wordt veelal aangeduid als New Public Management (NPM) (Budding, 2014:38). Rhodes (1996) stelt dat New Public Management aanvankelijk tweeledig was waarbij het gaat om het bestuur en de nieuwe institutionele economie. Het bestuur verwijst naar de invoering van managementprincipes vanuit de private sector waarbij de nadruk ligt op hands-on management, expliciete normen en maatregelen van de prestaties, beheer door resultaten, waar voor je geld en de nabijheid van de klant. De nieuwe institutionele economie verwijst naar de invoering van stimulerende structuren, zoals concurrentie op de markt, in de openbare dienstverlening. Hierbij ligt de nadruk op een uiteenvallende bureaucratie, grotere concurrentie door middel van uitbesteding en quasi-markten en de keuze van de consument (Rhodes, 1996:655).

De new public management benadering richt zich op meer resultaatgerichtheid. Volgens Hood (1991, 1995 en 1996) spelen bepaalde aspecten daarbij een belangrijke rol zoals het toepassen van managementprincipes uit de private sector, het gebruik van meetbare standaarden om prestaties te

meten en output controls oftewel productgerichtheid (Korsten, 2011). Hood beschouwt deze aspecten van NPM als bepalend voor hoe de publieke sector georganiseerd dient te worden. Volgens Hood stappen overheidsorganisaties af van de traditionele aanpak en stappen over op een NPM achtige werkwijze als sprake is van een overheid die te groot en log wordt en als oplossing voor financiële problemen (Korsten, 2011).

3.1.1 Resultaatgerichte oriëntatie

Door de economische crisis en de toenemende concurrentie in de jaren '80 ontstond voor de overheid de druk om meer bedrijfsmatig te gaan werken (Thiel & Leeuw, 2002:268).

Pollitt (2003) geeft aan dat het meer bedrijfsmatig werken van de overheid zorgt dat publieke diensten minder worden gestuurd op input, maar meer op output. Het gaat hierbij om de feitelijke prestatie die wordt geleverd, dus bijvoorbeeld de hoeveelheid zorg en hoeveelheid gezondheid. Dit is in lijn met de toenemende aandacht voor het meten van (kwantificeerbare) resultaten. Binnen de NPM stroming vindt sturing van publieke diensten in afnemende mate op taakinstructies, maar meer op basis van prestatiecontracten. Dit zorgt mede voor de introductie van competitie tussen uitvoerders van publieke diensten, ook wel marktwerking genoemd. De nadruk op marktwerking zorgt voor vervagende grenzen tussen wat publiek is en wat privaat (Pollitt, 2003). Daarnaast is er ook nog kritiek op de NPM benadering. NPM pleit voor deregulering, maar door meer autonomie ligt de nadruk op controle wat weer nieuwe regelgeving met zich mee brengt.

De NPM stroming is gericht op verbeteringen bij de overheid door meer marktwerking, prestatiegerichtheid en te onderhandelen (Korsten, 2011). Resultaatgericht management is heden ten dagen in verschillende landen, binnen verschillende (overheids)lagen en in diverse organisaties aan de orde van de dag. Zij produceren allerlei informatie en data over prestaties en de mogelijke impact ervan (Thiel & Leeuw, 2002:267). De New Public Management stroming kent een hoge prioritering toe aan het meten van de output van resultaten. Op basis van deze informatie worden (nieuw) beleid en management activiteiten gebaseerd met als doel het beleid meer effectief en efficiënt te maken (Thiel & Leeuw, 2002:267).

Door de NPM stroming is de nadruk in de publieke sector meer komen te liggen op doelmatigheid en doeltreffendheid. Als gevolg van deze ontwikkeling is marktwerking ingevoerd in diverse sectoren zoals de telecommunicatiesector, de energiesector en tevens in de gezondheidszorg (Korsten, 2011). Voor de gezondheidszorg geldt dat met minder financiële middelen kwalitatief goede zorg dient te worden geboden. Om inzicht te vergaren in de resultaten van de publieke sector wordt gebruik

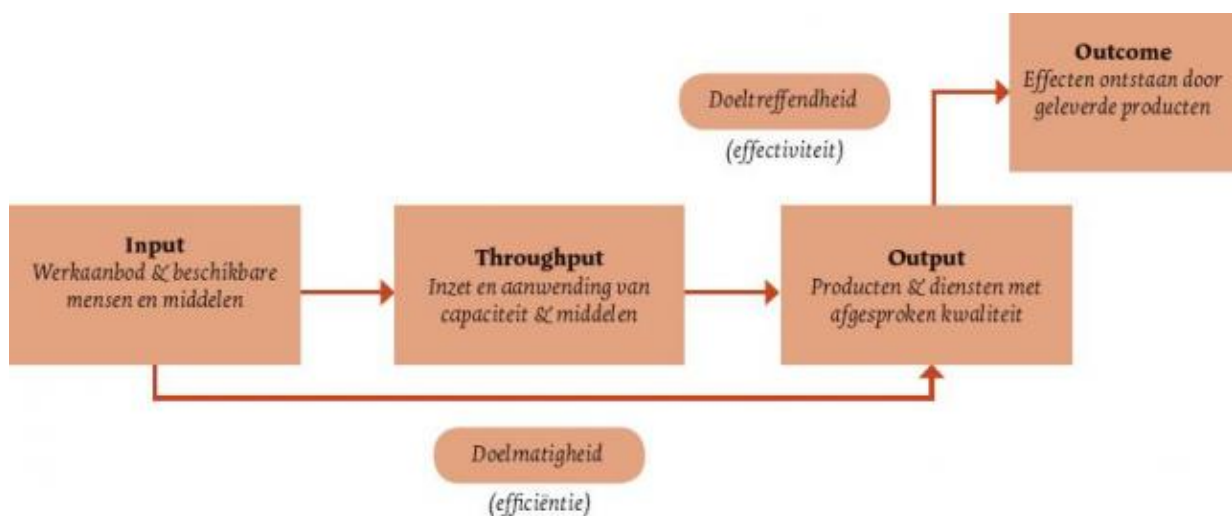
gemaakt van prestatie-indicatoren en prestatieafspraken die prestatiemeting mogelijk maken. Hierna wordt nader ingegaan op prestatiemeting.

3.2 Prestatiemeting

Een belangrijk aspect van NPM is prestatiemeting. Prestatiemeting gaat zowel over meten als managen en over informatie en actie (Bouckaert en Van Dooren, 2002). Het gaat daarbij om het toekennen van verantwoordelijkheid voor prestaties binnen een systeem en de verantwoording die kan worden afgelegd over de resultaten van dat systeem (Pollitt en Bouckaert, 2004). De centrale gedachte van prestatiemeting formuleert De Bruijn (2002) als volgt: *“een ...organisatie formuleert beoogde prestaties of effecten en geeft aan hoe deze prestaties of effecten kunnen worden gemeten door prestatie-indicatoren te definiëren. Vervolgens kan, nadat de professionele organisatie haar inspanningen heeft verricht, duidelijk worden gemaakt of de beoogde prestaties zijn gerealiseerd en wat deze hebben gekost”*. Bouckaert (2006) hanteert een brede definitie van Thomas (2004) waarbij prestatiemeting wordt gedefinieerd als *“de verzameling, analyse, rapportage en het gebruik van een reeks gegevens met betrekking tot de exploitatie van openbare organisaties en publieke programma's, inclusief gegevens over middelen (input), prestaties (output) en effecten (outcome)”*. In dit onderzoek wordt met prestatiemeting bedoeld; de meting van input, activiteiten, prestaties (de output) en het effect wat een organisatie heeft bereikt. Welke fasen binnen prestatiemeting kunnen worden onderscheiden en hoe deze zich tot elkaar verhouden is te zien in Figuur 3.

Doelmatigheidsanalyse (L'Ortye en Van der Tempel, 2011:20).

Figuur 3. Doelmatigheidsanalyse



Bron: L'Ortye en Van der Tempel, 2011:20

Binnen veel prestatie-meetsystemen ligt de focus vooral op de output, omdat dit vaak ‘tastbare’ producten zijn. De organisatie levert producten en beoordeling vindt plaats op de output (De Bruijn, 2001:71). Daarbij worden producten gedefinieerd en worden met andere organisaties afspraken gemaakt over te behalen productiedoelen waarover periodiek een meting en rapportage plaats vindt. De prestatie-meting zoals hiervoor beschreven zorgt voor transparantie over prestaties van de organisatie wat kan leiden tot oordeelsvorming of (financiële) afrekening (De Bruijn, 2002^a).

3.2.1 Aspecten

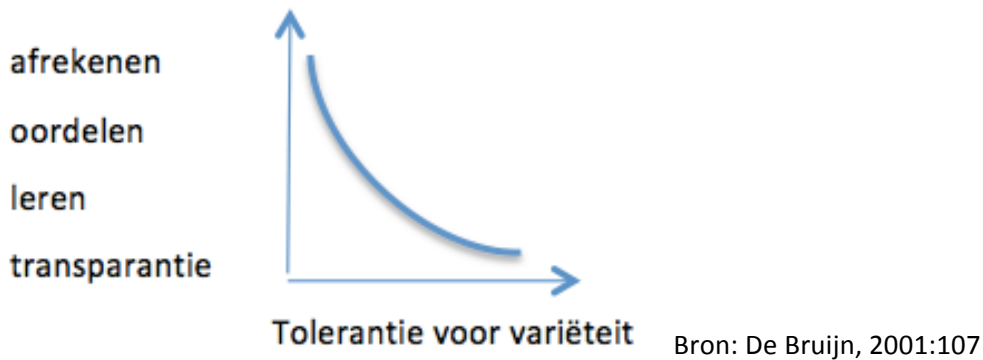
De Bruijn (2001:17) beschrijft verschillende functies die prestatie-meting kan bewerkstelligen:

- Transparantie;
- leren;
- oordelen;
- afrekenen.

Talbot (2005) voegt hier nog verantwoording aan toe. Binnen deze functies loopt de mate van dwang trapsgewijs op. Omdat prestatie-meting leidt tot *transparantie* heeft het een plaats binnen verantwoordingsprocessen. Op deze wijze kan een organisatie verduidelijken welke producten zij levert met de bijbehorende kosten. Een organisatie kan een stap verder gaan wanneer zij prestatie-meting als *leermiddel* gebruikt. Door de transparantie ontstaat inzicht in de sterke punten van de organisatie en de verbetermogelijkheden. Op basis van de gemeten prestaties is *oordeelsvorming* mogelijk over het functioneren van de organisatie. Als laatste functie van prestatie-meting noemt De Bruijn *afrekening* (2001:17). Afrekening vindt plaats als sancties worden gekoppeld aan de oordeelsvorming. Meestal gaat het hierbij om een financiële sanctie. Naast deze trapsgewijze functies, maakt prestatie-meting ook benchmarking tussen organisaties onderling mogelijk. Alleen als de verschillen tussen de organisaties waarmee wordt vergeleken niet te groot zijn, kan goed presteren beloond worden (De Bruijn, 2001:134). Naarmate de sturingsprenties van prestatie-meting als hiërarchisch sturingsinstrument toenemen, zal de effectiviteit van prestatie-meting afnemen (zie Figuur 4, pagina 21).

Werkhypothese 1: Naarmate er meer consequenties zijn als gevolg van prestatie-meting, wordt de weerstand groter bij de actor bij wie gemeten wordt.

Figuur 4. De mate van tolerantie bij diverse functies van prestatiemeting



De diverse productdefinities en prestatie-indicatoren zorgen binnen een systeem van prestatiemeting voor variëteit. De diverse functies van prestatiemeting kennen een oplopende mate van dwang. Naarmate de gevolgen van prestatiemeting toenemen, neemt de tolerantie voor variëteit af.

3.2.2 Voorwaarden en belemmeringen

In onderstaand overzicht staat aangegeven onder welke voorwaarden prestatiemeting mogelijk is en wat belemmeringen zijn voor prestatiemeting volgens De Bruijn (Hakvoort & Klaassen 2013:91). Deze condities zijn in onderstaande tabel (1) schematisch weergegeven. Werkhypothesen 2, 3, 4 en 9 zijn onder andere gebaseerd op deze tabel.

Tabel 1. Voorwaarden en belemmeringen bij prestatiemeting

Voorwaarden Prestatiemeting	Belemmeringen Prestatiemeting
Een organisatie heeft producten	Een organisatie heeft plichten en is sterk waarde gebonden
Producten zijn enkelvoudig	Producten zijn meervoudig
Een organisatie is productgeoriënteerd	Een organisatie is procesgeoriënteerd
Autonome productie	Coproductie: producten komen in relatie met anderen tot stand
Producten staan op zichzelf	Producten zijn vervlochten
Causaliteiten zijn bekend	Causaliteiten zijn onbekend
Kwaliteit in prestatie-indicatoren te definiëren	Kwaliteit niet in prestatie-indicatoren te definiëren
Uniforme producten	Variëteit aan producten
Omgeving is stabiel	Omgeving is dynamisch

Bron: Hakvoort&Klaassen, 2013:91

Bij de sturing en verantwoording van publieke organisaties is informatie nodig over wat is gerealiseerd, maar ook wat de organisatie met het primaire proces beoogde. Daarbij spelen meerdere aspecten een rol. Binnen de publieke sector zijn doelen veelal niet duidelijk geformuleerd of van kwantitatieve aard (Hakvoort en Klaassen, 2002). Door het ontbreken van duidelijk geformuleerde doelen kan achteraf niet worden gemeten of productiemiddelen effectief en efficiënt zijn ingezet. Tevens is het product, oftewel datgene wat de organisatie voortbrengt, vaak moeilijk te kenmerken. Dit komt door de meerdere waarden die het product kan vertegenwoordigen voor diegene die het toekomt, dit wordt ook wel waarde- of doelcomplexiteit genoemd (Hakvoort en Klaassen, 2002). Als gevolg hiervan kunnen indicatoren niet eenduidig in beeld worden gebracht. Daarnaast zijn de producten die de organisatie voortbrengt niet homogeen, omdat ze naar de situatie worden aangepast (Hakvoort en Klaassen, 2002).

Werkhypothese 2: Naarmate een organisatie meer proces georiënteerd is, dan vormt dit een belemmering voor prestatiemeting

De causaliteit, oftewel de relatie tussen de inspanning en het resultaat is niet altijd bekend (Hakvoort & Klaassen, 2013:91). Om uitspraken te kunnen doen over of de inspanning tot het gewenste effect, de outcome, heeft geleid dient de causaliteit aangetoond te kunnen worden.

Werkhypothese 3: Als bekostigd wordt op basis van outcome, dan is een essentiële voorwaarde dat de causaliteit volledig is

Het aspect kwaliteit (zie werkhypothese 9, pagina 31) kan prestatiemeting bemoeilijken net als een dynamische omgeving (Hakvoort & Klaassen, 2013:91). De dynamiek van de organisatie, zoals nieuwe producten en behoud van bestaande producten kan leiden tot een wildgroei van het aantal producten en prestatie-indicatoren, waardoor de functionaliteit van prestatiemeting afneemt. Hier bevindt zich een spanningsveld. De professional is gebaat bij een flexibel systeem van prestatiemeting, terwijl vanuit het beheersmatig en bestuurlijk oogpunt stabiliteit gewenst is (De Bruijn, 2001:49). Mintzberg (1989) geeft aan dat de context van een prestatie-meetsysteem bepalend is voor het falen of het slagen ervan.

Werkhypothese 4: Als er sprake is van dynamiek op de zorgmarkt van de ggz dan is dat van negatieve invloed op prestatiemeting

Wil een systeem de functies van transparantie, leren, oordelen, afrekenen en vergelijken vervullen, is het gebaat bij stabiliteit. Als continu nieuwe elementen worden toegevoegd aan het systeem wordt het te veelomvattend waardoor de toegankelijkheid van het systeem afneemt en de kans op strategisch gedrag neemt juist toe (De Bruijn, 2001:49-50). Hoe meer het gedrag van de professionals wordt beïnvloed door de prestatiemeting, hoe groter de kans op pervers gedrag. Dit wordt ook wel de Wet van de afnemende effectiviteit genoemd (De Bruijn, 2002:9). Door in't Veld (1989) wordt dit ook wel de Wet van de Beperkte Levensduur van Outputsystemen genoemd (De Bruijn, 2002:9). Wanneer wordt geschoven met de waardering van bepaalde waarden, kan de betekenis verschuiven van de indicator die met de waarde verbonden is (Hakvoort en Klaassen 2013: 25).

Naast de voorwaarden van prestatiemeting kunnen ook negatieve gevolgen zich voordoen. Vaak wordt dan van perverse effecten gesproken. Deze zijn meestal onbedoeld en ongunstig (Korsten, 2007:4).

Werkhypothese 5: Naarmate meer belemmeringen voor prestatiemeting zijn, leidt prestatiemeting ertoe dat perverse effecten optreden

Korsten (2007) noemt de volgende perverse effecten van prestatiemeting:

- Prestatiemeting leidt tot strategisch gedrag;
- prestatiemeting versterkt de interne bureaucratie;
- prestatiemeting verhindert innovaties
- prestatiemeting blokkeert ambities
- prestatiemeting verdrijft de professionele habitus
- prestatiemeting verdrijft bestelverantwoordelijkheid
- prestatiemeting bestraft goed presteren

Prestatiemeting kan inzicht bieden in de hoeveelheid geleverde producten en de kosten per product (Korsten, 2007). Transparantie kan worden gestimuleerd en zelfs bijdragen aan de rationalisatie van de bedrijfsvoering zoals met minder mensen dezelfde productie realiseren. Daarnaast kan transparantie door prestatiemeting verandering in de productieomvang teweeg brengen door bijvoorbeeld verlaging of verhoging van de productie proberen te realiseren (Korsten, 2007). Prestatiemeting kan leiden tot inzicht in aantallen, waardoor organisaties elkaars 'concurrent' worden en minder bereid zullen zijn om inzicht in 'best practices' te geven. Dit leidt tot verzwakking van de bestelverantwoordelijkheid (Korsten, 2007:6).

Prestatiemeting richt zich vooral op de prestaties en daarmee de resultaten (output) en richt zich minder op de inspanning en activiteiten (input en throughput). Wanneer een organisatie zich richt op de output kan dit leiden tot verhoging van de productie. Binnen organisaties kan prestatiemeting in verband worden gebracht met de toenemende productie (Korsten, 2007).

Prestatiemeting kan tevens worden ingezet als terugkoppeling. Door prestatieafspraken kan toezicht worden gehouden op de productie. Daarmee kan worden aangetoond of 'value for money' is geleverd. Op deze wijze kan verandering plaatsvinden over de geleverde prestaties. De mate waarin dit mogelijk is, is afhankelijk van de communiceerbaarheid van de informatie, de objectiviteit van de taakuitvoering en de regelmaat waarmee de informatie aangeleverd kan worden (Korsten, 2007).

De mogelijkheden van prestatiemeting zijn dus drieledig:

- Transparantie;
- prikkel voor productie;
- als vorm van verantwoording (De Bruijn, 2002^b).

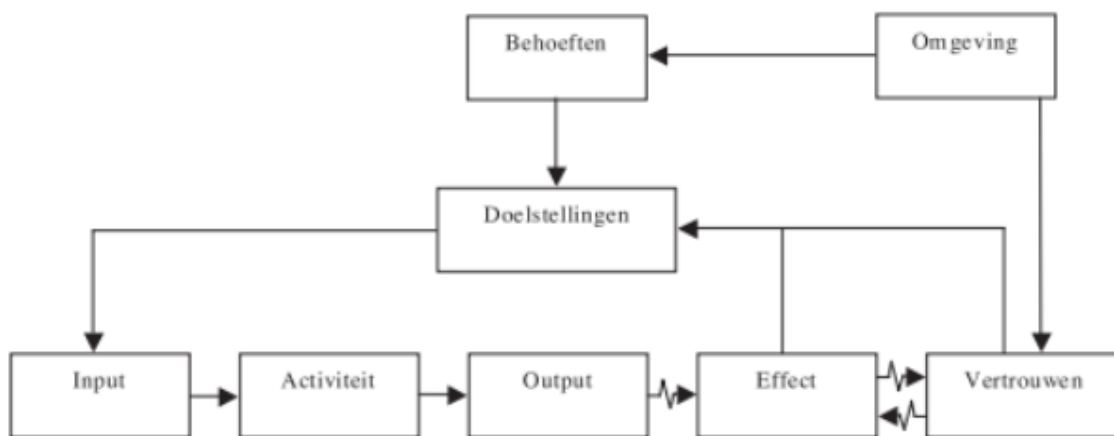
3.3 Prestatie-indicatoren

Hakvoort en Klaassen (2013:25) beschrijven prestatie-indicatoren als "*verhoudingsgetallen die aspecten in beeld brengen van datgene wat wordt geproduceerd of voortgebracht door de organisatie*". Prestaties kunnen worden gemeten aan de hand van prestatie-indicatoren. Bij prestatiemeting wordt gekeken of de beoogde prestaties die een (overheids)organisatie getracht wordt te leveren, ook daadwerkelijk worden aangetroffen. Daarnaast wordt gekeken wat het aantal is en of het de juiste zijn, of het foutloos is gebeurd en of het klantvriendelijk en op tijd is gebeurd (Korsten, 2007). Veelal gaat het bij prestatiemeting niet alleen om de prestatie (output), maar om het verkrijgen van inzicht in het effect (outcome). Outcome is lastig meetbaar, omdat consequenties van een prestatie vaak pas na lange tijd zichtbaar zijn (Korsten, 2007). Het hanteren van prestatie-indicatoren kan een belemmering vormen voor innovatie wanneer een sterke focus wordt gelegd op datgene wat gemeten wordt. Dit kan zorgen voor tunnelvisie (Van Thiel en De Leeuw, 2005 en Pen, 2011). Wanneer een norm voor prestaties ontbreekt kan deze worden geconstrueerd met benchmarking, door vergelijkbare organisaties met elkaar te vergelijken op basis van de prestaties en effecten (Korsten, 2007).

Werkhypothese 6: Als de prestatie-indicator een goede weergave is van wat de organisatie voortbrengt, wordt het draagvlak bij diegene die de prestaties moet leveren vergroot

Prestaties zijn van belang voor afzonderlijke organisaties (en het beleid ervan). Daarbij worden middelen aan activiteiten en prestaties gekoppeld. Tevens kunnen prestaties aan effecten van (het beleid van) organisaties worden gekoppeld. Mogelijkerwijs kunnen prestaties zelfs worden gekoppeld aan tevredenheid over- of vertrouwen in bepaalde organisaties (Bouckaert, 2006). Verschillende organisaties kunnen verschillende definities of registratiemethode hanteren voor data. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat data onvolledig of incorrect zijn. Bouckaert (2006) geeft aan dat dit geen redenen moeten zijn om geen gebruik te maken van de data en informatie, die worden ingezet voor de besluitvorming, voor de inspanning om resultaten te waarderen voor de intensivering van de verantwoording. Door verantwoordelijkheid voor prestaties te definiëren wordt duidelijk aan wie verantwoording behoort te worden afgelegd over de prestaties. Met beschikbare prestatie-informatie kan beleid worden ontwikkeld op de aspecten efficiëntie, effectiviteit en zelfs ten aanzien van vertrouwen. In Figuur 5 wordt weergegeven hoe de wisselwerking plaatsvindt op input, throughput, output, effecten en de omgeving en context van de organisatie.

Figuur 5. Prestatiecyclus



Bron: Bouckaert, 2006

Een organisatie heeft doelstellingen die kunnen worden omgezet in middelen die als input kunnen worden ingezet ten behoeve van het voortbrengingsproces. Dit proces kan een product of dienst voortbrengen. De middelen kunnen worden ingezet voor productieactiviteiten waaruit de output voortkomt. Het effect wat de output genereert is van invloed op de mate van vertrouwen van de omgeving. Een organisatie staat niet alleen in wisselwerking met de omgeving, maar de mate van vertrouwen kan ook van invloed zijn op het beleid (Bouckaert, 2006).

3.4 Vormgeving

Voor prestatie management is het van belang dat duidelijk is hoe prestatie-informatie kan worden verweven in de onderling verbonden beleidscyclus, financiële cyclus en contractcyclus (Bouckaert, 2006). Er kan sprake zijn van een spanningsveld tussen enerzijds transparantie en rechtvaardigheid en anderzijds tussen efficiëntie en resultaatgerichtheid. Tevens kan sprake zijn van een spanningsveld tussen controle vanuit de directie en de lokale uitvoeringsvrijheid (Jansen en De Waal, 2004). De Bruijn (2001:68) hanteert een drietal ontwerpprincipes die volgens hem kunnen helpen bij de vormgeving van prestatiemeting:

- Interactie, wat samenhangt met vertrouwen. Dialoog is van belang, omdat perverse effecten zich voordoen wanneer geen sprake is van vertrouwen tussen bestuur en professionals;
- meervoudigheid gaat over de inhoud, variëteit en redundantie. Deze aspecten bevorderen het vertrouwen tussen bestuur en professional;
- dynamiek, zowel op product- als op procesniveau. De procesgerichte benadering vult de productgerichte benadering aan.

Hierna worden de ontwerpprincipes één voor één behandeld.

3.4.1 Interactie

De Bruijn (2001:68) geeft aan dat vertrouwen een belangrijke waarde is van prestatiebekostiging. Vertrouwen ontstaat alleen als wordt geaccepteerd dat prestaties in een netwerk van afhankelijkheden ontstaan (De Bruijn, 2001:68). De professionals onderling zijn van elkaar afhankelijk, maar daarnaast is sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen de professional en de bestuurder. Binnen de situatie van wederzijdse afhankelijkheid is vaak sprake van een contractuele relatie (De Bruijn, 2001:69). Prestatiemeting kan ervoor zorgen dat de 'kloof' tussen de bestuurder en de professional groter wordt en dat nauwelijks interactie plaatsvindt tussen de bestuurder en professional. Daarom is het van belang dat interactie plaatsvindt op bepaalde cruciale momenten in het proces van prestatie meten. Interactie stimuleert dat zowel de bestuurder als de professional vertrouwen hebben in elkaar en in het systeem van prestatie meting. Binnen de interactie kunnen professionals aangeven wat goede productdefinities zijn waarop zij kunnen worden beoordeeld. Daarna kunnen bestuurders en professionals samen tot productdefinities en prestatie-indicatoren komen, wat voor beiden het draagvlak voor- en de functionaliteit van de meting vergroot (De Bruijn, 2001:79). Pen (2011) stelt dat de dialoog van belang is over prestatie cijfers die in relatie staan tot het werk van de professional, waarvan het lastig is de waarde en betekenis ervan in eenvoudige outputindicatoren te omvatten.

Werkhypothese 7: Naarmate er meer interactie plaatsvindt tussen zorgaanbieders en verzekeraars dan groeit het vertrouwen tussen die partijen

Met prestatiemeting dient een balans te worden gevonden tussen het spanningsveld van de complexiteit van de professional en de noodzaak tot verantwoording. Voor de verantwoording is het van belang dat de professional en de bestuurder inzicht hebben in elkaars systemen (De Bruijn, 2001:91). Binnen de systemen spelen verschillende waarden een rol. Volgens Bouckaert mogen cijfers en feiten niet als vervanging optreden voor cruciale waarden (Bouckart, 2006:261). In de volgende tabel (2) zijn de verschillende waarden per systeem weergegeven.

Tabel 2. Waarden per systeem

Bestuurlijk systeem	Professioneel systeem
Verantwoording	Professie
Beheersing	Autonomie

De Bruijn, 2001:56-57

De autonomie welke voor professionals noodzakelijk is bij de uitvoering van het werk bemoeilijkt sturing en diepgaande informatie over activiteiten van professionals voor bestuurders (De Bruijn, 2001:56-57). Tegelijkertijd is er juist de behoefte om verantwoording aan de bestuurder (toezichthouder, derde etc.). Voor deze laatste is het van belang dat informatie:

- objectief en kwantificeerbaar is en vergelijkingen in de tijd kan geven;
- weinig ambiguïteit kent en goed communiceerbaar is;
- elk jaar op hetzelfde moment komt.

3.4.2 Meervoudigheid

Wanneer het gaat om de inhoud van prestatiemeting is sprake van meervoudigheid. Prestatiemeting krijgt inhoud als een prestatie vanuit diverse perspectieven wordt bekeken (De Bruijn, 2001:97). Meervoudigheid suggereert dat output kan worden gedefinieerd op diverse wijzen en tevens op diverse wijzen beoordeling en meting kan plaatsvinden (Pen, 2011). Redundantie houdt in dat verschillende prestatie-indicatoren, productdefinities en de manier van meten en oordeelsvorming strijdig kunnen zijn of elkaar kunnen overlappen (Pen, 2011). Als hierbinnen zich tegenstrijdigheden voordoen wordt dit redundantie genoemd. Voor de organisatie is het van belang dat evenwicht wordt gevonden tussen variëteit en redundantie enerzijds en consistentie en stabiliteit van de organisatie anderzijds (De Bruijn, 2001:70-71).

3.4.3 Dynamiek

Bij interactie en meervoudigheid gaat het over prestatiemeting op productniveau. Het laatste ontwerpprincipe, dynamiek, richt zich op het professionele proces van het tot stand komen van de prestatie. De Bruijn (2001:71) stelt dat prestatiemeting levendig is wanneer gericht wordt op zowel de producten als het proces waaruit deze producten voort vloeien (De Bruijn, 2001:111-112). Wanneer prestatiemeting productgericht is gaat het om ex-post controle (achteraf) en procesgerichte prestatiemeting is meer ex-ante en kijkt meer naar de throughput (De Bruijn, 2001:72). De procesgerichte benadering vult de productgerichte benadering aan (De Bruijn, 2001:75). Als de product-meting leidt tot een negatief resultaat, kan de professional door middel van de proces-meting aantonen dat het uiterste is bewerkstelligd om toch tot een zo goed mogelijk eindresultaat te komen (De Bruijn, 2001:117-118). Wanneer weinig ruimte is voor dialoog over de betekenis van de prestatiecijfers en de waarde van de professionals kan dit leiden tot strategisch gedrag of perverse effecten (Pen, 2011). Als antwoord hierop kan een speelveld worden ontwikkeld waarbij zowel vanuit product- als uit proces-meting kan worden geredeneerd en zowel de professional als de bestuurder bewegingsruimte krijgen binnen dit speelveld. Een voorbeeld van een spelregel kan zijn dat nieuwe producten kunnen worden benoemd (De Bruijn, 121-124).

Werkhypothese 8: Als er weinig ruimte is voor dialoog tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de betekenis van de prestatiecijfers dan zal dit leiden tot strategisch gedrag

3.5 Kwaliteit van zorg

In de voorgaande paragraaf is ingegaan op prestatiemeting. In dit onderzoek staat prestatiemeting op basis van inzicht in kwaliteit van de zorg centraal, maar wat wordt daar mee bedoeld?

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg speelt zichtbaarheid van kwaliteit een belangrijke rol. Bij beperkte en of onvolledige beschikbaarheid van goede kwaliteitsinformatie bestaat het risico dat kwaliteitsverlies optreedt (Pomp, 2007:185). Kwaliteit van zorg kan vanuit verschillende perspectieven en op diverse manieren worden omschreven. Vaak wordt met kwaliteit aangegeven of kenmerken van een product of dienst in overeenkomst zijn met wat men ervan verwacht (Busch & Bovendeur, 2008). De mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg en de praktijk van de zorg, oftewel de overeenkomst tussen de wenselijke zorg en de feitelijke zorg, is een definitie die veelal wordt gehanteerd (Donobedian in Busch & Bovendeur). Het Amerikaanse Health and Medicine Division of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, voorheen Institute of medicine, beschrijft kwaliteit van zorg als *'the degree to which health services for*

individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge' (IOM 2001, Busch & Bovendeur 2008 en Kievit 2013:4). De Agency for Health Care Research and Quality beschrijft kwaliteit van zorg als *'doing the right thing at the right time in the right way for the right person and having the best results possible'* (Kievit, 2013:4). De Nederlandse definitie die veelvuldig wordt gehanteerd is als volgt geformuleerd: *'kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel'* (RGO in Busch & Bovendeur, 2008 en RGO in WRR 1997:9).

Kwaliteit kan tevens vanuit economisch perspectief worden gedefinieerd. Daarbij gaat het om de afweging tussen producteigenschappen (zoals prijs en hoeveelheid) en kwaliteit. Vanuit economisch perspectief is niet de maximale kwaliteit het meest wenselijk, maar juist een optimale kwaliteit. Met (maatschappelijke) optimale kwaliteit wordt het evenwicht bedoeld tussen het kwaliteitsniveau van marginale (maatschappelijke) baten en marginale (maatschappelijke) kosten van kwaliteit (NZa, 2008:7). Bovengenoemde definities kunnen ook voor de zorg van toepassing zijn, maar zijn wat meer algemeen van aard. Het programma zichtbare zorg hanteert de volgende definitie: *"kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die toegesneden is op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. ... De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat de patiënt en consument in staat wordt gesteld om geïnformeerd te kiezen; kiezen op het niveau van de instelling(slocatie), behandelaar en/of aandoening"* (KIGZ, z.d.).

Kwaliteit kan vanuit twee invalshoeken worden benaderd. De eerste invalshoek is consument georiënteerd en heeft betrekking op de outcome, de effecten die bereikt worden. De tweede invalshoek is producent georiënteerd en waarbij een relatie wordt gelegd tussen de kwaliteit en de output. Het gaat hier om de mate waarin kan worden voldaan aan de eisen die vooraf gesteld zijn (Bouckaert en Thijs, 2003). In dit onderzoek bestaat kwaliteit uit de mate waarin een organisatie aan de vooraf gestelde eisen kan voldoen en de waardering van de 'klant' hierover.

3.5.1 Kwaliteit-indicatoren

Sinds 1 januari is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht. Iedere zorgaanbieder is verplicht 'goede zorg' te leveren (Rijksoverheid, z.d.). Een gevolg van deze wet is dat alle zorgaanbieders binnen de (curatieve) ggz sinds 1 januari 2017 verplicht zijn om over een kwaliteitsstatuut te beschikken. In het statuut wordt aangegeven wat zorgaanbieders binnen de ggz in orde dienen te hebben op de aspecten van kwaliteit en verantwoording om de curatieve ggz binnen het kader van de Zvw te kunnen verlenen. Hiermee wordt geborgen dat de zorgaanbieder

zorgdraagt voor de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk (Model kwaliteitsstatuut ggz, 2016). Naast het hebben van een kwaliteitsstatuut is het voor zorginstellingen een wettelijke verplichting om jaarlijks prestatie-indicatoren aan te leveren (SBG, 2016^b).

Binnen de ggz wordt al jaren gewerkt aan het meetbaar en inzichtelijk maken van resultaten van kwaliteit van zorg, zodat deze kunnen worden gepubliceerd in de openbaarheid (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013). Om de kwaliteit van de zorg te kunnen meten zijn indicatoren nodig. Het openbaar maken van de indicatoren wordt over het algemeen gezien als de wijze om zorgkwaliteit te realiseren en zichtbaarheid te creëren. De indicatoren zijn *“meetbare aspecten van zorg waarvan aannemelijk is dat deze aanwijzingen vormen voor de kwaliteit van de zorg”* (Gezondheidsraad, 2013:19).

Donabedian (1988) maakt onderscheid tussen *structuur-, proces- en uitkomstindicatoren* bij de beoordeling van kwaliteit van zorg (Mobach, 2009:34). Informatie over de organisatorische randvoorwaarden waarbinnen zorgaanbieders verantwoorde zorg kunnen leveren, wordt structuurindicatoren genoemd (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013:8). Informatie over handelingen binnen zorgprocessen die worden gedaan om kwaliteit te leveren vallen onder de *procesindicatoren*. De *uitkomstindicatoren* geven inzicht in de informatie over de uitkomst van zorgprocessen op patiëntniveau. Een uitkomstindicator is veelal van diverse factoren afhankelijk, wat het herleiden tot directe patiëntenzorg bemoeilijkt (Kennisinstituut voor medisch specialisten, 2013:2). Daarnaast kunnen uitkomstindicatoren vaak slechts met beperkte nauwkeurigheid worden gemeten (NZa, 2008:8). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de minimumkwaliteit van zorg als borging van de patiëntveiligheid (NZa, 2008:8).

De uitkomstindicator is vooral van belang bij prestatiebekostiging en voor dit onderzoek. Indien geen uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, wordt gebruikt gemaakt van structuur- en procesindicatoren mits deze informatie bevatten over de kwaliteit van zorg (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013:11).

Indicatoren zijn vaak onderdeel van het kwaliteitsbeleid en kunnen relevante informatie bevatten over (de uitkomsten van) de zorgprocessen. Naast dat indicatoren worden gebruikt op het niveau van een instelling zelf kunnen deze ook worden gebruikt ter vergelijking met andere instellingen. Dit wordt ook wel benchmark genoemd. De nadruk komt steeds meer te liggen op het gebruik van indicatoren als verantwoording aan derden. Indicatoren bevatten informatie over bijvoorbeeld richtlijnen die kunnen worden teruggekoppeld en kunnen leiden tot herziening van een richtlijn of op een andere manier bijdragen aan kwaliteit van de zorg waar inzicht in eigen handelen een vereiste is (Kennisinstituut voor medisch specialisten, 2013:2). Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor

prestatie­meting en in de cont(r)acten met de verzekeraars en zorgaanbieders. Over de relatie tussen de verzekeraars en zorgaanbieders wordt nader ingegaan.

Binnen de ggz is kwaliteit van zorg geoperationaliseerd in drie onderdelen:

- Cliëntervaringsindicatoren
- Effectiviteitsindicatoren
- Veiligheidsindicatoren (SBG, 2016^b).

Clientgerichtheid bevat onder andere aspecten als keuzevrijheid van de cliënt en of de behandeling voldoet aan de zorgwensen. Effectiviteit gaat over kwaliteit van leven en resultaten ten aanzien van de voor- en nameting van het behandeltraject. Binnen het onderdeel veiligheid wordt onder andere gekeken naar omgevingsveiligheid en informatie over medicatie (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013:13-42). De drie onderdelen bestaan uit meerdere indicatoren. Deze indicatoren bij elkaar wordt ook wel de kernset genoemd (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013:5). De informatie die de kernset bevat wordt ingezet door meerdere doelgroepen welke verschillende doeleinden nastreven:

- Zorgaanbieders en professionals binnen de ggz voorzien cliënten, zorgverzekeraars en de inspectie over de kwaliteit van de zorg en begeleiding die ze leveren. Ook wordt deze informatie gehanteerd als stuurinformatie voor het interne (kwaliteits)beleid
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt de informatie om toezicht te houden.
- Zorgverzekeraars gebruiken de informatie bij de zorginkoop.

Werkhypothese 9: Naarmate inzicht in kwaliteit van prestatie hoger wordt, nemen de mogelijkheden om prestaties af te rekenen toe

Daarnaast kunnen cliënten de informatie gebruiken bij de keuze voor een instelling. Daarvoor dient eerst de informatie uit de indicatoren te worden vertaald naar keuze-informatie die gepubliceerd kan worden (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013:5).

In de volgende alinea wordt ingegaan op de theorie over de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders als zijnde principal en agent. Deze laatste werden in de theorie over prestatie­meting neergezet als bestuurder en professional. In de volgende paragraaf wordt de principal agent theorie beschreven, omdat de verzekeraars en zorgaanbieders zich in een dergelijke verhouding bevinden. Tevens wordt nader ingegaan op mogelijke knelpunten binnen deze relatie, die inzicht in kwaliteit lastig kunnen maken en zelfs een mogelijke belemmering kunnen vormen voor de werking van prestatiebekostiging.

3.6 Principal agent theorie

De principal agent theorie, ook wel agency theorie genoemd, gaat over de relatie tussen de principaal (opdrachtgever) en de agent (opdrachtnemer). De theorie houdt zich bezig met het oplossen van problemen die zich kunnen voordoen in relaties. De agent voert in ruil voor een bepaalde vergoeding prestaties uit ten behoeven van de principal (Hazeu, 2007:86).

De onderliggende veronderstelling is dat de principaal en de agent het meest efficiënte contract zullen kiezen, alhoewel de efficiëntie niet direct is getest (Eisenhardt, 1989:69). Volgens Eisenhardt (1989) ligt de focus van de theorie op het vaststellen van het meest efficiënte contract die de relatie tussen de principal en de agent domineert (Eisenhardt, 1989:58-59). Eisenhardt geeft aan dat sprake is van principal agent problemen 1). wanneer de principal en de agent verschillende doelen hanteren en 2). omdat het lastig is of te veel kosten met zich mee brengt voor de principal om te achterhalen wat de agent precies doet en of de agent zich op de juiste wijze gedraagt (Eisenhardt 1989:58).

3.6.1 Informatie asymmetrie

De principal en de agent hebben verschillende (tegenstrijdige) belangen en doelen en beschikken niet over volledige informatie over elkaars handelen. Deze onvolledige informatie wordt ook wel informatieasymmetrie genoemd (Hazeu, 2007:55). De agent weet bijvoorbeeld zelf of de prestaties maximaal zijn, maar de principal heeft hier onvoldoende zicht op. Er is dus sprake van onvolledige asymmetrische informatie. De theorie veronderstelt dat wanneer sprake is van onvolledige informatie beide partijen gaan voor eigen belang (Hazeu, 2007:85). Door informatieasymmetrie is het lastig voor zowel verzekerden als verzekeraars om een schatting te maken wanneer een behandeling nodig is en wat de effectiviteit van de behandeling is. Door specialistische kennis en contact met de patiënt beschikt de zorgaanbieder over meer inzicht in de effectiviteit en noodzaak van een behandeling. Binnen de gezondheidszorg spelen deze problemen een centrale rol (CPB, 2015:6).

Werkhypothese 10: Hoe groter de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, des te kleiner wordt het vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

De theorie gaat uit van enige aannames over mensen, organisaties en informatie. Bij mensen wordt ervanuit gegaan dat zij uit eigen belang handelen en zo weinig mogelijk risico's willen nemen. Binnen organisaties kan sprake zijn van tegenstrijdige doelen van medewerkers en informatie kan worden gezien als een verhandelbaar product (Eisenhardt, 1989:58-59). Deze kenmerken zijn van belang binnen informatiesystemen. Onvolledige informatie kan leiden tot twee vormen van

informatieasymmetrie, ex-ante en ex-post, oftewel voor of nadat een contract is gesloten. Ex-ante geldt voor de principal dat bepaalde informatie voor hem verborgen kan zijn voordat het contract wordt gesloten, dit wordt ook wel moral hazard genoemd. Het moral hazard probleem ontstaat als een partij de mogelijke kosten van zijn handelen kan afschuiven op een andere partij, maar de baten wel tot zichzelf kan toerekenen (Hazeu, 2007:61). Ex post houdt in dat het gedrag van de agent kan veranderen nadat het contract gesloten is. Dit probleem wordt aangeduid als adverse selection (Hazeu, 2007:56).

Het is de taak van de principal om doelstellingen op één lijn te krijgen met de agent, binnen een omgeving waar sprake is van moral hazard en adverse selection (Eisenhardt, 1989:61). Bij moral hazard laat de principal een taak uitvoeren door de agent, maar deze is dusdanig complex dat de principal niet kan nagaan wat de agent eigenlijk aan het doen is. De principal kan niet of nauwelijks controleren of de agent de, volgens het contract overeengekomen, inspanning levert. Van adverse selection is sprake wanneer de principal de vaardigheden of specialistische kennis van de agent niet of gedeeltelijk kan controleren (Eisenhardt, 1989:61). De ene partij kan mogelijk misbruik maken van de informatievoorsprong die de partij bezit. Er is sprake van adverse selection, omdat de principal niet alles kan verifiëren (Eisenhardt, 1989:61). Hazeu (2007) geeft bij moral hazard aan dat het gedrag van de agent kan veranderen nadat het contract is afgesloten, waardoor voor de verzekeraar informatie verborgen blijft (Hazeu, 2007:56). Binnen de principal en de agent relatie kan sprake zijn van verschillende doelstellingen nastreven, tegengestelde belangen en opportunistisch gedrag. Opportunistisch gedrag, ook wel strategisch gedrag genoemd, kan variëren van het verstrekken van selectieve informatie tot bedrog. Calculerend gedrag, argwaan en wantrouwen kunnen hiervan het gevolg zijn (Hazeu, 2007:56). Investeren in vertrouwen vanwege de informatieasymmetrie brengt kosten met zich mee (Hazeu, 2007:56).

De theorie draagt twee mogelijke oplossingen aan voor deze problemen. De eerste oplossing die wordt geboden voor de principal om de agent te 'controleren' is het aanleggen van een informatiesysteem waardoor het gedrag van de agent aan het licht komt. Door signalering en reputatie opbouwen kan uitgebreidere informatie over het gedrag van de agent worden opgeleverd (Hazeu, 2007:62). De tweede oplossing die de theorie biedt is om uitkomsten van het gedrag van de agent vast te leggen in contracten. Het risico wat hierbij ontstaat is dat de uitkomsten, ten delen, kunnen worden beïnvloed door externe factoren zoals overheidsbeleid en technologische ontwikkelingen, waardoor oncontroleerbare veranderingen in de resultaten kunnen ontstaan (Eisenhardt, 1989:61). Deze onzekerheid kan kosten met zich mee brengen. Hoe hoger de mate van onzekerheid hoe hoger de kosten zullen zijn. De theorie spreekt van twee soorten kosten namelijk de

'behaviour costs' en de 'monitoring costs'. Bij de behaviour costs gaat het om de kosten van het meten van het gedrag van de agent en de monitoring costs behelzen de kosten voor het meten van resultaten en de overdracht van de risico's voor de agent (Eisenhardt, 1989:61). Wanneer de resultaten lastig meetbaar zijn, zijn contracten gericht op resultaten minder aantrekkelijk (Eisenhardt, 1989:62). Als sprake is van lange termijn relaties tussen de principal en de agent zullen zij in staat zijn om gedrag makkelijker te beoordelen. Wanneer sprake is van korte termijn relaties zal de informatieasymmetrie groter zijn waardoor contractovereenkomsten meer uitkomst bieden (Eisenhardt, 1989:62-63).

Werkhypothese 11: Als met meerjarencontracten wordt gewerkt, dan duidt dat op een hoge mate van vertrouwen

3.6.2 Moral hazard & adverse selection en de curatieve ggz

Vertaald naar dit onderzoek kunnen verzekeraars worden aangeduid als de principal en de zorgaanbieders als de agent. Binnen het huidige zorgstelsel zijn prestaties onderdeel van afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De bedoeling van prestatiebekostiging is dat zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van prestatieafspraken met zorgverzekeraars. Een belangrijk mechanisme hiervoor is het selectief inkopen van zorg. Hierbij kopen verzekeraars zorg in bij zorgaanbieders die de beste kwaliteit bieden tegen een redelijke prijs. Dit mechanisme dwingt minder scorende zorgaanbieders aanpassingen te doen waardoor de kwaliteit verbetert. Selectieve inkoop is lastig voor verzekeraars vanwege marktfalen. Frank en McGuire (2000) geven aan dat marktfalen binnen de ggz een groter probleem vormt dan bij andere vormen van de gezondheidszorg. De ggz is dusdanig complex dat het probleem van moral hazard zich voor kan doen. Daarnaast geven Frank en McGuire aan dat binnen de ggz veel onzekerheid bestaat over de wijze van de behandeling en de diagnose. Binnen de principal agent theorie wordt dit ook wel adverse selection genoemd. Dit maakt dat het voor zorgaanbieders lastig is om te duiden welke behandeling nodig is en hoeveel behandelingen nodig zijn. Daarnaast wordt dit bemoeilijkt vanwege het niet kunnen aantonen van de effectiviteit van de behandelingen. Deze onzekerheid zorgt tevens voor een informatievoorsprong van de behandelaar ten opzichte van de verzekeraar (en patiënt), wat de kans vergroot op overbehandeling (CPB, 2015:15). Bij de principal bestaat onzekerheid over de bekwaamheid van de agent en kan onvoldoende hoogte krijgen van de intenties en kwaliteiten van de agent. Moral hazard gaat over de onzekerheid waarbij de principal niet volledig kan nagaan of de agent zich maximaal heeft ingespannen (Eisenhardt, 1989). Informatie asymmetrie belemmert de goede werking van een markt (bron CBP, 2015). Daarnaast is sprake van verschillende waarden

waarbij de verzekeraars belang hechten aan verantwoording en beheersing en de zorgaanbieders aan autonomie en professie (De Bruijn, 2001:91-92).

Werkhypothese 12: Als niet kan worden bepaald wat het effect is van een behandeling, dan is dat een belemmering voor outputsturing

3.6.3 Vertrouwen en onzekerheid in de curatieve ggz

Met de invoering van gereguleerde marktwerking verschuift de nadruk van contractonderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders van het collectieve niveau naar het individuele niveau (Lapré, Rutten en Schut, 2001:239). Een coördinatiemechanisme dat ervoor zorgt dat samenwerking mogelijk is en tevens van invloed is op de continuïteit van het beleidsproces, is vertrouwen (Eshuis, 2006). Binnen de geestelijke gezondheidszorg komen vooral de kenmerken voor die in de voorgaande alinea's zijn beschreven; er is sprake van een hoge mate van onzekerheid over de diagnose en de geschikte behandeling, zorgaanbieders beschikken over specifieke kennis en de meetbaarheid van de resultaten is moeilijk (Lapré, Rutten en Schut, 2001:239). Wanneer sprake is van kennis, maar niet van volledige kennis, ontstaat onzekerheid. Vertrouwen hangt daarmee samen. Het vergroten van vertrouwen kan door de bijdrage van een instrument dat regelmatig informatie verzorgt. Met monitoring kan herhaaldelijke en regelmatige controle plaatsvinden. Monitoring kan inzicht bieden in gedrag en het vergaren van kennis die nodig zijn voor mogelijke sancties (Eshuis, 2006).

Als sprake is van actoren die elkaar vertrouwen is dit van positieve invloed op de samenwerking. Wanneer actoren elkaar niet of in mindere mate vertrouwen, worden gedetailleerde afspraken gemaakt die worden vastgelegd in contracten. Daarnaast brengt de controle van de afspraken kosten met zich mee. Als sprake is van actoren die elkaar vertrouwen volstaan afspraken op hoofdlijnen. Behalve als coördinatiemechanisme speelt vertrouwen een rol bij de omgang met de talrijke onzekerheden die bestaan in beleidsprocessen. Vertrouwen kan een middel zijn om onzekerheden te gedogen (Eshuis, 2006). De tijd en energie die het kost om de juiste informatie te achterhalen wordt ook wel transactiekosten genoemd (Eisenhardt, 1989). De basis van de te declareren zorg bevindt zich in productgroepen welke bestaan uit zorgproducten en diagnose behandeling combinaties (dbc's). Een diagnose behandeling combinatie is een zorgprestatie. De zorgprestaties geven een beschrijving van de zorg die zorgaanbieders leveren voor een specifieke zorgvraag. De zorgaanbieder kan deze zorgprestaties vervolgens declareren bij de zorgverzekeraar. De dbc-systematiek is in ingevoerd met als doel om meer inzicht te krijgen in de zorg die zorgaanbieders in de ggz leveren (NZa, z.d.). Een transparant en hanteerbaar dbc systeem (voor de registratie en declaratie van de

dbc's) en goede prestatie-indicatoren zijn belangrijke randvoorwaarden voor effectieve marktwerking (Schut, 2009:74). De kosten die nodig zijn voor de principal om de agent te controleren op naleving van het contract, zijn monitoring costs. Als sprake is van vertrouwen tussen actoren, vermindert de onzekerheid en kan dit zorgen voor lagere extra kosten bij een bepaalde investering (Eshuis, 2006).

Werkhypothese 13: Als er een hoge mate van vertrouwen is tussen actoren, is er sprake van lage onzekerheid

3.7 Resumé

Om uitvoering te geven aan gereuleerde marktwerking is prestatiebekostiging in de curatieve ggz ingevoerd. Binnen de prestatiebekostiging speelt kwaliteit een belangrijke rol. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de (markt)werking van het zorgstelsel. Inzicht in kwaliteit is dus een cruciaal element voor de werking van prestatiebekostiging. Met kwaliteit van zorg wordt bedoeld dat zorg effectief is en vraaggericht, dus persoonsgebonden. Waarbij de patiënt (consument, verzekerde) de mogelijkheid heeft om op basis van kwaliteitsinformatie zorg kan kiezen op het niveau van de instelling(slocatie), behandelaar en/of aandoening. Kwaliteit kan worden gemeten door te kijken naar de mate waarin aan de vooraf gestelde eisen is voldaan en wat de waarde van de 'klant hierover is. Zorgaanbieders verlenen deze zorg en verzekeraars bekostigen deze op basis van prestatieafspraken door een bepaald bedrag te bieden bij bepaalde resultaten. Toch zijn er aspecten die deze werking bemoeilijken. Zo is er sprake van een hoge mate van onzekerheid over de diagnose en de geschikte behandeling en is de meetbaarheid van de resultaten lastig. Daarnaast is sprake van dynamiek binnen het veld en beleidsterrein, wat de prestatiemeting kan belemmeren. De theorie over prestatiemeting beschreef al hoe meer functies dienen te worden vervuld met dezelfde prestatiemeting, zoals van transparantie, leren, beoordelen, afrekenen, hoe meer de effectiviteit van de meting af zal nemen. Dit heeft betrekking op prestatiemeting zelf, waarbij binnen de principal agent theorie de focus ligt op (knelpunten binnen) de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders om tot inzicht in kwaliteit te komen ter bevordering van prestatiebekostiging. Het gaat hierbij om informatieasymmetrie waarbij moral hazard en adverse selection zich voordoen waarbinnen vooral waarden als verantwoording en beheersing van de verzekeraar kunnen botsen met de waarden professionaliteit en autonomie van de zorgaanbieders. Onzekerheden en risico's brengen kosten met zich mee. Om deze knelpunten binnen de relatie het hoofd te kunnen bieden veronderstelt de principal agent theorie om te investeren in een informatiesysteem en de prestaties van de agent vastleggen in (lange

termijn) contracten. De veronderstellingen die voortgekomen zijn uit de theorie zijn omgezet in de volgende werkhypothesen:

Werkhypothese 1: Naarmate er meer consequenties zijn als gevolg van prestatiemeting, wordt de weerstand groter bij de actor bij wie gemeten wordt.

Werkhypothese 2: Naarmate een organisatie meer procesgeoriënteerd is, dan vormt dit een belemmering voor prestatiemeting

Werkhypothese 3: Als bekostigd wordt op basis van outcome, dan is een essentiële voorwaarde dat de causaliteit volledig is

Werkhypothese 4: Als er sprake is van dynamiek op de zorgmarkt van de ggz dan is dat van negatieve invloed op prestatiemeting

Werkhypothese 5: Naarmate meer belemmeringen van prestatiemeting zijn, leidt prestatiemeting er toe dat perverse effecten optreden

Werkhypothese 6: Als de prestatie-indicator een goede weergave is van wat de organisatie voortbrengt, wordt het draagvlak bij diegene die de prestaties moet leveren vergroot

Werkhypothese 7: Naarmate er meer interactie plaatsvindt tussen zorgaanbieders en verzekeraars dan groeit het vertrouwen tussen die partijen

Werkhypothese 8: Als weinig ruimte is voor dialoog tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de betekenis van de prestatiecijfers dan zal dit leiden tot strategisch gedrag

Werkhypothese 9: Naarmate inzicht in kwaliteit van prestatie hoger wordt, nemen de mogelijkheden om prestaties af te rekenen toe

Werkhypothese 10: Hoe groter de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, des te kleiner wordt het vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Werkhypothese 11: Als met meerjarencontracten wordt gewerkt, dan duidt dat op een hoge mate van vertrouwen

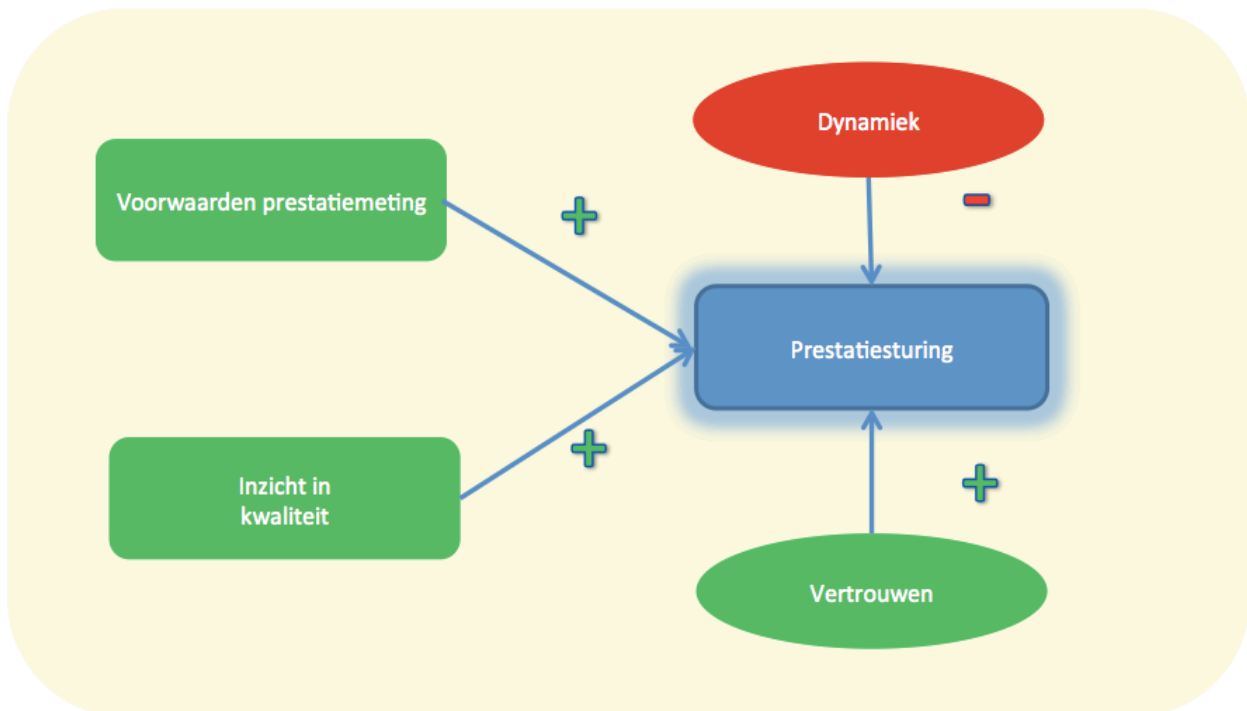
Werkhypothese 12: Als niet kan worden bepaald wat het effect is van een behandeling, dan is dat een belemmering voor outputsturing

Werkhypothese 13: Als er een hoge mate van vertrouwen is tussen actoren, is er sprake van lage onzekerheid

3.8 Onderzoeksmodel

Door inzichten vanuit de verschillende theorieën kan een beeld worden gevormd over wat de mogelijke belemmeringen zijn om tot inzicht in kwaliteit van zorg te komen voor de werking van prestatiebekostiging. In Figuur 6. Onderzoeksmodel zijn de relaties tussen de variabelen vanuit de theorie weergegeven in een onderzoeksmodel waaruit de essentie van dit onderzoek blijkt.

Figuur 6. Onderzoeksmodel



Binnen dit onderzoek kan prestatiesturing worden gezien als de afhankelijke variabele. Uit de theorie is gebleken dat de omliggende variabelen van invloed kunnen zijn op prestatiesturing. De mate waarin de onafhankelijke variabelen zich voor kunnen doen, hebben gevolgen voor prestatiesturing. Meerdere aspecten kunnen zorgen voor belemmeringen voor het slagen van prestatiebekostiging. Wanneer bij de vormgeving van prestatiemeting rekening wordt gehouden met de algemene voorwaarden van prestatiemeting, kunnen deze belemmeringen mogelijk worden weggenomen danwel beperkt. Naast de voorwaarden van prestatiemeting, is inzicht in kwaliteit van invloed op de prestatiesturing. Naarmate de kwaliteit van het product (dienst) beter kan worden bepaald, zal het positief werken op de mogelijkheden om op prestaties te sturen. De inhoud van de prestatie-indicatoren bepalen de mate waarin de kwaliteit van zorg inzichtelijk wordt. Naarmate beter aan de voorwaarden en eisen kan worden voldaan, heeft dit een positief effect op prestatiesturing ten aanzien van prestatiebekostiging.

Naast de voorwaarden van prestatie­meting en kwaliteit zijn factoren als (onderling) vertrouwen en dynamiek van het veld mede van invloed op prestatie­sturing. Het gaat hierbij om de interactie tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder wat voor wederzijds vertrouwen kan zorgen. De theorie beveelt een zekere dynamiek aan tussen het product- en procesniveau. Wanneer de product-meting leidt tot een negatief resultaat, kan de professional door middel van de proces-meting wellicht wel aantonen dat het uiterste is bewerkstelligd om toch tot een zo goed mogelijk eindresultaat te komen.

Daarnaast is sprake van een dynamische, complexe omgeving waarin de ggz zich bevindt, wat een negatieve invloed heeft op prestatie­sturing. Ontwikkelingen volgen zich in een snel tempo op. Terwijl het veld werkt om vorm en inhoudt te geven aan prestatie­besteding wordt al gesproken over outcome­besteding.

3.9 Operationalisering

Vanuit de theorie zijn bepaalde kernelementen die een belangrijke rol spelen binnen dit onderzoek naar voren gekomen. In onderstaande tabel zijn deze kernelementen uitgewerkt ter verduidelijking wat met de begrippen wordt bedoeld met betrekking tot dit onderzoek.

Tabel 3. Operationalisering

Werkhypothese	Begrip	Uitwerking
Werkhypothese 1: Naarmate er meer consequenties zijn als gevolg van prestatiemeting, wordt de weerstand groter bij de actor bij wie gemeten wordt.	Prestatiemeting	Meting van input, activiteiten, prestaties (de output) en het effect wat een organisatie heeft bereikt
	Weerstand	Ontbreken van draagvlak, tegenwerken
Werkhypothese 2: Naarmate een organisatie meer proces georiënteerd is, dan vormt dit een belemmering voor prestatiemeting	Proces	Verloop van activiteiten waaruit product/dienst voortkomt
	Belemmering	Hinder of (bijna) niet mogelijk
Werkhypothese 3: Als bekostigd wordt op basis van outcome, dan is een essentiële voorwaarde dat de causaliteit volledig is	Outcome	Effect
	Causaliteit	De relatie tussen de inspanning en het resultaat
Werkhypothese 4: Als er sprake is van dynamiek op de zorgmarkt van de ggz dan is dat van negatieve invloed op prestatiemeting	Dynamiek	Aan verandering onderhevig
	Negatieve invloed	Hinder of (bijna) niet mogelijk
Werkhypothese 5: Naarmate meer belemmeringen van prestatiemeting zijn, leidt prestatiemeting er toe dat perverse effecten optreden	Belemmeringen	Hinder of (bijna) niet mogelijk
	Perverse effecten	Negatieve gevolgen
Werkhypothese 6: Als de prestatie-indicator een goede weergave is van wat de organisatie voortbrengt, wordt het draagvlak bij diegene die de prestaties moet leveren vergroot	Prestatie-indicator	Verhoudingsgetallen die aspecten in beeld brengen van datgene wat wordt geproduceerd of voortgebracht door de organisatie
	Draagvlak	Consensus, goedkeuring
Werkhypothese 7: Naarmate er meer interactie plaatsvindt tussen	Interactie	Tweezijdige communicatie, wisselwerking

zorgaanbieders en verzekeraars dan groeit het vertrouwen tussen die partijen	Vertrouwen	Coördinatiemechanisme dat samenwerking mogelijk maakt
Werkhypothese 8: Als weinig ruimte is voor dialoog tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de betekenis van de prestatiecijfers dan zal dit leiden tot strategisch gedrag	Dialoog Strategisch gedrag	Gesprek tussen twee partijen Doordachte manier van handelen, Gebruik maken van mogelijkheden in het systeem voor eigen belang
Werkhypothese 9: Naarmate inzicht in kwaliteit van prestatie hoger wordt, nemen de mogelijkheden om prestaties af te rekenen toe	Kwaliteit Prestaties af te rekenen	De mate waarin aan de vooraf gestelde eisen is voldaan en de waarde die de cliënt eraan geeft Verhoudingsgetallen die aspecten in beeld brengen van datgene wat wordt geproduceerd of voortgebracht door de organisatie met een daaraan gekoppelde beloning
Werkhypothese 10: Hoe groter de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, des te kleiner wordt het vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar	Informatie-asymmetrie Vertrouwen	Onvoldoende inzicht in elkaars handelen, belangen en inzet Coördinatiemechanisme dat samenwerking mogelijk maakt
Werkhypothese 11: Als met meerjarencontracten wordt gewerkt, dan duidt dat op een hoge mate van vertrouwen	Meerjarencontracten Vertrouwen	Contracten van twee jaar of langer Coördinatiemechanisme dat samenwerking mogelijk maakt
Werkhypothese 12: Als niet kan worden bepaald wat het effect is van een behandeling, dan is dat een belemmering voor outputsturing	Effect Outputsturing	Outcome Richting geven op basis van prestaties
Werkhypothese 13: Als er een hoge mate van vertrouwen is tussen actoren, is er sprake van lage onzekerheid	Vertrouwen Onzekerheid	Coördinatiemechanisme dat samenwerking mogelijk maakt Onbekendheid

4 Methodologische verantwoording

De doelstelling en vraagstelling zijn leidend voor het bepalen van de methode waarop dit onderzoek plaatsvindt. Het doel van dit onderzoek is om te kijken hoe verzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk tot inzicht in kwaliteit van zorg kunnen komen wat bijdraagt aan (een betere werking van) prestatiebekostiging. De doelstelling geeft aan dat het gaat om een spanningsveld in de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Om te achterhalen welke knelpunten een belemmering vormen om tot inzicht in kwaliteit te komen wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op eisen van wetenschappelijke uitspraken en hoe de validiteit en betrouwbaarheid in dit onderzoek is geborgd.

4.1 Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek als methode. Verhoeven (2007) geeft aan dat het belangrijkste aspect van kwalitatief onderzoek is dat waarde wordt gehecht aan de betekenis die mensen aan zaken geven. Dit onderzoek is inductief van aard en richt zich vooral op verklaren, exploreren en beschrijven van verbanden welke voortkomen vanuit het theoretisch kader. Door dit onderzoek als kwalitatief onderzoek uit te voeren kan inzicht worden verkregen in de wijze waarop kwaliteit bijdraagt aan prestatiebekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Bij kwalitatief onderzoek gaat het niet zozeer om het tellen en rekenen, maar om waarnemingsresultaten (Verschuren & Doorewaard, 2007:184). Daarbij worden de waarnemingsresultaten met elkaar vergeleken en geduid. Met dit onderzoek wordt getracht zoveel mogelijk de werkelijkheid te laten spreken, ook wel empirisch onderzoek genoemd (Verschuren & Doorewaard, 2007:208). Het verzamelen van gegevens is hierbij veelal flexibel en open waarbij kan worden ingegaan op mogelijke onverwachte situaties (Verhoeven, 2007:25).

4.1.1 Falsificatie en verificatie

Op basis van de theorie kunnen veronderstellingen worden geformuleerd die op juistheid kunnen worden getoetst. Deze veronderstellingen, ook wel hypothesen genoemd, kunnen worden gezien als criteria om de theorie te beoordelen waaruit zij zijn afgeleid. Door een verzameling aan empirische gegevens te analyseren en de uitkomst daarvan naast de hypothese te leggen, kunnen de hypothesen worden getoetst (Tijmstra & Boeije, 2011:34). Wanneer de uitkomst niet overeenkomt met de hypothese, die hypothese niet falsificeert, kan deze worden aangepast of verworpen. Wanneer de empirische gegevens de hypothese ondersteunt, dus verifieert, vindt bevestiging plaats van de hypothese (Tijmstra & Boeije, 2011:34). Zoals eerder is beschreven moeten wetenschappelijke uitspraken toetsbaar zijn waarbij de (on)juistheid van uitspraken moet worden gesteund door empirische gegevens. Wanneer wordt gericht op de bevestiging, naar verificatie, van

uitspraken is sprake van verificatie. Wanneer wordt gericht op het weerleggen van uitspraken is sprake van falsificatie (Tijmstra & Boeije, 2011:57, 58). In dit onderzoek wordt vooral uitgegaan van verificatie waarbij wordt gekeken of de verbanden die worden verondersteld kunnen worden waargenomen.

4.2 Casestudy

De strategie van dit onderzoek is een casestudy. Volgens Verschuren & Doorewaard (2007) behelst een casestudy een relatief klein aantal onderzoekseenheden, waarbij sprake is van een diepere bestudering van een complex geval. Vanwege de diepgang is de mogelijkheid tot generaliseerbaarheid minder (Verschuren & Doorewaard, 2007). Vanwege het geringe aantal waarmee wordt gewerkt bij een casestudy is sprake van een strategische steekproeftrekking in plaats van een aselechte trekking, zoals bij een survey het geval is. Er is een grote kans om bij een aselechte trekking een atypische steekproef te krijgen wanneer wordt gewerkt met een gering aantal onderzoekseenheden, waardoor de externe geldigheid in het geding kan komen (Verschuren & Doorewaard, 2008:184, 185). De keuze voor de onderzoekseenheden van dit onderzoek zijn gebaseerd op het conceptueel model en door de informatie die nodig is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Selectie van de respondenten heeft plaatsgevonden na de formulering van de onderzoeksvragen. Door de onderzoekseenheden te selecteren op basis van de onderzoeksvragen in plaats van het toeval is de externe geldigheid in dit onderzoek bewaakt. Bij een casestudy wordt ook wel gesproken over een onderzoek op locatie. Kenmerkend is namelijk dat het onderzoeksobject, de case, in zijn natuurlijke omgeving bestudeerd wordt (Verschuren & Doorewaard, 2007:185). Alle interviews aangaande dit onderzoek hebben plaatsgevonden op locatie.

4.2.1 Voor- en nadelen

De casestudy biedt de mogelijkheid om een integraal beeld van een onderzoeksobject te krijgen. Dit integrale beeld kan vooral een voordeel zijn wanneer sprake is van een verandering van een bestaande situatie (Verschuren & Doorewaard, 2007). Prestatiebesteding in de geestelijke gezondheidszorg is reeds ingevoerd, maar werkt nog niet zoals beoogd en dat terwijl de minister richting outcomebesteding wil. Een nadeel van een survey is dat deze vraagt om voorstructurering van een onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2007). De casus die centraal staat is nog in ontwikkeling, wat vraagt om een wendbare onderzoeksstrategie zoals de casestudy. Dit houdt in dat waar mogelijk van koers veranderd kan worden en is voordelig wanneer sprake is van een snel veranderende situatie zoals in dit onderzoek het geval is. Zoals eerder is aangegeven kan de externe geldigheid van de resultaten van de casestudy onder druk komen te staan, vanwege het geringe aantal gevallen wat wordt onderzocht. Door diepgang, arbeidsextensieve methoden en de

wendbaarheid kan dit nadeel worden ondervangen (Verschuren & Doorewaard, 2007). In dit onderzoek is wendbaarheid van belang gezien de veranderende omgeving. Daarbij is het van belang om in te kunnen spelen op actualiteit. De interviews met de respondenten maken dit onderzoek arbeidsintensief, maar levert wel de mogelijkheid op om door te vragen indien nodig. Met een casestudy wordt getracht een zo compleet mogelijk beeld te vormen van het object als geheel, dit wordt ook wel een holistische werkwijze genoemd. Dit uit zich in een meer open wijze van dataverzameling.

4.3 Dataverzameling

Voordat kan worden begonnen met de dataverzameling is het van belang dat kernelementen die centraal staan in het onderzoek worden gedefinieerd en afgebakend (Verhoeven, 2007:78). De kernelementen zijn uitgewerkt in paragraaf 3.8 Operationalisatie. Zoals al eerder is beschreven wordt binnen een casestudy veelal gebruik gemaakt van een open wijze van data verzameling, zo ook in dit onderzoek. Voor de dataverzameling van dit onderzoek zijn meerdere bronnen gebruikt, Verschuren (2007) spreekt hier over bronnentriangulatie. Per deelvraag is gekeken welke bronnen mogelijk informatie verschaffen voor de beantwoording ervan. Door op deze wijze met bronnen en informatie om te gaan kan meer uit het onderzoek worden gehaald dan wanneer routinematig met dezelfde bronnen wordt gewerkt (Verschuren, 2007:228, 229). Zo is in dit onderzoek de literatuur geraadpleegd om theorievorming en kernbegrippen van dit onderzoek te specificeren. Voor de casusbeschrijving is gebruik gemaakt van interviews. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews die face-to-face zijn afgenomen in de natuurlijke omgeving van de respondent. De respondenten bestaan uit zorgaanbieders, verzekeraars en wetenschappelijk onderzoekers die selectief zijn geselecteerd. Dit om ervoor te zorgen dat de verhoudingen tussen aantallen zorgaanbieders, verzekeraars en wetenschappelijk onderzoekers relatief gezien dicht bij elkaar liggen en zo evenwichtig mogelijke data verzameling plaatsvindt.

4.3.1 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit van onderzoek gaat over de zuiverheid of geldigheid van het onderzoek. Het gaat hierbij om de mate waarin systematische fouten zich kunnen voordoen (Verhoeven, 2007:165-170). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Door bij vergelijkbare interviews en respondenten vrijwel identieke vragenlijsten te hanteren wordt de kans op de mate waarin systematische fouten zich voor kunnen doen gering. Bij de betrouwbaarheid van resultaten wordt gekeken naar de mate waarin toevallige fouten zich voor kunnen doen. De antwoorden op de interviewvragen zijn opgenomen en uitgewerkt waardoor zij als naslagwerk of controlemiddel worden ingezet. Daarnaast maakt het toevoegen van de vragenlijst, die is gehanteerd bij dit

onderzoek, herhaalbaarheid mogelijk. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van dit onderzoek (Verhoeven, 2007:165-170).

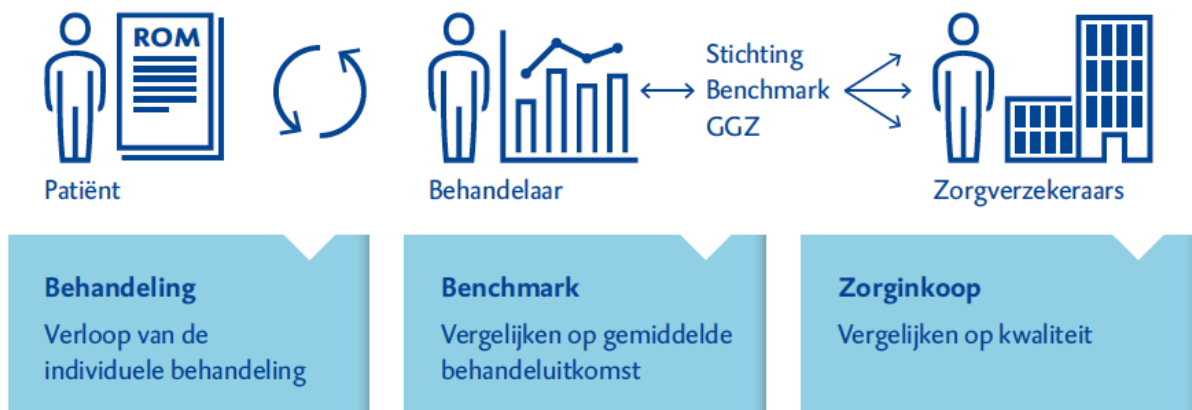
5 Beschrijving van het veld

Dit hoofdstuk vormt de casusbeschrijving van dit onderzoek. Hierin wordt aangegeven wat de positie is van de partijen binnen het veld, wat de voorwaarden voor prestatiemeting zijn en hoe kwaliteitsindicatoren kunnen leiden tot verbetering in de zorg.

Met prestatiebekostiging is meer informatie bekend over welke diagnoses het meest voorkomen en wat de gemiddelde duur en kosten zijn geweest van de behandeling. Verzekeraars kunnen deze informatie gebruiken bij de inkoop van zorg. Binnen het veld zijn kwaliteitsindicatoren bepaald en afgesproken dat deze wordt gemeten middels het ROM-instrumentarium (Algemene Rekenkamer, 2017). Ggz Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben in 2010 een bestuurlijk akkoord gesloten waarin is afgesproken dat ggz instellingen de behandeluitkomsten van individuele patiënten systematisch meten. Deze gegevens worden landelijk verzameld om op deze manier tot benchmark informatie te komen. De uitkomsten van behandelingen worden door de partijen gezien als indicator die van belang is voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast is in het akkoord afgesproken dat de Routine Outcome Monitoring als meetinstrument wordt gebruikt, waardoor een gemeenschappelijke taal is voor het meten van kwaliteit (Algemene Rekenkamer, 2017). Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de ROM-methodiek (Routine Outcome Monitoring) gehanteerd voor de systematische beoordeling van de voortgang van de cliënt, bijvoorbeeld door het invullen van vragenlijsten. Met de ROM wordt beoogd dat de klachten, het functioneren en het welzijn van de behandelde patiënt regelmatig worden gemeten. De ROM wordt binnen de ggz gehanteerd voor de systematische beoordeling van de voortgang van de cliënt, door het invullen van vragenlijsten vooraf- tijdens en na de behandeling (Algemene Rekenkamer, 2017). ROM kan een aansporing voor kwaliteit zijn, informatie opleveren over de ggz en is een prestatie-indicator om instellingen te kunnen onderscheiden (NZa, 2016:51). Het doel van de ROM is de behandeling ondersteunen door frequent de stand van de patiënt te meten. ROM gegevens kunnen tevens worden ingezet om benchmark mogelijk te maken en op deze manier bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid binnen de curatieve ggz (NZa, 2016:51). De informatie die de ROM oplevert wordt verzameld door de stichting Benchmark ggz. Het doel van de stichting is verbetering van de kwaliteit van zorg binnen de ggz door als onafhankelijke partij, trusted third party, inzicht te bieden in behandelresultaten. Op deze manier kan inzicht ontstaan over het presteren van zorgaanbieders en waar ruimte is voor verbetering. De resultaten worden door zorgverzekeraars gebruikt als benchmark om de kwaliteit van zorginstellingen te vergelijken. Op deze manier kan de informatie dienen om zorgaanbieders te bekostigen op basis van de kwaliteit (Stevens, 2017). Het meetinstrumentarium van de ROM bestaat uit vragenlijsten die wetenschappelijk gevalideerd zijn en gelden voor specifieke groepen patiënten en ziektebeelden. De ROM kan, naast dat het voor het

verloop van de behandeling wordt gehanteerd, ook gehanteerd worden voor benchmark en bij de zorginkoop. In Figuur 7. Toepassing ROM staan de mogelijkheden voor behandelingen, benchmark en zorginkoop waarvoor ROM kan worden ingezet.

Figuur 7. Toepassing ROM



Bron: Algemene Rekenkamer, 2017

Binnen de discussie is politieke en maatschappelijke consensus dat kwaliteit van zorg zichtbaar behoort te zijn (Gezondheidsraad, 2013:12). In de jaren '80 ontstond de overheersing van de opvatting dat de kwaliteit van zorg niet meer alleen aan professionals wordt overgelaten. Sindsdien wordt stap voor stap gewerkt aan de inzichtelijkheid van kwaliteit van de zorg. Bijna 30% van de Rijksbegroting gaat naar gezondheidszorg (SBG, 2016^a). De vergrijzing en economisch zwaardere tijden vragen om verantwoorde zorg (voldoet aan wetenschappelijke richtlijnen en standaarden) en doelmatige zorg (best mogelijk tegen aanvaardbare kosten). Transparantie binnen de ggz draagt daaraan bij. Tevens draagt transparantie bij aan de verbetering van de kwaliteit van zorg (SBG^a). Het realiseren van de zichtbaarheid blijkt lastig. Het begrip 'kwaliteit van zorg' zorgt voor de nodige complexiteit en daarnaast zijn meerdere doelen mogelijk voor het meten van resultaten, zoals het verbeteren van zorg, de keuze voor een bepaalde arts en als basis voor de zorginkoop. De discussie in het veld gaat voornamelijk over het meten en openbaar maken van uitkomsten van de zorg (Gezondheidsraad, 2013:12). Daarnaast kunnen verschillen in uitkomstindicatoren tevens worden veroorzaakt door patiëntenpopulatie (Gezondheidsraad, 2013:12). Wanneer patiëntengroepen geen grote onderlinge verschillen tonen kan correctie plaatsvinden op de behandeluitkomst op basis van relevante kenmerken, dit wordt ook wel case mix correctie genoemd. Door case mix toe te passen kunnen instellingen die de zwaardere gevallen behandelen statistisch worden gecorrigeerd (Kindermans & Busato, 2015). Om vergelijking mogelijk te maken van de behandeluitkomsten moet

rekening worden gehouden met bepaalde kenmerken van de patiëntengroep van een instelling. Het verschil in behandeluitkomst tussen instellingen kan mogelijk worden verklaard door de patiëntengroep (SBG, 2016). Door case mix correctie of subgroepselectie toe te passen kan dit effect mogelijk worden beperkt. Met subgroepselectie is geen uitspraak mogelijk over de totale populatie, maar kan op basis van relevante identieke kenmerken een homogene subgroep worden geselecteerd (SBG, 2016).

De gegevens die binnenkomen bij de Stichting Benchmark ggz kunnen privacygevoelige informatie bevatten. De minister van VWS wil nader onderzoek laten doen over de wetgeving rondom de ROM gegevens vanwege de privacy gevoeligheid, omdat wordt gewerkt met persoonsgegevens. Het onderzoek is onlangs ingesteld door de Autoriteit Persoonsgegevens (Beurden, 2017).

Een belangrijke voorwaarden voor de werking van prestatiebekostiging is informatie waardoor vergelijking kan plaatsvinden tussen zorgaanbieders op basis van de kwaliteit van zorgprestaties. Een belangrijke oorzaak dat prestatiebekostiging tot op heden nog niet heeft geleid tot de gewenste beweging op de zorginkoopmarkt is het ontbreken van deze informatie. Afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders over financiële plafonds bij de zorgverlening door zorgaanbieders maken dat het huidige bekostigingsmodel nog karaktereigenschappen vertoont van budgetbekostiging (Algemene Rekenkamer, 2017).

6 Analyse

Dit hoofdstuk vormt als het ware een koppeling tussen de werkhypothesen die op basis van de theorie worden verondersteld en de opbrengst van de interviews met de respondenten. De werkhypothesen vormen de leidraad van dit hoofdstuk en worden één voor één behandeld. Voor dit onderzoek zijn respondenten benaderd door middel van strategische steekproeftrekking, waarbij de probleemstelling leidend was in plaats van het toeval. De respondenten bestaan uit:

- een viertal zorgaanbieders;
- een drietal verzekeraars;
- een tweetal onderzoekers.

Zoals eerder is aangegeven gaat dit onderzoek vooral over de inkoopmarkt waarbinnen zorgaanbieders en verzekeraars zich begeven. Het geringe aantal onderzoekseenheden is een kenmerk van de casestudy (Verschuren & Doorewaard, 2007). Het eerste interview heeft plaatsgevonden met een zorgaanbieder, voornamelijk in de verkennende sfeer. De overige interviews zijn diepte interviews, waarbij de zorgaanbieders en verzekeraars een vrijwel identieke vragenlijst is voorgelegd. Dit is een arbeidsintensieve manier van data verzamelen dat door middel van face-tot-face interviews op locatie heeft plaatsgevonden. Bij de verwerking van de semigestructureerde interviews is gebruikt gemaakt van de methode van axiaal coderen. Twee van de vier zorgaanbieders waarmee de interviews hebben plaatsgevonden behoren tot de top 10 van grootste ggz instellingen van Nederland, zowel in aantal cliënten als omzet, waaronder de nummer 1 (NVGZP, 2016). Daarnaast is gesproken met een drietal verzekeraars, die gezamenlijk een marktaandeel hebben van 48.3% van de totale markt (Zorgwijzer, 2017). Naast zorgaanbieders en verzekeraars hebben interviews plaatsgevonden met een tweetal onderzoekers van verschillende organisaties. Als aanvulling van het empirisch materiaal is gebruikt gemaakt van een bestaand interview¹ (Kindermans & Busato, 2015).

Na het formuleren van de kernelementen van dit onderzoek is het theoretisch kader uitgewerkt. Op basis van de theorie kunnen relaties worden verondersteld tussen de kernelementen en concepten van dit onderzoek. Vandaaruit zijn verbanden gelegd met andere theorieën binnen dit kader. De veronderstellingen zijn omgezet in werkhypothesen. In dit hoofdstuk worden de werkhypothesen als het ware getoetst aan de hand van het empirisch materiaal. De werkhypothesen kunnen aan de hand van het empirisch materiaal worden verworpen of niet verworpen.

¹ Zorgen over de zorg; interview met Edwin de Beurs en Maarten Erenstein van Stichting Benchmark ggz door Kindermans en Busato, 3 april 2015.

6.1 Werkhypothese 1

Naarmate er meer consequenties zijn als gevolg van prestatiemeting, wordt de weerstand groter bij de actor bij wie gemeten wordt

De Bruijn beschrijft verschillende functies die prestatiemeting kan bewerkstelligen namelijk; transparantie, leren, oordelen en afrekenen. Talbot voegt hier nog de functie van verantwoording aan toe. De mate van dwang loopt binnen deze functies op. Naarmate de sturingspretenties van prestatiemeting als hiërarchisch sturingsinstrument toenemen, zal de effectiviteit van prestatiemeting afnemen en wanneer organisaties niet te veel verschillen kan benchmark plaatsvinden, zo beschrijft de theorie.

Op de vraag welk doel wordt beoogd met prestatiemeting geven de respondenten veelal benchmark als antwoord. Eén van de drie zorgaanbieders geeft aan *„De zorgaanbieders willen graag op basis van kwaliteit worden beloond, iedere zorgaanbieder is ervan overtuigd dat hij de beste kwaliteit biedt”*. Met benchmark willen verzekeraars inzicht tussen zorgaanbieders bewerkstelligen. Zorgaanbieders geven aan dat ook het ziektebeeld van de patiënt kan worden gevolgd en belangrijk is om te meten zodat een behandeling eventueel stop kan worden gezet. De verzekeraars geven aan dat zij benchmark van belang achten en willen bewerkstelligen. Eén van de verzekeraars geeft daarbij aan dat het van belang wordt geacht dat de zorgaanbieders door prestatiemeting zelf inzicht krijgen in de positie binnen de benchmark zodat de instelling mogelijk zelf kan kijken of zij op onderdelen kan leren of hoger kunnen scoren. Wel geven de zorgaanbieders aan dat benchmark lastig is. Eén van de zorgaanbieders geeft daarover aan *„Je kan een hele andere populatie hebben aan cliënten, waardoor ... ggz instellingen volkomen onvergelijkbaar zijn onderling”*. Kritiek op de dataverzameling wordt ook geuit door psychiater Jim van Os, meerdere malen uitgeroepen tot psychiater van het jaar: hij noemt de SBG ‘een geldverslindend datakerkhof’ (Kindermans & Busato, 2015). Psycholoog en hoofd wetenschappelijk onderzoek Edwin de Beurs zegt daarover: *„Veel kritiek richt zich niet op onze doelstelling, wel op onze verméénde doelstelling – dat het ggz-veld op onze data wordt afgerekend. En er is kritiek op onze methodiek. En dat is werk in uitvoering, dat kan nog beter. Maar we hebben nu al veel betere informatie dan twee, drie jaar geleden”* (Kindermans & Busato, 2015).

Bij de vraag in hoeverre kwaliteitsindicatoren doorwerken in een hogere of lagere bekostiging wordt aangegeven dat dit momenteel nog niet het geval is. Alle verzekeraars geven aan dat wordt ingekocht naar eigen inzicht, waarbij één van de respondenten aangeeft *„ Je moet je natuurlijk wel indenken dat een aanbieder die hele goede resultaten laat zien, wat makkelijker bij ons contractonderhandelingen door gaat dan iemand die dat niet goed op orde heeft”*. Het issue is de

uitkomst van de meting zo geven de zorgaanbieders aan. Eén van de zorgaanbieders omschrijft het hoger of al dan niet lager bekostigen als het kip ei verhaal: „*Je zou willen dat de verzekeraar inderdaad betaald voor mensen waarvoor de zorg echt verbeterd is en waarbij je het aantoonbaar beter doet dan organisaties om je heen... ..als jij goed bent en goedkoop, de zorgverzekeraar zit er niet op te wachten om jou meer te gaan betalen voor goede zorg, omdat ze dan toch meer betalen*”. Eén van de drie verzekeraars is het daar mee eens, maar geeft daarbij aan „*Je zou beter presterende aanbieders willen belonen en minder goed presterende aanbieders minder willen belonen of niet willen belonen. Het probleem is alleen als je een niet goed functionerende aanbieder niet beloond, hoe gaat hij het dan beter maken?*”. Momenteel bestaan afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars veelal uit prijs (en volume) afspraken. Afrekening op prestaties, zoals prestatiebekostiging beoogd, vindt nog niet plaats. Toch is er sprake van weerstand in verband met de issue over de ROM. Ervan uitgaande dat wanneer sprake is van meer consequenties als gevolg van prestatiemeting, de weerstand toeneemt, kan deze stelling niet worden verworpen.

6.2 Werkhypothese 2

Naarmate een organisatie meer proces georiënteerd is, dan vormt dit een belemmering voor prestatiemeting

Vanuit de literatuur beschrijven De Bruijn en Hakvoort & Klaassen voorwaarden en belemmeringen bij prestatiemeting (zie tabel 1). De Werkhypotesen 3, 4 en 9 zijn tevens gebaseerd op basis van dit schema, zo ook deze werkhypothese, Werkhypothese 2. Op basis van dit schema is de werkhypothese geformuleerd, omdat vanuit de theorie kan worden verondersteld dat wanneer een organisatie product georiënteerd is, dit problematisch is voor prestatiemeting.

De zorgaanbieders geven aan dat het gaat over meervoudige producten en twee van de vier zorgaanbieders geven aan zowel naar producten als naar processen te kijken, waarbij één van hen aangeeft: „*We kijken naar beide. In de organisatie sturen we eigenlijk alleen maar op processen, maar we worden afgerekend op producten*”. De overige helft van de zorgaanbieders geeft aan dat meer oog is voor product, maar juist meer aandacht voor proces kan komen, waarbij één van de vier zorgaanbieders aangeeft: „*Moeten zeggen proces, maar in praktijk meer product*”. Een andere zorgaanbieder geeft tevens aan dat te weinig aandacht is voor proces: „*Nu wordt überhaupt nog niet gekeken naar de kant van de behandelaren*”. „*Dus ik kan best een goed product hebben geleverd, maar dat de uitkomst voor de cliënt ongunstig uitpakt*”. De verzekeraars geven aan dat het gaat om meervoudige producten. De instellingen zijn vooral proces georiënteerd volgens twee van de drie verzekeraars. Eén van hen geeft aan dat nog niet echt sprake is van een productbenadering: „*Met de*

voorlopers hebben wij het natuurlijk wel over dat soort dingen, maar dat zijn er een paar. De grote bulk, de middenmoot dat zijn de aanbieders, het is heel erg proces georiënteerd". „Het gaat helemaal niet over de feitelijke uitkomsten daarvan, maar het gaat er meer over gebruik je het en hoe gebruik je het?"

Binnen het veld geeft de meerderheid van de verzekeraars aan dat instellingen vooral procesgericht zijn. Terwijl de zorgaanbieders zelf aangeven dat zij kijken naar zowel product als proces en dat juist meer naar proces gekeken kan worden wanneer prestatiemeting plaatsvindt in plaats van dat verzekeraars alleen aandacht hebben voor de behandeluitkomst. De werkhypothese kan daarom worden verworden.

6.3 Werkhypothese 3

Als bekostigd wordt op basis van outcome, dan is een essentiële voorwaarde dat de causaliteit volledig is

In de literatuur over prestatiemeting beschrijven Hakvoort & Klaassen dat de causaliteit bij prestatiemeting niet altijd bekend is. Zo kan het voorkomen dat het resultaat van een product, slechts deels of niet kan worden toegeschreven aan de inspanning. Vaak zijn meerdere aspecten en maatschappelijke ontwikkelingen van invloed op de uitkomsten van beleid. De inspanning en uitkomst hebben niet altijd invloed op het beleid of de maatregel. Daarnaast kan vaak niet worden aangetoond in welke mate dit effect tot stand is gekomen door die inspanningen of in welke mate dit door invloeden van buitenaf komt. De outcome, het (maatschappelijk) effect, is tevens lastig meetbaar, omdat consequenties van een prestatie vaak pas na lange tijd zichtbaar zijn, zo beschrijft Korsten.

De antwoorden van zorgaanbieders over de causaliteit variëren van 'de causaliteit blijkt uit de huidige meting, maar er moeten nog stappen worden gemaakt' tot 'er is geen sprake van causaliteit'. Een kwart van de zorgaanbieders geeft aan dat de causaliteit duidelijk wordt door de delta t score, maar dat er zeker nog stappen moeten worden gemaakt. De delta t score is het verschil van de voor- en nameting van symptomen of functioneren van de cliënt. Aan de hand van vragenlijsten die door cliënten worden ingevuld voorafgaand aan, soms tijdens en na de behandeling, ontstaat een gemiddelde uitkomst. Deze uitkomst wordt de delta t score genoemd. Tevens geeft de zorgaanbieder aan dat de echte uitkomst pas blijkt wanneer een cliënt zelfstandig gaat leven en dat dan bijvoorbeeld een half jaar daarna nog een meting moet plaatsvinden, dan kun je kijken of de behandeling heeft geholpen. Ook geven zij aan dat cliënten met een bepaalde stoornis nauwelijks te

genezen zijn, maar dat stabiliteit van belang is. Een van de vier zorgaanbieders geeft aan: „ *Er zit een causaal verband in de hoeveelheid cliënten die we helpen, het aantal uren dat we aanbieden, het aantal bedden op basis van een combinatie van deze drie bepalen hoeveel geld we binnen krijgen*”. De helft van de zorgaanbieders, twee van de vier, beantwoorden de vraag of sprake is van causaliteit negatief, waarbij één van de twee zorgaanbieders geeft aan dat de causaliteit moeilijk is aan te tonen en de andere helft geeft aan dat: „... *er geen causale relatie is tussen levering van het product (de dienst) en het eindstadium van het product. Dus ik kan jou een goede behandeling geven, maar dit kan toch leiden tot minimale prestatie vanwege andere factoren die ook bij de ontvanger van het product spelen, de cliënt dus*”.

Twee van de drie verzekeraars geven aan dat de causaliteit onbekend is. Eén van deze twee verzekeraars geeft daarbij aan: ... *je hebt richtlijnen die zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies ... alleen hoe complexer een stoornis is, hoe moeilijker het is om op basis van richtlijnen te werken*”. Eén van de drie verzekeraars geeft aan dat de causaliteit deels bekend is, maar bekijkt dit vooral vanuit het perspectief van de verzekeraar: „...*wat wij willen is dat behandeling kosten efficiënt mogelijk is (goedkoop) en zoveel mogelijke gezondheidswinst*” ... „*Je moet altijd breed kijken, als iemand goedkoop is behandeld in de ggz, wil dat niet zeggen dat hij uit de kosten is. Dat zou suboptimaal zijn, wij kijken naar het totaal*”.

Het merendeel van de verzekeraars bekrachtigen inderdaad dat de causaliteit onbekend is. De zorgaanbieders zijn daar milder in, maar de helft van de zorgaanbieders, geeft aan dat de causaliteit aantonen lastig is. Zij geven aan dat van bepaalde behandelingen weliswaar is vastgesteld dat zij beter werken dan anderen gegeven een bepaald ziektebeeld. Toch kan de zorgaanbieder de juiste behandeling hebben uitgevoerd, maar kan het alsnog ongunstig uitpakken voor de cliënt. De respondenten die aangeven dat causaliteit deels of wel kan worden aangetoond is door de begin- en eindmeting die wordt uitgevoerd waarmee de vordering van de cliënt kan worden weergegeven. Op het moment dat beloning plaatsvindt op basis van de effecten, zal moeten kunnen worden aangetoond wat de input, output in relatie tot het effect hebben bijgedragen. Gezien de causaliteit tussen behandeling en resultaat lastig aantoonbaar is, is een uitspraak over de outcome een stap te ver. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.4 Werkhypothese 4

Als er sprake is van dynamiek op de zorgmarkt van de ggz dan is dat van negatieve invloed op prestatiemeting

Hakvoort & Klaassen geven aan dat een dynamische omgeving prestatiemeting kan bemoeilijken. De Bruijn geeft daarbij aan dat het toevoegen nieuwe producten en behoud van bestaande producten naast elkaar kan leiden tot een wildgroei van het aantal producten en prestatie-indicatoren, waardoor de functionaliteit van prestatiemeting afneemt. De Bruijn geeft aan dat hier een spanningsveld ontstaat, omdat de professional is gebaat bij een flexibel systeem van prestatiemeting, terwijl vanuit het beheersmatig en bestuurlijk oogpunt stabiliteit gewenst is. Mintzberg voegt daaraan toe dat de context van een prestatie-meetsysteem bepalend is voor het falen of het slagen ervan.

Of de omgeving stabiel of dynamisch is geven alle respondenten aan dat het dynamisch is. Eén van de drie zorgaanbieders zegt daarover: „*Aan de ene kant is er veel ontwikkeling op het gebied van technieken, zorgpaden en zorgprogramma's, ook echt andere inzichten hoe je ermee omgaat. Het is qua kosten is het nog steeds een groeiende sector, dat het maatschappelijke middelen zijn is dat politiek heel erg belangrijk*”. Eén van de andere zorgaanbieders zegt over de dynamiek: „*Ik denk dat we daar 80% van onze tijd mee bezig zijn*”... „*Door de marktwerking hebben we nu veel meer contractpartners en dat betekent veel meer verantwoording tussentijds afleggen*”. Daarbij wordt aangegeven dat wanneer wordt gekeken naar innovatie en ontwikkeling van bepaalde producten, zowel in de planning en control, de zorg en de financiële administratie, zoveel druk staat en tevens ontwikkeling wordt geremd. Eén andere van de drie zorgverzekeraars geeft aan dat prestatiemeting wellicht mogelijk kan zijn wanneer de ROM geen discussie meer oplevert. Eén van de drie verzekeraars geeft aan: „*Het is heel dynamisch je hebt continue discussie, eigenlijk de kern van de discussie waar we op dit moment in de ggz inzitten is dat het is ondergebracht in de Zorgverzekeringswet, deze zvw is op genezing gerichte verzekering, dus je hebt ziekte lasten en die brengen we terug, daar betalen we voor. De vraag is, dat als iemand in het proces ziek is en beter wordt, we kunnen vaststellen dat het gebeurt. Als dat ingewikkeld wordt dan heb je niks in deze financiering te zoeken...*”.

De respondenten zijn het er unaniem over eens dat sprake is van een dynamische omgeving. De politieke- en maatschappelijke ontwikkelingen spelen daarbij een rol, maar ook de discussies binnen het veld zorgen voor dynamiek en bemoeilijken prestatiemeting. Dynamiek heeft dus wel degelijk een negatieve invloed op prestatiemeting, daarom kan de werkhypothese niet worden verworpen.

6.5 Werkhypothese 5

Naarmate meer belemmeringen van prestatiemeting zijn, leidt prestatiemeting er toe dat perverse effecten optreden

De Bruijn beschrijft dat een systeem gebaat is bij stabiliteit. Wanneer continu nieuwe elementen worden toegevoegd aan het systeem wordt het te omvattend en neemt de toegankelijkheid van het systeem af waardoor de kans op strategisch gedrag juist toeneemt. Hoe meer het gedrag van de professionals wordt beïnvloed door de prestatiemeting, hoe groter de kans op pervers gedrag. Door De Bruijn wordt dit ook wel de Wet van de afnemende effectiviteit genoemd en door in't Veld wordt dit de Wet van de Beperkte Levensduur van Outputsystemen genoemd. Hakvoort en Klaassen geven aan dat wanneer wordt geschoven met de waardering van bepaalde waarden, de betekenis kan verschuiven van de indicator die met de waarde verbonden is. Korsten beschrijft perverse effecten die meestal onbedoeld en ongunstig zijn en dat prestatiemeting kan leiden tot strategisch gedrag, het versterken van de interne bureaucratie, het blokkeren van innovaties en het bestraffen van goed presteren.

Eén van de respondenten heeft onderzoek gedaan naar onbedoelde effecten bij de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve ggz. Daaruit bleek dat prestatiebekostiging leidde tot het langer doorbehandelen tot het volgende tarief is bereikt, waardoor sprake is van strategisch gedrag. Een andere zorgaanbieder beaamt dit. Zoals eerder is beschreven gaf één van de zorgaanbieders aan dat 80% van de tijd besteed wordt aan wat voortkomt uit de dynamiek. De zorgaanbieder geeft ook aan dat sprake is van interne bureaucratie: „ ... *wat de impact is in administratieve lastenverlichting die er in de praktijk niet is door al die nieuwe systematieken*”. Tevens is sprake van belemmering van innovaties zo beschrijft de zorgaanbieder daarover: „ ... *alles wat wij aanleveren daar staat zoveel druk op en die ontwikkeling wordt geremd*”. Een zorgaanbieder en een verzekeraar geven, zoals eerder beschreven, aan dat het lastig is om goed presteren te belonen, omdat de verzekeraar dan meer moet betalen, volgens de zorgaanbieder en de verzekeraar vraagt zich juist af hoe de zorgaanbieder met minder geld verbetering kan realiseren. Wanneer meer belemmeringen zich voordoen bij prestatiemeting leidt dit dus wel degelijk tot perverse effecten. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.6 Werkhypothese 6

Als de prestatie-indicator een goede weergave is van wat de organisatie voortbrengt, wordt het draagvlak bij diegene die de prestaties moet leveren vergroot

Hakvoort & Klaassen beschrijven prestatie-indicatoren als “*verhoudingsgetallen die aspecten in beeld brengen van datgene wat wordt geproduceerd of voortgebracht door de organisatie*”. Prestaties kunnen worden gemeten aan de hand van prestatie-indicatoren. Bij prestatiemeting wordt gekeken of de beoogde prestaties die een (overheids)organisatie getracht wordt te leveren, ook daadwerkelijk worden aangetroffen. Daarnaast wordt gekeken wat het aantal is en of het de juiste zijn, of het foutloos is gebeurd en of het klantvriendelijk en op tijd is gebeurd. Wanneer een norm voor prestaties ontbreekt kan deze worden geconstrueerd met benchmarking, door vergelijkbare organisaties met elkaar te vergelijken op basis van de prestaties en effecten, aldus Korsten.

Prestaties zijn van belang voor afzonderlijke organisaties (en het beleid ervan). Daarbij worden middelen aan activiteiten en prestaties gekoppeld. Tevens kunnen prestaties aan effecten van (het beleid van) organisaties worden gekoppeld. Verschillende organisaties kunnen verschillende definities of registratiemethode hanteren voor data. Daarnaast kan data onvolledig of incorrect zijn. Bouckaert geeft aan dat dit geen redenen moeten zijn om geen gebruik te maken van de data en informatie, die worden ingezet voor de besluitvorming, voor de inspanning om resultaten te waarderen voor de intensivering van de verantwoording. Door verantwoordelijkheid voor prestaties te definiëren wordt duidelijk aan wie verantwoording behoort te worden afgelegd over de prestaties. Met beschikbare prestatie-informatie kan beleid worden ontwikkeld op de aspecten efficiëntie, effectiviteit en zelfs ten aanzien van vertrouwen.

Binnen het veld zijn afspraken gemaakt over wat kwaliteit-indicatoren zijn. De uitkomsten van vragenlijsten welke door cliënten worden ingevuld worden nu vooral gehanteerd als kwaliteit-indicatoren. Vrijwel alle respondenten geven aan dat prestaties worden gemeten om te kijken hoe de behandeling van de patiënt verloopt. Daarnaast worden de ROM gegevens gebruikt voor benchmark. Ondanks dat het veld met elkaar de afspraak heeft gemaakt om gegevens aan te leveren aan de stichting benchmark ggz speelt toch de discussie of op basis van de aangeleverde gegevens wel benchmark mogelijk is. Een verzekeraar geeft aan dat de ROM een aantal jaar geleden is opgelegd door de verzekeraars aan de zorgaanbieders. „*In het begin hadden zij zoiets van wij moeten van de verzekeraars de ROM data gaan verzamelen en dan gaan zij het gebruiken als een stok om ons mee te slaan...*”. Tweederde van de verzekeraars geeft een dat zij het belangrijk vinden dat zorgaanbieders zelf leren van de benchmark en op basis daarvan zelf tot inzicht komen tot

verbetering. Zij vinden de inspanning van de instelling om te verbeteren belangrijk: „Hij ...[de zorgaanbieder]... ziet dat zijn delta t (uitkomst) lager is dan de markt, dan kan hij de discussie met ons aangaan. De beste manier om de discussie aan te gaan is wanneer iemand intrinsiek gemotiveerd is om het zelf te doen”. Eén van de verzekeraars gaat er vanuit dat de zorgaanbieders ook intrinsiek gemotiveerd zijn. Binnen de zorgaanbieders gaan zowel geluiden op als instellingen zijn lastig met elkaar te vergelijken vanwege diverse populatie, maar anderzijds gaan er ook geluiden op die de ROM prima vinden als indicator om mee te vergelijken. Tevens speelt momenteel de discussie rondom privacy bij de ROM gegevens: „Het probleem met de ROM is dat de levering aan de SBG is stilgezet, omdat de autoriteit persoonsgegevens heeft gezegd dat het onvoldoende privacy waarborgt...”, aldus een zorgaanbieder. Zolang er discussie binnen het veld is welke gegevens worden aangeleverd, met elkaar worden vergeleken en zolang het onduidelijk is welke consequenties hieraan hangen is dat van invloed op het draagvlak voor de betrokken partijen. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.7 Werkhypothese 7

Naarmate er meer interactie plaatsvindt tussen zorgaanbieders en verzekeraars dan groeit het vertrouwen tussen die partijen

De Bruijn beschrijft in de theorie over prestatiemeting dat de ‘kloof’ tussen de bestuurder en de professional groter wordt wanneer nauwelijks interactie plaatsvindt tussen de bestuurder en professional. Daarom is het van belang dat interactie plaatsvindt op bepaalde cruciale momenten in het proces van prestatiemeten. Interactie stimuleert dat zowel de bestuurder als de professional vertrouwen hebben in elkaar en in het systeem van prestatiemeting. Tevens kunnen bestuurders en professionals samen tot productdefinities en prestatie-indicatoren komen, wat voor beiden het draagvlak voor- en de functionaliteit van de meting vergroot. Naast De Bruijn stelt Pen dat de dialoog van belang is over prestatiecijfers die in relatie staan tot het werk van de professional, waarvan het lastig is de waarde en betekenis ervan in eenvoudige outputindicatoren te omvatten.

Een van de zorgaanbieders geeft aan met de verzekeraars een prima relatie te hebben: ... „wij hebben meestal wel 3 of 4 gesprekken per jaar met de verzekeraar aan tafel”. De zorgaanbieder beschrijft de relatie met een verzekeraar als speciaal vanwege de grote mate van wederzijdse afhankelijkheid. Een tweede zorgaanbieder geeft aan dat de relaties niet met iedere verzekeraar gelijk zijn: „Sommige zijn de relaties goed en open en met andere voer je echt stevige gesprekken”. De derde zorgaanbieder geeft aan dat er lange tijd discussie was met verzekeraars over prijzen en cijfers, maar toen daar duidelijkheid in kwam dit de relatie ook ten goede kwam. De zorgaanbieder

zegt daarover: „*Dat heeft ons wel geholpen dat zij hebben gezegd we hebben veel meer vertrouwen en ook een relatie met jullie gekregen, wat blijkbaar ook niet zo vanzelfsprekend is*”. Twee verzekeraars beschrijven de relatie wat zakelijker, waarbij de ene verzekeraar aangeeft het voornamelijk over prijzen te hebben en de ander geeft aan dat met vrijgevestigde niet echt sprake is van een relatie behalve contractueel. De derde verzekeraars geeft aan partnerships te hebben met grote aanbieders uit de regio: „*Zij weten precies wat zij van ons kunnen verwachten en vice versa. En met de aanbieders verder, wij zijn een regionale verzekeraar dus aanbieders verder in het land hebben we een veel meer zakelijke relatie mee*”. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.8 Werkhypothese 8

Als er weinig ruimte is voor dialoog tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de betekenis van de prestatiecijfers dan zal dit leiden tot strategisch gedrag
--

Volgens Pen kan het tot strategisch gedrag komen of tot perverse prikkels leiden wanneer weinig ruimte is voor dialoog over de betekenis van de prestatiecijfers en de waarde van de professionals. De Bruijn geeft aan dat het van belang is dat zowel naar producten als naar het proces waaruit deze producten voortvloeien, wordt gekeken.

Het veld heeft in 2010 afgesproken dat zorgaanbieders 40% van de ROM gegevens aanleveren bij de SBG. Toch kon er volgens een van de verzekeraars geen waarde oordeel aan worden gehangen: „*...omdat de aanbieders toen 40% van hun behandelingen bij de SBG moesten aanleveren, maar iedereen kon zelf bepalen welke 40% dat was. Dus dat betekent dat, de ene deed alleen maar eetstoornissen dus die leverde alleen maar eetstoornissen aan, maar er waren er ook bij die zeiden eetstoornissen doe ik wel, maar die geef ik niet door. Dan kun je niet heel de markt vergelijken*”. Dit is een vorm van strategisch gedrag.

Zoals hierboven reeds is aangegeven door een zorgverzekeraar hebben zij met de vrijgevestigde (individuele beroepsbeoefenaren) een puur contractuele relatie, waarbij sprake is van ‘tekenen bij het kruisje’. Eén van de zorgaanbieders beaamt dit. De zorgaanbieder en tevens een onderzoeker beschrijven het strategisch gedrag wat is geconstateerd bij vrijgevestigde: ... „*als je in een bepaalde minutencategorie zit en je zegt nog tegen de klant: „Hoe was het ook alweer in uw jeugd?” Dan ben je weer 5 minuten aan het praten en zit je net in een hogere minutencategorie waardoor je recht hebt op meer vergoeding*”. Gezien de contractuele relatie, waarbij geen ruimte is voor dialoog tussen de zorgaanbieders en verzekeraars en het voorkomen van het langer doorbehandelen door

vrijgevestigde kan de relatie worden gelegd tussen geen ruimte voor dialoog over prestatiecijfers en het voorkomen van strategisch gedrag. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.9 Werkhypothese 9

Naarmate inzicht in kwaliteit van prestatie hoger wordt, nemen de mogelijkheden om prestaties af te rekenen toe

Binnen de ggz wordt al jaren gewerkt aan het meetbaar en inzichtelijk maken van resultaten van kwaliteit van zorg, zodat deze kunnen worden gepubliceerd in de openbaarheid. Het openbaar maken van de indicatoren wordt over het algemeen gezien als de wijze om zorgkwaliteit te realiseren en zichtbaarheid te creëren. De uitkomstindicator is vooral van belang bij prestatiebekostiging en voor dit onderzoek. Indicatoren zijn vaak onderdeel van het kwaliteitsbeleid en kunnen relevante informatie bevatten over (de uitkomsten van) de zorgprocessen. Naast dat indicatoren worden gebruikt op het niveau van een instelling zelf kunnen deze ook worden gebruikt ter vergelijking met andere instellingen, benchmark. De nadruk komt steeds meer te liggen op het gebruik van indicatoren als verantwoording aan derden. Indicatoren bevatten informatie over bijvoorbeeld richtlijnen die kunnen worden teruggekoppeld en kunnen leiden tot herziening van een richtlijn of op een andere manier bijdragen aan kwaliteit van de zorg waar inzicht in eigen handelen een vereiste is. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor prestatiemeting en in de cont(r)acten met de verzekeraars en zorgaanbieders.

Een van de zorgaanbieders geeft aan dat wanneer de ROM uitkomst geen discussie meer geeft, daar op afgerekend zou willen worden. Voor de cqi-meting, een vragenlijst om cliëntervaringen in de zorg te meten, is dat lastiger: „*In de cqi-vraag heb je altijd hoe vaak wordt je aanbevolen dat is wel een belangrijke indicator, hoe vaak je wordt aanbevolen door je cliënten. Eigenlijk is het heel raar, want sommige mensen willen je helemaal niet aanbevelen, want zij willen niet geholpen worden*”. Het kan namelijk zijn dat je een tevreden klant hebt, maar daarvoor wel veel langer hebt moeten behandelen. Als de ROM eenduidig gedefinieerd zou zijn, het toepasbaar is in gesprekken en het gemeten wordt en tegen elkaar zou kunnen worden afgezet zou de aanbieder daar wel op willen worden afgerekend. Van de zorgaanbieders is tweederde het er mee eens dat kwaliteit in prestatie-indicatoren is uit te drukken. Eénderde vindt dat lastig: „*Kijk als je een nieuwe heup hebt, zijn vrij makkelijk kwaliteitsindicatoren te benoemen, want je kunt na zoveel dagen lopen etc. dat zijn dingen die je relatief makkelijk kunt meten. Binnen de ggz is dat anders, vaak ook omdat het veel meer in samenhang is met de andere leefgebieden*”.

Tweederde van de zorgaanbieders wil worden afgerekend op de ROM, een derde geeft daarbij aan dat meer oog moet zijn voor proces terwijl een verzekeraar juist aangeeft de procesindicator niet mee te nemen, maar geeft daarbij wel aan : „... *bij gebrek aan uitkomstindicatoren zitten we toch wel op de procesindicatoren*”. Alle drie de verzekeraars geven aan dat ze wat hebben aan data en dat deze beter is dan een aantal jaar geleden: „*We zitten inmiddels op een fatsoenlijke massa, in het begin was het nodig, nu is dat wel goed. Nu willen we meer dat instellingen het zelf gaan toepassen, we gaan niet namen en shamen*”. Toch geeft de verzekeraar tevens aan dat nog informatie over kwaliteit wordt verzameld. De verzekeraars geven aan dat momenteel nog geen sprake is van selectieve inkoop waarbij alleen bij de zorgaanbieders die het beste ‘scoren’ zorg wordt ingekocht. Eén van de verzekeraars geeft aan de ROM wel te bespreken, maar niet als doorslaggevend criteria te zien, een andere verzekeraar geeft aan dat er geen relatie is tussen kwaliteit en de omzetafspraken die met de zorgaanbieder worden gemaakt en tweederde van de zorgaanbieders geeft aan niet alleen van de hoogste scorende zorgaanbieders uit te gaan, maar juist een ondergrens te hanteren, waarbij zorgaanbieders die onvoldoende scores niet worden gecontracteerd: „*In onderhandelingen proberen wij dat beeld te geven van of je nou een 6,7 of 8 bent daar kunnen wij niet zoveel mee*” ... „*Wat wij wel kunnen is de 3en en 4en ertussenuit pikken*”. Tevens geeft één van hen met betrekking tot het contracteren aan: „*Wij relateren dat niet zoveel aan kwaliteit als zijnde het gebrek aan enige vorm van kwaliteit*”. Maarten Erenstein, directeur van de SBG geeft aan: „*Eenzijds wil je zo goed mogelijke data om kwaliteit van zorg te meten: klachten, functioneren, kwaliteit van leven, meten aan het eind van de behandeling en ook op langere termijn, bezien vanuit verschillende gezichtspunten: patiënt, behandelaar, onafhankelijke beoordelaar*”. ... „*Anderzijds moet het haalbaar blijven. Er zit spanning tussen haalbaarheid en validiteit van de data...*” (Kindermans & Busato, 2015:48).

Vrijwel alle respondenten geven aan dat prestatiebekostiging een mogelijkheid is, maar dat eerst nog een valide en betrouwbare basis en algemeen draagvlak voor de ROM moet worden gevonden. Op de vraag of de huidige indicatoren inzicht in kwaliteit blijkt geeft één van de drie verzekeraars dat er geen indicatoren waren om de ‘beste’ zorgaanbieders eruit te halen: „*De richtlijnen in de ggz zijn op dit moment in ontwikkeling, 45 gaan we er binnenkort krijgen. Dus je hebt niet echt een fundament op basis waartegen je indicatoren kan afzetten*”. De verzekeraar geeft aan met mensen uit de praktijk te bespreken hoe kwaliteit gedefinieerd kan worden en verschil kan maken, waarbij de antwoorden veelal gaan over proces- en structuurkenmerken. Een andere verzekeraar bekijkt het meer vanuit het perspectief van de verzekerde om op basis van kwaliteit de keuze voor de zorgaanbieder te maken: „*Dat is heel moeilijk voor de verzekerde, die informatie is niet zo makkelijk beschikbaar*”. Op basis van bovenstaande uitspraken blijkt dat er nog wat te winnen is wat inzicht in kwaliteit betreft, voordat

kan worden afgerekend op prestaties. Als duidelijke indicatoren kunnen worden vastgesteld, dan kan worden afgerekend op de indicatoren. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.10 Werkhypothese 10

Hoe groter de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, des te kleiner wordt het vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Volgens de principal agent theorie hebben de principal en de agent verschillende (tegenstrijdige) belangen en doelen en beschikken niet over volledige informatie over elkaars handelen. Deze onvolledige informatie wordt ook wel informatieasymmetrie genoemd. De agent weet bijvoorbeeld zelf of de prestaties maximaal zijn, maar de principal heeft hier onvoldoende zicht op. Er is dus sprake van onvolledige asymmetrische informatie. De theorie veronderstelt dat wanneer sprake is van onvolledige informatie beide partijen gaan voor eigen belang, aldus Hazeu. Door informatieasymmetrie is het lastig voor zowel verzekerden als verzekeraars om een schatting te maken wanneer een behandeling nodig is en wat de effectiviteit van de behandeling is. Door specialistische kennis en contact met de patiënt beschikt de zorgaanbieder over meer inzicht in de effectiviteit en noodzaak van een behandeling. Binnen de gezondheidszorg spelen deze problemen een centrale rol.

Een van de zorgaanbieders beschrijft de relatie als open, waarbij sprake is van wederzijds vertrouwen: „Je moet het samen doen, want je bent partner in de keten”. Maar dat de relatie vooral financieel gedreven is. De antwoorden van de respondenten op de vraag hoe de relatie is met de zorgaanbieder respectievelijk de verzekeraar omschrijven varieert van wisselend tot goed. Een andere zorgverzekeraar gaat een aantal keer per jaar om de tafel met de verzekeraars: „ Ze hebben transparantie, hechten we veel waarde aan”. De zorgaanbieder geeft aan een prima relatie te hebben met de verzekeraars, maar over de informatie uitwisseling geeft de zorgaanbieder aan: „Ik weet niet of we alle data delen, maar ze weten hoe wij in elkaar steken. Of je nou in de ziekenhuiswereld werkt of de ggz het is natuurlijk wel een markt en het zijn ook geen leuke onderhandelingen soms”. De zorgaanbieder geeft aan dat het voor de vrijgevestigde voornamelijk ‘tekenen bij het kruisje’ is. Dit wordt tevens aangegeven door een andere verzekeraar die de relatie aanduidt als contractueel. Tevens geeft deze zorgaanbieder aan dat zij afspraken hebben met verzekeraars waarbij de ene verzekeraar de zorgaanbieder redelijk vrij laat bij het kunnen aantonen van goede resultaten, terwijl de andere verzekeraar aangeeft hoeveel procent van de tijd of welke beroepsgroep mag worden ingezet bij een bepaalde behandeling. “Zij grijpen zo in in je bedrijfsvoering, dat maakt het moeilijk om alle afspraken te monitoren”. Een zorgaanbieder beschrijft

sommige relaties als goed en met anderen voeren zij stevige gesprekken. Over het algemeen is sprake van vertrouwen, zo geeft de zorgaanbieder aan. Wat betreft de informatieasymmetrie geeft de zorgaanbieder aan: „De ROM loopt via de SBG en verder is het heel moeilijk voor zorgaanbieders om jezelf goed te kunnen vergelijken met de andere zorgaanbieders. Dat is nog steeds een punt. Overigens is dat voor verzekeraars ook moeilijk, omdat gezien hoe de systematiek zoals die is je vaak pas na 2 jaar na afsluiten van een bepaald jaar enig beeld hebt wat de werkelijke kosten zijn geweest”. De zorgaanbieder geeft daarbij aan dat ziekenhuizen meer homogeen zijn dan ggz instellingen zowel wat de omvang als het aanbod betreft.

Eén van de drie verzekeraars geeft aan: „Vertrouwen in de ggz is een heikel punt. Ik heb zeker wel vertrouwen in het merendeel van onze zorgaanbieders”. „Wij hebben wel een echte partnership met de grote aanbieders in de regio. Die kennen we heel goed, spreken we vaak. Zij weten precies wat zij van ons kunnen verwachten en vice versa. En met de aanbieders ... verder in het land hebben we een veel meer zakelijke relatie mee”. Een tweede verzekeraar geeft aan dat relaties verbeteren niet alleen draait om op dagbasis afspraken te maken. De relatie heeft te maken met de mate van afhankelijkheid. De informatievoorziening wordt door de verzekeraar beschreven als: „Een black box”. Een andere verzekeraar geeft aan dat tijdens het contracteerproces hoofdzakelijk inhoudelijke factoren worden besproken als de kwaliteit van het aanbod, is het proces goed ingericht, vooral de input criteria waarbij de verzekeraar de aanneme doet dat de uitkomst daardoor ook goed zal zijn. Tevens wordt de ROM data besproken, maar is geen beslissende criteria. De instellingen worden door de verzekeraar onderling vergeleken, vooral op prijs, als blijkt dat een instelling duurder is dan een andere wordt het gesprek aangegaan. De verzekeraar geeft aan dat niet altijd hetzelfde belang wordt gedeeld, maar dat de afhankelijkheidspositie dusdanig groot is en dat de verzekeraars en de aanbieders er met elkaar uit dienen te komen, omdat ze niet zonder elkaar kunnen.

Naast het belang van informatie, speelt de afhankelijkheid een grote rol binnen de relatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars. De verzekeraars gaan in gesprek met grotere of regionale aanbieders, waarbij de relaties wisselend tot goed worden aangeduid, maar met de vrijgevestigde is sprake van een contractuele relatie, waarbij niet onderhandeld wordt. Ervan uitgaande dat de verzekeraars beschikken over informatie van de grote of regionale zorgaanbieders, waarmee de relatie over het algemeen wisselend tot goed is, kan worden verondersteld dat sprake is van een hogere mate van vertrouwen. Daarmee kan de werkhypothese niet worden verworpen.

6.11 Werkhypothese 11

Als met meerjarencontracten wordt gewerkt, dan duidt dat op een hoge mate van vertrouwen

Als sprake is van lange termijn relaties tussen de principal en de agent zullen zij in staat zijn om gedrag makkelijker te beoordelen. Wanneer sprake is van korte termijn relaties zal de informatieasymmetrie groter zijn waardoor contractovereenkomsten meer uitkomst bieden zo luidt de theorie volgens Eisenhardt. Binnen de principal en de agent relatie kan sprake zijn van verschillende doelstellingen nastreven, tegengestelde belangen en opportunistisch gedrag. Opportunistisch gedrag, ook wel strategisch gedrag genoemd, kan variëren van het verstrekken van selectieve informatie tot bedrog. Calculerend gedrag, argwaan en wantrouwen kunnen hiervan het gevolg zijn, aldus Hazeu.

Alle zorgaanbieders geven aan dat zij beschikken over meerjarenafspraken met één of meerdere verzekeraars. Eén derde van de zorgaanbieders geeft aan dat meerjarenafspraken mogen worden gemaakt, maar dat dit nog niet veel plaatsvindt. Daarnaast beschrijft de zorgaanbieder dat lopende ontwikkelingen daarbij een mogelijke belemmering vormen: *„Je mag meerjarenafspraken maken, dat gebeurt nog niet zo heel veel. Met ingang van 2018 insteken om dan toch meer voor elkaar te krijgen met verzekeraars. Het punt is dat in 2019 waarschijnlijk het financieringssysteem verandert. De vraag is of dat dan lukt”*. Eén van de drie zorgaanbieders geeft aan dat het bij twee verzekeraars meerjarenafspraken heeft, waarbij het initiatief voor het meerjarencontract kwam vanuit de verzekeraar: *„... want wij kunnen niet zonder jullie en jullie kunnen niet zonder ons”*. Wel geeft de zorgaanbieder aan dat zij een speciale relatie hebben met de verzekeraar met wie zij onder andere een meerjarencontract hebben. Over het meerjarencontract geeft de zorgaanbieder aan: *„...maar het is allemaal nog heel basaal, gewoon van de prijzen blijven twee jaar hetzelfde en nog niet echt heel veel andere dingen”*. Een derde van de zorgaanbieders heeft het in de meerjarenafspraken met zorgverzekeraars vooral over doelmatigheid en effectiviteit: *„Het wordt wel genoemd effectiviteit en cqi en ROM, maar er worden nog niet hele harde resultaten aan gekoppeld”*. Diezelfde zorgaanbieder geeft aan: *„We zijn ook aan het kijken naar een meerjarencontract. Onlangs spraken we een andere verzekeraar, die zijn weer bezig met een stukje inhoudelijk en tevens financieel gedreven, best practices. Zij hebben een aantal nieuwe ontwikkelingen gezien waarvan zij zeggen dat is echt goed. Dat willen ze dan met drie andere instellingen waarbij zij een goed gevoel hebben, willen zij dat ook oppakken”*. Eén van de drie verzekeraars geeft aan: *„Een van de dingen die wij wel gemerkt hebben die de relatie verbeteren is te proberen om niet zozeer op dagbasis afspraken te maken, of jaarbasis, grote instellingen hebben wij een afhankelijkheid van”*.

Twee van de drie zorgaanbieders geven aan dat sprake is van een 'positief gevoel' en een 'speciale' of 'uitstekende' relatie met de verzekeraars waarmee zij een meerjarencontract hebben of aan het ontwikkelen zijn. Ervan uitgaande dat een 'positief gevoel' en de 'speciale' of 'uitstekende' relatie duiden op een hoge mate van vertrouwen kan de werkhypothese niet worden verworpen.

6.12 Werkhypothese 12

Als niet kan worden bepaald wat het effect is van een behandeling, dan is dat een belemmering voor outputsturing

De bedoeling van prestatiebekostiging is dat zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van prestatieafspraken met zorgverzekeraars. Een belangrijk mechanisme hiervoor is het selectief inkopen van zorg. Hierbij kopen verzekeraars zorg in bij zorgaanbieders die de beste kwaliteit bieden tegen een redelijke prijs. Frank en McGuire geven aan dat binnen de ggz veel onzekerheid bestaat over de wijze van de behandeling en de diagnose. Dit maakt dat het voor zorgaanbieders lastig is om te duiden welke behandeling nodig is en hoeveel behandelingen nodig zijn. Daarnaast wordt dit bemoeilijkt vanwege het niet kunnen aantonen van de effectiviteit van de behandelingen. Daarnaast is sprake van verschillende waarden waarbij de verzekeraars belang hechten aan verantwoording en beheersing en de zorgaanbieders aan autonomie en professie (De Bruijn, 2001:91-92).

Twee van de drie zorgaanbieders geven aan dat het belangrijk is dat de administratie op orde is, omdat wordt gekeken naar de hoeveelheid geregistreerde metingen: „*Het is voornamelijk het aantal en niet de kwaliteit waarnaar gekeken wordt. Het is nu ook landelijk een discussie of we nou wel of niet iets met die ROM kunnen doen. Dat je daar nog geen bekostiging aan mag hangen, omdat het niet vergelijkbaar is*”. ... „*Het is veel meer het meten wat een issue is dan de uitkomst van de meting*”. Een van hen geeft aan: „*Het gaat erom of je voldoende, niet eens op de inhoud, maar de hoeveelheid ROM scores die je vastlegt*”. ... „*Dus dat is sowieso al een prikkel vanuit de zorgverzekeraars om je metingen en processen op orde te hebben, nog afgezien van de uitkomsten*”. Een andere zorgaanbieder zegt hierover: „*... ik kan hele goede zorg hebben geleverd, maar misschien verkeerd geregistreerd. Dan heb je niet voldaan aan de regel*”. „*... De stellingname is met een slechte administratie kun je goede zorg leveren, maar goede zorg met slechte administratie krijg je niet betaald, maar slechte zorg en goede administratie krijg je wel betaald, zo zit het systeem in elkaar*”. Eén van de drie zorgaanbieders geeft aan dat het voor zorgaanbieders onderling lastig is om zich met elkaar te vergelijken: „*Overigens is dat voor verzekeraars ook moeilijk, omdat gezien hoe de systematiek zoals die is je vaak pas na 2 jaar na afsluiten van een bepaald jaar enig beeld hebt wat de werkelijke kosten zijn geweest. Er zit wel veel verschil tussen de ggz instellingen als je kijkt naar*

ziekenhuizen, die zijn veel homogener als je die met elkaar vergelijkt. Maar als je kijkt naar de ggz instellingen dan zit er veel grotere verschillen in de omvang organisatie, maar ook in het aanbod in wat ze doen, sommige richten zich alleen op ambulante zorg of richten zich op een bepaalde groep, anderen zetten zich breed in”.

Binnen het veld is discussie over de ROM. Twee van de drie zorgverzekeraars geven aan dat het lastig is aan te tonen wat het effect is. Eén van de twee zorgverzekeraars zegt daarover: „ De reden waarom wij dat nog niet breed inzetten als meetinstrument, althans waarom we nog niet heel veel conclusies uit de ROM data ontlenu is omdat het waanzinnig complex is, meer om simpele conclusies te trekken is heel ingewikkeld”. De ander verzekeraar die tevens aangeeft dat het effect aantonen lastig is zegt daarover: „Op het moment dat je hele duidelijke prestaties hebt, waar over en weer de rechten en plichten helemaal duidelijk zijn dan kan je zeggen die prestatie vind ik zoveel geld waard”. „ ...Heldere producten helpen daarbij”. „Ik denk ook niet dat dat ooit zaligmakend zal zijn, zodat je daar 1 op 1 vergoeding op kan plakken”.

Eén derde van de verzekeraars geeft aan dat zorgaanbieders en verzekeraars elkaar in de kern wel kunnen vinden, maar dat beide partijen elkaar met de ROM zijn kwijt geraakt: „Dus de professionals hebben acceptatie voor ROM, maar dan op de manier hoe zij dat zouden willen doen. Dat conflicteert met de wijze waarop wij afgesproken hebben bij SBG en zo blijf je elkaar bezig houden”. „ ... Er is veel weerstand te overwinnen”. Omdat het binnen het veld nog discussie is over de uitkomsten en wat het effect is geweest vormt dit een belemmering voor outputsturing. De werkhypothese kan niet worden verworpen.

6.13 Werkhypothese 13

Als er een hoge mate van vertrouwen is tussen actoren, is er sprake van lage onzekerheid

Schut beschrijft een transparant en hanteerbaar dbc systeem (voor de registratie en declaratie van de dbc's) en goede prestatie-indicatoren als belangrijke randvoorwaarden voor effectieve marktwerking. Eshuis stelt dat als sprake is van vertrouwen tussen actoren, de onzekerheid vermindert.

Afgelopen jaren is gewerkt aan transparantie, stap voor stap komt steeds meer inzicht en informatie beschikbaar. Een verzekeraar geeft aan wat het veld heeft gedaan om het vertrouwen en de onzekerheid in te minderen: „We hebben met elkaar afgesproken, we hebben het benchmark instituut, de SBG, in het leven geroepen”. Er is meer informatie beschikbaar dan voorheen: „ ... twee

jaar geleden toen was eigenlijk die dataverzameling nog slechter dan nu". Toch geeft de verzekeraar tevens aan dat zij elkaar zijn kwijt geraakt in het 'ROMmen'. Ook is onduidelijk of zorgaanbieders niet te lang doorbehandelen: „Ze doen het begin en het einde ...[meten]... en ze bepalen zelf wanneer het einde is, maar het kan dat je dan helemaal in de afgevlakte curve zit. Eigenlijk had je misschien eerder kunnen stoppen".

Zoals eerder is beschreven variëren de antwoorden van de respondenten op de vraag hoe de relatie is met de zorgaanbieder respectievelijk de verzekeraar van wisselend tot goed. De onderbouwingen daarbij zijn bij werkhypothese 10 reeds behandeld, hier wordt een enkele onderbouwing nogmaals aangehaald. De zorgaanbieders geven alle drie aan dat over het algemeen wel sprake is van vertrouwen. Toch zijn er aspecten die voor onzekerheid zorgen. Eén van de drie zorgaanbieders geeft aan: *„Ik weet niet of we alle data delen, maar ze weten hoe wij in elkaar steken“*. Een andere zorgaanbieder geeft aan dat benchmark nog een lastig punt is. De derde zorgaanbieder geeft aan dat binnen de samenwerking de financiën een belangrijk onderwerp is. Tevens geeft de zorgaanbieder over de verzekeraar aan: *„Ze zeggen dat ze verschillende prijzen met verschillende instellingen hebben. Dus dat ze wel rekening houden met kwaliteit en situaties, maar wij weten dat niet“*.

Bij de verzekeraars variëren de antwoorden over het vertrouwen van wisselend tot 'in de meeste gevallen goed'. De verzekeraar die aangaf wisselend: *„Met sommige gaat het goed en met andere minder goed“*, geeft aan dat de informatievoorziening een 'black box' is die zij nog proberen te ontrafelen. Een andere verzekeraar geeft aan: *„Ja kijk, vertrouwen in de ggz is een heikel punt“*. *„Ik heb zeker wel vertrouwen in het merendeel van onze zorgaanbieders. Maar we zijn ook nog wel misleid door een klein groepje aanbieders“*.

Ondanks dat vrijwel alle respondenten, zowel de zorgaanbieders als de verzekeraars, aangeven dat er over het algemeen sprake is van vertrouwen en dat de relatie van wisselend tot 'in de meeste gevallen goed' wordt beschreven, speelt onzekerheid nog steeds een rol. Zowel over de relatie als de informatievoorziening. Andersom geldt voor de zorgaanbieders dat tevens over het algemeen sprake is van vertrouwen, maar dat er ook sprake is van onzekerheid. De werkhypothese kan worden verworpen, omdat ondanks dat de respondenten aangeven elkaar over het algemeen wel te vertrouwen, er toch sprake is van onzekerheid.

6.14 Resumé

Een aantal voorwaarden voor prestatiemeting van Tabel 1 zijn onder andere verwoord in werkhypothesen. De werkhypothesen duiden erop dat relaties lijken te bestaan tussen causaliteit, kwaliteit, en dynamiek en de belemmering van prestatiemeting. Deze werkhypothesen kunnen niet worden verworpen er is dus wel sprake van een relatie. De causaliteit ontbreekt en dat vormt een ernstige belemmering, inzicht in kwaliteit ontbreekt en dat vormt een ernstige belemmering, de dynamiek is heel groot en dat vorm tevens een ernstige belemmering. Zo ontstaat het beeld dat de curatieve ggz niet geschikt is om langs de lijn van producten, gekoppeld aan kwaliteit om daar op af te rekenen. Het zou meer een proces georiënteerde afrekening moeten zijn. Of in termen van aantallen behandelingen waarbij op een andere manier wordt afgerekend, waarbij zorgaanbieders behandelplannen maken met zoveel behandelingen van een bepaalde duur. Dat is outputsturing, maar geen effectsturing.

7 Conclusie

Aangekomen bij de conclusie wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Vormt het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg een belemmering voor prestatiebekostiging en welke mogelijkheden zijn er om dit te ondervangen?

Om te komen tot beantwoording van de hoofdvraag zijn deelvragen geformuleerd. De antwoorden op deze vragen dragen bij aan het antwoord op de hoofdvraag.

- I. Hoe ziet het zorgstelsel anno 2016/2017 eruit met gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging?
- II. Welk inzicht biedt de literatuur over prestatiemeting, kwaliteit en wederzijdse afhankelijkheid binnen relaties?
- III. Welke rol speelt het feitelijk inzicht in kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg bij het meten van afspraken ten aanzien van prestatiemeting?
- IV. Welke belemmeringen brengt de huidige manier van prestatiemeting met zich mee om te komen tot prestatiebekostiging?
- V. Hoe kan inzicht in kwaliteit worden verbeterd zodat prestatiebekostiging beter werkt?

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is gekozen voor een zorgstelsel met gereguleerde marktwerking. Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet zijn drie markten ontstaan, waaronder de zorginkoopmarkt. Binnen de zorginkoopmarkt beogen verzekeraars zorg in te kopen voor hun verzekerden voor een zo goed mogelijke prijs-kwaliteit verhouding. Het marktprincipe zorgt ervoor dat de verzekeraars niet verplicht zijn om met iedere zorgaanbieder een contract af te sluiten. Door deze regel hebben zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders baat bij een goede prijs-kwaliteitverhouding, wat moet leiden tot kwalitatief goede en doelmatige zorg. De regulering bevindt zich in de ingestelde (maximum)tarieven en de zorgplicht waarbij verzekeraars worden geacht voldoende zorg in te kopen, zodat verzekerden tijdig kwalitatief goede zorg ontvangen. Als gevolg hiervan werd een nieuw bekostigingsstelsel ingevoerd, waarbij de behandeling de basis vormt van de bekostiging, namelijk prestatiebekostiging. Daarbij worden verzekeraars geacht zorg in te kopen op basis van kwaliteit. Prestaties of effecten kunnen worden gemeten aan de hand van vooraf gedefinieerde prestatie-indicatoren. Daaruit moet blijken of de organisatie haar inspanningen heeft verricht, of de prestaties en effecten zijn behaald en wat de kosten hiervan zijn. Bij prestatiebekostiging spelen prestatiemeting en kwaliteit een belangrijke rol. Daarbij wordt gekeken naar de mate waarin vooraf gestelde eisen zijn behaald en wat de waarde(ring) van de klant hiervoor

is. In de praktijk is echter sprake van informatieasymmetrie, omdat zowel de zorgaanbieders als de verzekeraars onvoldoende inzicht hebben in elkaars gegevens. Er zijn meer gegevens beschikbaar dan een aantal jaar geleden, dat bijdraagt aan de transparantie in de zorg, maar alsnog vinden zorgaanbieders het lastig om te benchmarken en verzekeraars hebben pas twee jaar na dato inzicht in de kosten van een diagnose behandel combinatie.

Binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt de ROM-methodiek gehanteerd voor de systematische beoordeling van de voortgang van de cliënt, door het invullen van vragenlijsten vooraf, tijdens en na het behandeltraject. De cliënt-ervaringsindicator komt tot uitdrukking in de consumer quality index, dat is een vragenlijst waarbij de cliënt zijn oordeel mag geven over zijn ervaringen tijdens de behandeling en over de behandelaar. In de praktijk zijn contractafspraken het resultaat van onderhandelingen, waarbij afspraken worden gemaakt over prijs en volume. Wel kopen verzekeraars zorg in die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij zorgaanbieders die over een bepaalde minimumnorm van kwaliteit beschikken. Zorgaanbieders geven aan dat de ROM niet alles zegt over effectiviteit. Verzekeraars staan hier gematigder tegenover. De ROM-methodiek die nu als uitgangspunt wordt gebruikt bij de zorginkoop staat binnen het veld ter discussie. Zorgaanbieders hebben met meerdere verzekeraars te maken. Over het algemeen werd gesproken van een relatief goede relatie, waarbij in toenemende mate meer aandacht is voor het verhaal achter de cijfers. Tevens wordt gesproken over de mogelijkheid tot meerjarencontracten, maar de dynamiek en mogelijke nieuwe ontwikkelingen vormen hiervoor nog wel een belemmering.

Vormt het gebrek aan inzicht in kwaliteit een belemmering? Ja, dat vormt wel degelijk een belemmering. Prestatiebepaling kan mogelijk wel in termen van aantallen behandelingen van een bepaalde kwaliteit, maar niet op basis van de effecten die de behandeling heeft vanwege het ontbreken van de causaliteit en duidelijke kwaliteits-indicatoren. Eén van de mogelijkheden om dat te ondervangen is bijvoorbeeld duidelijke kwaliteitsindicatoren en een betere kwaliteitsmeting.

7.1 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek zijn aanbevelingen voor de minister van VWS tot stand gekomen. De minister van VWS is stelselverantwoordelijk. Het plan is om over te gaan tot outcomebepaling. De invoering van prestatiebepaling is een stap in die richting.

Het voornaamste advies aan de minister van VWS is wacht nog even met outcomebepaling. Of het binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg haalbaar is om tot outcomebepaling te komen is

de vraag. Geef het veld de tijd om eerst te komen tot prestatiebekostiging. Outcomebekostiging mag dan nog een brug te ver zijn, het veld is best welwillend om prestatiebekostiging verder te ontwikkelen. Draagvlak voor de ROM-methodiek staat momenteel ter discussie binnen het veld. Daarnaast zijn vele organisaties bezig om de administratie van de afgelopen jaren op orde te brengen. De partijen geven aan dat, ondanks bepaalde belemmeringen en verbeterpunten, er meer informatie beschikbaar is dan enkele jaren geleden en dat de invoering van een dergelijk bekostigingssysteem tijd kost. Daarnaast staan zowel de zorgaanbieders als de verzekeraars positief tegenover innovaties. Deze moeten wel worden getest. Bij positieve resultaten kan dit ertoe leiden dat verzekeraars minder willen betalen aan de zorgaanbieders. Hierin schuilt een prikkel tot het belemmeren van innovaties. Daarnaast zijn de afgelopen jaren zowel politieke- als maatschappelijke ontwikkelingen van invloed geweest op de curatieve ggz. De dynamiek die dit met zich mee brengt is niet bevorderlijk voor de werking van prestatiebekostiging.

Voor prestatiebekostiging is het van belang dat duidelijke kwaliteitsindicatoren worden benoemd. Wellicht kan het veld tot een set indicatoren komen waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt op welke indicatoren prestatiemeting plaatsvindt, waarop kan worden afgerekend en welke van belang zijn voor innovatie en ontwikkeling. Daarbij dient een kwaliteitsmeting te worden ontwikkeld die daarop aansluit. Duidelijke afspraken kunnen draagvlak creëren en het vertrouwen bevorderen tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

Het advies is om outcomebekostiging niet als ideaal te houden, maar te zorgen voor een zo goed mogelijk werkende prestatiebekostiging, waarbij afspraken kunnen worden gemaakt over aantallen en duidelijke kwaliteitsindicatoren kunnen worden benoemd. De causaliteit ontbreekt en het is de vraag in hoeverre dat wel mogelijk is om te realiseren in een sector waar met mensen wordt gewerkt die psychische klachten hebben, die veelal chronisch zijn.

De aanbevelingen luiden als volgt:

- Geef het veld de tijd en ruimte om eerst te komen tot prestatiebekostiging;
- laat het veld de ROM discussie tot een eind brengen;
- laat ruimte voor leren en innoveren;
- ontwikkel met het veld een set kwaliteitsindicatoren waarop bekostiging kan plaatsvinden;
- let op de context waarin de ggz zich bevindt, houdt outcomebekostiging daarbij niet als ideaal.

7.2 Reflectie

In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de bevindingen en op de methoden van dit onderzoek. In paragraaf 7.2.1 wordt de theorie gereflecteerd. Paragraaf 7.2.2 geeft reflectie op de methode van onderzoek en tot slot wordt in paragraaf 7.2.3 gereflecteerd op het advies.

7.2.1 Reflectie theorie

Voor dit onderzoek is veelal gebruik gemaakt van theorie over prestatiemeting van De Bruijn. Daarnaast is andere literatuur bestudeerd en zijn aanvullingen of inzichten van andere auteurs verwerkt. Toch blijft de rode draad van De Bruijn zichtbaar in de scriptie. Dit komt onder andere, omdat De Bruijn uitgebreide literatuur biedt over dit onderwerp. Daarbij wordt ingegaan op zowel de functies als de mogelijkheden en de perverse effecten van prestatiemeting.

7.2.2 Reflectie methode van onderzoek

Vanwege het vrij gesloten netwerk waarbinnen een relatief klein aantal partijen zich bevindt, was het lastig om respondenten te benaderen. Als aanvulling op de interviews is daarom gebruik gemaakt van een bestaand interview. Het nadeel hiervan is dat maar beperkt gebruik kan worden gemaakt van de antwoorden, omdat de vragen grotendeels niet overeenkomen met de vragenlijst van dit onderzoek. Een deel van de respondenten is landelijk actief, maar het grootste aantal respondenten is vooral actief in West en Zuid Nederland. Omdat dit onderzoek gaat om een casus die landelijk speelt wordt geen andere uitkomst van het onderzoek verwacht dan wanneer meer respondenten uit het Noorden of Oosten hadden bevroegd geweest. De respondenten zijn representatief voor de overige zorgaanbieders of verzekeraars. Vanwege de afbakening van dit onderzoek stond vooral de zorginkoopmarkt centraal, daarom bestaan de respondenten van dit onderzoek hoofdzakelijk uit zorgaanbieders en verzekeraars. Als aanvulling op dit onderzoek is het mogelijk dat verder wordt gekeken naar andere partijen binnen de curatieve ggz, zoals patiëntenverenigingen, koepelorganisaties van zorgaanbieders en verzekeraars of de SBG.

Voor dit onderzoek is gekozen om te werken met veronderstellingen die voortkomen vanuit de theorie, ook wel werkhypothesen genoemd. De werkhypothesen zijn gekoppeld aan de empirische gegevens. Hoewel het in dit onderzoek niet hoofdzakelijk ging om theorie toetsend onderzoek, kan vanuit de theorie wel een beeld worden gevormd wat verwacht kan worden. De casus van de curatieve ggz blijkt toch anders dan de somatische zorg, omdat sommige patiënten niet beter kunnen worden. De vraag is dan ook in hoeverre de ggz geschikt is voor prestatiebekostiging? Het heeft ook te maken met de wetgeving waar de curatieve ggz onder valt, daar is een bepaalde bekostiging aan gekoppeld.

7.2.3 Reflectie op aanbevelingen

De uitkomsten van de werkhypothesen en het advies brengt geen wereldschokkende veranderingen met zich mee. Het advies is vooral wees realistisch. Met het ontbreken van de causaliteit en duidelijke kwaliteit-indicatoren is het de vraag of outcome bekostiging wel haalbaar is. Momenteel wordt zorg vooral ingekocht op basis van een bepaalde basiskwaliteit en vooral prijs en volume afspraken. Er vindt nog geen bekostiging plaats op uitkomsten. De discussie binnen het veld over de ROM draagt niet bij aan de ontwikkeling van prestatiebekostiging danwel outcomebekostiging. Daarnaast is het veld in afwachting van de zaak rondom de privacygegevens. Laat dit onderzoek een moment van bezinning zijn, innovaties en nieuwe onderzoek inzichten daargelaten, om stabiliteit binnen het veld te creëren. Daarnaast is het de vraag of de context van de curatieve geestelijke gezondheidszorg zich leent voor een dergelijke bekostiging. Nader onderzoek kan dit mogelijk uitwijzen.

8 Bronnenlijst

- Algemene Rekenkamer (2013)^a. *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer
- Algemene Rekenkamer (2013)^b. *Transparantie over kwaliteit zorg nog niet voldoende*. Patiënten hebben nog te weinig zicht op de beste zorgaanbieder. Persbericht van 28 maart 2013. Internet [http://web.archive.org/web/20140723152459/http://rekenkamer.nl/Nieuws/Persberichten/2013/03/Transparantie_over_kwaliteit_zorg_nog_niet_voldoende] geraadpleegd 2 september 2016
- Algemene Rekenkamer (2017). *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer
- Beurden, P. (2017). *AP stelt onderzoek in naar Stichting Benchmark GGZ*. Internet [<https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2017/6/AP-stelt-onderzoek-in-naar-Stichting-Benchmark-GGZ/?intcmp=related-content>] geraadpleegd 15 juni 2017
- Bouckaert, G. (2006). Prestaties en prestatie management in de publieke sector. *Tijdschrift voor Economie en Management* Vol. LI, 3, 2006
- Bouckaert, G., en Dooren, van W. (2002). Performance Measurement: Getting Results, *Public Performance & Management Review* 25, 3, P. 329-335.
- Bouckaert, G., & Thijs, N. (2003). *Kwaliteit in de overheid. Een handboek voor kwaliteitsmanagement in de publieke sector o.b.v. een internationaal comparatieve studie*. Gent: Academia Press.
- Bruijn, de H. (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Lemma, Utrecht: 2001.
- Bruijn, de H. (2002). *Prestatiemeting: tussen politiek en professie*. CDV, nummer 3, maart 2002. Internet [http://pubnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/tijdschriftartikel/CDV/2002/CDV2002_03p09Bruijn/CDV_2002_03_p09_DeBruijn.pdf] geraadpleegd 6 september 2016
- Bruijn, de H. (2002^a). *Outputsturing in publieke organisaties. Over het gebruik van een product- en procesbenadering*. M&O: mei/juni 2002, nummer 3. P. 5-21
- Bruijn, de H. (2002^b). *Prestatiemeting in de publieke sector. Strategieën om perverse effecten te neutraliseren*. Bestuurswetenschappen, 2002, nr. 2, P. 139-160
- Budding (2014). *Management accounting & control: Management paradigma's binnen de publieke sector: zijn de dagen van npm dan nu echt voorbij?* MCA: december 2014, nummer 6
- Busch & Bovendeur (2008). *Wat is kwaliteit?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014, RIVM, Bilthoven. Internet [<http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>] Geraadpleegd 8 juni 2016
- CPB (2015). Douven, R., Zoutenbier, R. en Bijlsma, M. *'Betere zorg/betaalbare zorg' Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg*. CPB Policy Brief 2015/12

Eisenhardt, K. M. (1989). *Agency theory: An Assessment and review*. Academy of management review, 1989, Vol. 14. No. 1, 57-74

Eshuis, J. (2006). *Kostbaar vertrouwen. Een studie naar proceskosten en procesvertrouwen in beleid voor agrarisch natuurbeheer*. Proefschrift 17 oktober 2006, Wageningen. Internet [<http://library.wur.nl/WebQuery/wurpubs/fulltext/121848>] geraadpleegd 23 juni 2017

Geuijen, K. (2013). *Maatschappelijke meerwaarde creëren in publieke netwerken: Waartoe en hoe?* Internet [<http://www.aveum.nl/wp-content/uploads/2014/09/usbo-ikpob-brochure-Karin-Geuijen.pdf?>] geraadpleegd 5 september 2016

Gezondheidsraad (2013). *Publieke indicatoren voor kwaliteit in de curatieve zorg. De stand van de discussie*.

Hakvoort, J.L.M. en Klaassen, H.L. (2002). *Doelstellingen in de publieke sector. Nut of noodzaak?* M&O: November/December 2002, nummer 6

Hakvoort, J.L.M. & Klaassen, H.L. (2013). *Bedrijfsvoeringstechnieken voor overheid en non-profit organisaties*. Den Haag: SDU uitgevers

Hazeu, C.A. (2007). *Institutionele economie. Een optiek op organisatie- en sturingsvraagstukken*. Tweede herziene druk. Bussum: 2007

IOM, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press, 2001

Jansen, P. en De Waal, A. (2004). *Prestatiemanagement van betrokkenheid in de publieke sector. Gedrag & organisatie*, 17^e jaargang, december 2004, nr. 6

Kennisinstituut voor medisch specialisten (2013). *Handleiding indicatoren ontwikkeling – versie voor werkgroep leden*. Versie juni 2013. Internet [<http://kims orde.nl/assets/structured-files/Handleidingen/Handleiding%20indicatorenontwikkeling%20-%20versie%20werkgroepleden.pdf>] geraadpleegd 13 juni 2016

Kievit J. (2013). *Kwaliteit van zorg: over het “Wat?” en het “Hoe?”* Oratie uitgesproken door Prof.dr. J. Kievit bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van Kwaliteit van Zorg aan de Universiteit Leiden op vrijdag 14 juni 2013. Internet [<https://www.lumc.nl/sub/2050/att/1312170110435212.pdf>] geraadpleegd 13 juni 2016

KIGZ (z.d.). *Visie op kwaliteit en gezondheid*. Internet [<http://www.kigz.nl/over-kigz/visie-op-kwaliteit>] geraadpleegd 6 september 2016

Kindermans, G. & Busato, V. (2015). *Zorgen over de zorg; interview met Edwin de Beurs en Maarten Erenstein van Stichting Benchmark ggz*. Internet [https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2017/02/PSY1504_Interview-stichting-benchmark.pdf] geraadpleegd 15 juni 2017

Kleef, R., Schut, E. en Ven, van de W. (2014). *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Rotterdam: IBMG P. 16

Korsten, A.F.A. (2007). *Prestatiemanagement: doet management ertoe? Resultaten van organisaties of eenheden daarbinnen*. Internet [http://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Prestatiemanagement.pdf] geraadpleegd 24 oktober 2016

Korsten, A.F.A. (2011). *New public management*. Internet [http://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Nieuw%20overheidsmanagement.pdf] Geraadpleegd 12 mei 2016

KPMG Plexus (2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage september 2014*.

Lapr e, R., Rutten, F., Schut, E. (2001). *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen

L'Ortye, F. en Van der Tempel, A. (2011). *Benchmark: instrument voor efficiëntie bij gemeenten? Tijdschrift voor public governance audit & control*, december 2011 P. 18-23

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press, 1989

Mobach, M. (2009). *Een organisatie van vlees en steen*. Assen: Van Gorcum, 2009

Model kwaliteitsstatuut ggz (2016). Internet [https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf] geraadpleegd 30 oktober 2016

Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Coutinho, 2008

NVGZP (2016). *Jaarverslagenanalyse 2014 sectorrapport geestelijke gezondheidszorg*. Een analyse van de Financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie van zorgorganisaties actief in de GGZ. Internet [http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2016/01/Intrakoop-Jaarverslagenanalyse-2014-GGZ.pdf] geraadpleegd 4 juli 2017

NZa (2008). *Kwaliteit van zorg & marktwerking. Een overzicht van de economische literatuur*. Rein Halbersma. Mei 2008

NZa (2010). *Invoering prestatiebekostiging curatieve GGZ. Advies op hoofdlijnen*. Internet [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Advies_invoering_prestatiebekostiging_curatieve_GGZ.pdf] geraadpleegd 8 juni 2016

NZa (2011). *Implementatieplan prestatiebekostiging curatieve ggz*.

Nza (2015). *Marktscan ggz 2015. Deel A*. Internet [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2015_deel_A.pdf] geraadpleegd 19 oktober 2016

Nza (2016). *Marktscan ggz 2016*. Internet [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2016.pdf] geraadpleegd 21 juni 2017

NZa (z.d.). *Over de dbc systematiek*. Internet [<http://werkenmetdbcs.nza.nl/geestelijke-gezondheidszorg-artikelen/a-ggz-dbc-systematiek/over-de-dbc-systematiek-3/menu-ID-1448>] Geraadpleegd 11 mei 2016

Pen, M. (2011). *De paradox van de rigide prestatiemeting. Over de doorwerking van prestatiemeting in de omgeving van de academische professional*. M&O: Januari/Februari 2011, nummer 1

Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Open University Press, Maidenhead - Philadelphia, 2003

Pollitt, C. en Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: a Comparative Analysis*, 2nd ed, (Oxford University Press, Oxford)

Pomp, M. (2007). *Marktwerking in de zorg*. M&O nummer 2 maart/april 2007

RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg*. Den Haag: RGO, 1990

Rhodes, R.A.W. (1996). *The New Governance: Governing without Government*. Political studies. Volume 44, Issue 4. September 1996. P. 652–667

Rijksoverheid (z.d.). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Internet [https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg?utm_campaign=sea-t-gezondheid_en_zorg-a-wet_kwaliteit_klachten_en_geschillen_zorg-term=wkkgz&gclid=CM-Q5rLtgtACFUccGwodXssB4A] geraadpleegd 30 oktober 2016

SBG (2016). *Onderzoeksagenda Wetenschappelijke Raad*. Internet [<https://www.sbggz.nl/Benchmarken?contentitem=e7f263cc-6c13-49fe-ae7c-2a0e79daaafd>] geraadpleegd 23 juni 2017

SBG (2016^a). *Position paper*. Internet [<https://www.sbggz.nl/Over-SBG?contentitem=b49041b8-bb96-4d2a-abc6-56ac55f3ec25¶graph=14cc6e96-474e-4a3d-a365-b69077113168#Position-Paper>] geraadpleegd 23 juni 2017

SBG (2016^b). *Prestatie-indicatoren*. Internet [<https://www.sbggz.nl/Indicatoren?contentitem=8fe1ae8d-33a9-4a10-b37d-c11faedbc2d3>] geraadpleegd 23 juni 2016

Schut, E (2009). *Is marktwerking in de zorg doorgeschoten?* Internet [http://www.wbs.nl/system/files/schut_erik_is_de_markwerking_in_de_zorg_doorgeschoten_sd2009_7_8.pdf] geraadpleegd 11 augustus 2016

SER (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*. Internet [https://www.ser.nl/~media/db_adviezen/2010_2019/2012/toegankelijke-betalbare-zorg.ashx] geraadpleegd 22 augustus 2016

Stevens, J. (2017). *Zorgverzekeraar dwingt ggz-instelling medische data te delen*. Artikel van 14 februari 2017. *Follow the money*. Internet [<https://www.ftm.nl/artikelen/zorgverzekeraar-dwingt-ggz-instelling-medische-data-te-delen>] geraadpleegd 30 maart 2017

Talbot, C. (2005). Performance Management, in: Ferlie, E. e.a. (eds.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford, 2005, P. 491-521

Thiel, van S. en de Leeuw, F. (2005). De prestatieparadox in de publieke sector. *Beleidswetenschap*, 17-2, P. 123-43

Thiel, van S. & Leeuw, F. (2002). *Public Performance & Management Review*, Vol. 25 No. 3, Maart 2002 P. 267-281.

Thomas, P., (2004). *Performance Measurement, Reporting and Accountability: Recent Trends and Future Directions*, Public Policy Paper

Tijmstra, J. en Boeije, H. (2011). *Wetenschapsfilosofie in de context van de sociale wetenschappen*. Den Haag: Boom Lemma, 2011

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Boom onderwijs. P. 165-170

Verschuren P. en Doorewaard H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom Lemma

VWS (2015). *Brief minister VWS aan Tweede Kamer d.d. 2 maart 2015. Jaar van de transparantie*. Kenmerk 723160-133094-MC

VWS (2012). *Voorhangbrief inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve GGZ*. Kenmerk CZ/CGGZ-3101381

VWS en EZ (2005). Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Economische Zaken aan de Tweede Kamer d.d. 11 november 2005. *Herziening zorgstelsel*. Kenmerk 29689 nr. 35

WRR (1997). *Informatisering in de gezondheidszorg en toekomstverkenning*. Den Haag, februari 1997

Zichtbare Zorg GGZ/VZ (2013). *Kernset prestatie-indicatoren 2013*. Den Haag, 2013

Zorgwijzer (2017). *Welke verschillende zorgverzekeraars zijn er?* Internet [https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er] geraadpleegd 26 juni 2017

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1. Respondenten

In onderstaand schema staat een overzicht van de respondenten.

Organisatie	Functie
Ggz inGeest	Psycholoog
Ggz Delfland	Hoofd financiën en control
Ggz Westelijk Noord-Brabant (2)	Concerncontrol
DSW Zorgverzekeraar	Relatiebeheerder ggz
Centraal Plan Bureau / Instituut Beleid & management gezondheidszorg	Wetenschappelijk medewerker
Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving	Senior adviseur
CZ	Manager farmacie & GGZ
VGZ	Zorginkoper Curatieve GGZ
Parnassia	Accountmanager Verkoop

9.2 Bijlage 2. Vragenlijst respondenten

Interview

Dank voor uw tijd. Bezwaar opnemen?

Naam:

Functie:

Datum, tijd:

Organisatie:

Scriptie introductie kort

1. Kwaliteit

- *Wat verstaat u onder kwaliteit? Van de behandeling waaraan moet goede zorg voldoen?*
- *Volgens de theorie valt kwaliteit uiteen in cliënttevredenheidsindicatoren, effectiviteitsindicatoren en veiligheidsindicatoren. Hoe wordt de kwaliteit gemeten?*
- *Blijkt inzicht in kwaliteit uit de gehanteerde indicatoren en de huidige manier van meten?*
- *In hoeverre werken de kwaliteitsindicatoren door in een lagere of hogere bekostiging of het al dan niet meer contracteren?*

2. Prestatiemeting

De theorie zegt dat prestatiemeting mogelijk is wanneer aan de volgende aspecten wordt voldaan: ik leg u de punten voor kunt u aangeven wat van toepassing is op de ggz?

- *In hoeverre is hier wel of geen sprake van in de curatieve ggz?*

Prestatiemeting mogelijk	Belemmeringen Prestatiemeting
Een organisatie heeft producten	Een organisatie heeft plichten en is sterk waarde gebonden
Producten zijn enkelvoudig	Producten zijn meervoudig
Een organisatie is productgeoriënteerd	Een organisatie is procesgeoriënteerd
Autonome productie	Coproductie: producten komen in relatie met anderen tot stand
Producten staan op zichzelf	Producten zijn vervlochten
Causaliteiten zijn bekend	Causaliteiten zijn onbekend
Kwaliteit in prestatie-indicatoren te definiëren	Kwaliteit niet in prestatie-indicatoren te definiëren
Uniforme producten	Variëteit aan producten
Omgeving is stabiel	Omgeving is dynamisch

- Een organisatie heeft producten, een product is een dbc, of de organisatie heeft plichten en is sterk waarde gebonden?

- Zijn de producten enkelvoudig of meervoudig?

- Is de organisatie productgeoriënteerd of meer procesgeoriënteerd?

- Gaat het om autonome productie of coproductie, komen producten in relatie met anderen tot stand? - Staan de producten op zichzelf of zijn ze vervlochten met elkaar?

- Is de causaliteit bekend of onbekend? Tussen behandeling en resultaat?

- Kwaliteit is in prestatie-indicatoren te definiëren of kwaliteit is niet in prestatie-indicatoren te definiëren?

- Gaat het om uniforme producten of variëteit van producten?

- De omgeving is stabiel of de omgeving is dynamisch? (dynamiek zowel van het veld als van de politiek/beleid)

- (welk(e) doel(en) worden beoogd met prestatiemeting?

3. Prestatiebekostiging

- Kunt u vertellen hoe prestatiebekostiging nu werkt?

- Waar zou u als verzekeraar de zorgaanbieders op willen 'afrekenen' ? / Waar zou u als zorgaanbieder door verzekeraars op willen worden 'afgerekend'?

- Wat is nodig om tot inzicht in kwaliteit van de prestaties te komen ten behoeve van prestatiebekostiging?

- Wat is nog nodig om tot outcomebesteding te komen?

4. Relatie met zorgaanbieders/verzekeraars

- Hoe vindt het contracteerproces plaats? De verzekeraar wordt geacht de 'beste zorg' in te kopen, dus kwalitatief goede zorg, gebeurt dit ook zo? Zo niet op basis van wat wordt dan zorg ingekocht?

- Kunt u de relatie met de zorgaanbieder/verzekeraar omschrijven?

5. Mist u nog vragen? Wilt u nog iets kwijt?