

# Alle ogen op de ziekenhuizen gericht?

De effecten van openbaarheid van prestatiegegevens

**M. Brans, A.P.M. Giesbers & A.J. Meijer, 2008, Alle ogen op de ziekenhuizen gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens, *Bestuurswetenschappen*, Vol. 62, Nr. 2, pp. 32 – 52.**

## Samenvatting

De publicatie van prestatiegegevens over ziekenhuizen op websites beoogt stakeholders beter te informeren en de kwaliteit van ziekenhuizen te verbeteren. Worden deze doelen bereikt? Empirisch onderzoek toont aan dat deze informatie slechts in beperkte mate voorziet in de behoefte van *stakeholders* (zorgverzekeraars, huisartsen, patiëntenorganisaties). De publicatie heeft wel een positief effect op de kwaliteit van ziekenhuizen. Deze tegenstrijdige bevinding wordt toegeschreven aan de aard van de gegevens die openbaar worden gemaakt. *Stakeholders* hebben behoefte aan informatie over de *resultaten* van zorg, terwijl juist informatie over *processen* door ziekenhuizen kan worden gebruikt om hun kwaliteit te verbeteren.

## 1 Doelen van de publicatie van prestatiegegevens

Steeds vaker verschijnen er in de media publicaties waarin de prestaties van ziekenhuizen worden vergeleken. Het *Algemeen Dagblad* publiceert jaarlijks de 'Ziekenhuis Top 100', het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) toont op 'www.kiesbeter.nl' uitgebreide informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en ook de *Elsevier*, strategisch consultancybureau Roland Berger en de Consumentenbond publiceren soortgelijke prestatievergelijkende onderzoeken. Deze informatie dient om *stakeholders* te informeren en ziekenhuizen aan te zetten tot prestatieverbetering.

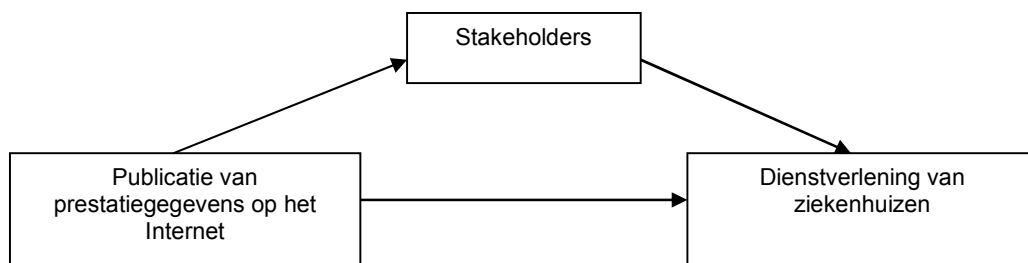
Het publiceren van prestatiegegevens vindt niet alleen in de gezondheidszorg plaats. Ook van andere sectoren binnen de publieke dienstverlening, zoals onderwijs en volkshuisvesting, verschijnen regelmatig publicaties over het presteren. De toenemende openbaarheid van prestatiegegevens van publieke dienstverleningsorganisaties past bij drie brede trends in de publieke sector (Meijer, 2006: 4). Ten eerste heeft de publieke sector meer autonomie gekregen om hun prestaties te vergroten doordat de overheid in het kader van deregulering steeds verder terugtreedt. Ten tweede is met de toegenomen autonomie ook de aansprakelijkheid voor de kwaliteit van de dienstverlening binnen de publieke sector toegenomen. Een derde verandering is de opkomende marktwerking binnen de publieke sector.

Deze brede trends zorgen voor een algemene toename van informatie over de prestaties van publieke dienstverleners. In de gezondheidszorg is de openbaarmaking van prestatiegegevens direct verbonden met het nieuwe zorgstelsel. Voor de gezondheidszorg heeft de Zorgverzekeringswet, die op 1 januari 2006 is ingevoerd, grote gevolgen gehad. Deze wet heeft bewerkstelligd dat de zorgconsument kan kiezen uit verschillende typen verzekeringen,

verschillende financieringsarrangementen en verschillende zorgaanbieders. Het doel van deze voorzieningen is het introduceren van meer concurrentie tussen verzekeringsmaatschappijen en tussen zorginstellingen en professionals en daarmee kwaliteitsverbetering van de zorg (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2004: 83). Een verantwoorde marktwerking in de zorg is echter alleen mogelijk wanneer *stakeholders* beschikken over goede informatie over de prestaties van ziekenhuizen (Meijer, 2004: 65).

In de vraag naar prestatiegegevens van publieke dienstverleningsorganisaties wordt op tal van manieren voorzien. Steeds vaker wordt hierbij gebruik gemaakt van het internet (Wierda, 2003: 36). Publicaties van prestatiegegevens op het internet hebben een grote reikwijdte. De laatste peilingen wijzen uit dat in Nederland in 2006 tweeëntachtig procent, van de populatie in de leeftijd van 12 tot 75 jaar, het internet frequent gebruikte (Centraal Bureau voor de Statistiek 2006). Het RIVM heeft de website KiesBeter opgezet en ook via de website van het *Algemeen Dagblad* kan informatie over de prestaties van ziekenhuizen worden gevonden.

Met het publiceren van prestatiegegevens worden twee doelen beoogd (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), 2007: 1). Enerzijds beogen deze publicaties *stakeholders* te informeren over de prestaties van ziekenhuizen en op deze manier ziekenhuizen verantwoording te laten afleggen aan deze *stakeholders*. Patiënten, zorgverzekeraars, huisartsen en patiëntenverenigingen spelen allemaal een belangrijke sturende rol in het nieuwe zorgstelsel. Openbare informatie over ziekenhuisprestaties stelt hen in staat deze rol adequaat in te vullen. Het publiceren van prestatiegegevens van ziekenhuizen heeft naast het informeren van *stakeholders* nog een ander doel, namelijk ziekenhuizen aanzetten tot het verbeteren van prestaties. Dit kan worden gerealiseerd doordat *stakeholders* op basis van de openbare informatie ziekenhuizen kritisch benaderen en aanzetten tot verbetering. Ook kan de openbaarmaking een directe stimulans vormen voor prestatieverbetering. In dit artikel wordt bekeken in hoeverre de gestelde doelen worden bereikt. Zijn *stakeholders* beter geïnformeerd doordat er websites zijn met informatie over de prestaties van ziekenhuizen? Zet de openbaarheid van hun prestaties ziekenhuizen ertoe aan beter te presteren? In figuur 1 staan deze vragen schematisch weergegeven.



**Figuur 1 Relatie tussen publicatie van gegevens en dienstverlening van ziekenhuizen**

De relaties in dit model zijn onderzocht door middel van twee deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek is het gebruik van de openbare informatie op Internet door *stakeholders*

onderzocht en in het tweede deelonderzoek zijn de effecten van openbaarheid van prestatiegegevens op ziekenhuizen geanalyseerd. Beide onderzoeken waren primair kwalitatief van aard en bestonden voornamelijk uit interviews maar er is ook kort kwantitatief onderzoek naar de effecten van de publicatie van prestatiegegevens verricht. Bij de bespreking van deze twee onderzoeken in dit artikel wordt de precieze dataverzameling gepresenteerd. Generalisatie van de bevindingen naar de gehele populatie is op basis van dit onderzoek niet mogelijk. Het doel van deze verkenning was het verkrijgen van inzicht in de mechanismen die een rol spelen in de relatie tussen publicatie van prestatiegegevens en dienstverlening door ziekenhuizen.

Op basis van dit verkennende onderzoek wordt een antwoord gegeven op de bovenstaande twee vragen over het informeren van *stakeholders* en de verbetering van de dienstverlening van ziekenhuizen. Dit antwoord is voorlopig want het stelsel is nog volop in beweging. Toch biedt een tussentijdse evaluatie waardevolle inzichten in de effecten van veranderingen: deze inzichten kunnen door beleidsmakers en betrokkenen worden gebruikt om bij te sturen. Voordat we de twee doelstellingen evalueren willen we eerst een helder beeld geven van de publicatie van prestatiegegevens van ziekenhuizen op internet.

## **2 Internetpublicaties**

Er bestaan veel verschillende websites die kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen publiceren. De bekendste zijn: [consumentenbond.nl](http://consumentenbond.nl), [elsevier.nl](http://elsevier.nl), [rolandberger.nl](http://rolandberger.nl), [independenr.nl](http://independenr.nl), [ziekenhuizen transparant.nl](http://ziekenhuizen transparant.nl), [AD.nl/ziekenhuistop100](http://AD.nl/ziekenhuistop100) en [KiesBeter.nl](http://KiesBeter.nl). Dit artikel beperkt zich tot [www.ad.nl/ziekenhuistop100](http://www.ad.nl/ziekenhuistop100) en [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl). Voor deze websites is gekozen omdat beide websites vrij toegankelijk zijn - de burger hoeft zich voor gebruik niet te registreren - en omdat er tussen deze websites een verschil bestaat qua initiatiefnemer: een private partij enerzijds en een overheidsorganisatie anderzijds. Voor het onderzoek hebben we een analyse uitgevoerd van de websites. Ter ondersteuning van deze analyse hebben we bij het *Algemeen Dagblad* kort gesproken met een medewerker van de redactie van de website. Bij het RIVM hebben we de verantwoordelijke voor het ziekenhuisgedeelte van [KiesBeter.nl](http://KiesBeter.nl) en een manager van de website geïnterviewd.

De 'Ziekenhuis Top 100' wordt jaarlijks door het *Algemeen Dagblad* gepubliceerd. Deze ranglijst wordt behalve in het dagblad ook op het internet gepubliceerd ([www.ad.nl/ziekenhuistop100](http://www.ad.nl/ziekenhuistop100)). De ranglijst op het internet is voor iedereen met een internetverbinding toegankelijk. Het uitgangspunt van deze publicatie is het aanbieden van service-informatie aan burgers. Als bron voor de ranglijst maakt het *Algemeen Dagblad* gebruik van de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het oordeel van patiënten zoals verzameld door Mediquest en [independenr.nl](http://independenr.nl). Het *Algemeen Dagblad* heeft vervolgens een puntensysteem vastgesteld om de gegevens uit de verschillende informatiebronnen om te zetten in een ranglijst, de 'Ziekenhuis Top 100'.

De website KiesBeter.nl is geïnitieerd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en wordt uitgevoerd door het RIVM. KiesBeter.nl helpt consumenten te kiezen voor de zorg die bij hen past. Dit kan zorg op allerlei gebieden zijn. Het uitgangspunt van de publicatie van prestatiegegevens op KiesBeter.nl is dat de patiënt zelf een oordeel kan vormen op basis van informatie die voor de individuele patiënt belangrijk is (RIVM, 2006: 9). KiesBeter maakt voor de totstandkoming van de informatie op de website gebruik van verschillende bronnen. Voor informatie over de kwaliteit van de dienstverlening van ziekenhuizen maakt het gebruik van de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De informatie over de prijs (het gaat hier dan om prijzen voor behandelingen waar geen vaste tarieven voor zijn afgesproken) wordt aangeleverd aan KiesBeter.nl door het College Tarieven Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit. Wachtijdinformatie is aangeleverd door het DBC Informatie Systeem. KiesBeter.nl hanteert geen puntensysteem en stelt ook geen ranglijst samen. Op deze website worden de prestaties per indicator per ziekenhuis weergegeven. Het is mogelijk deze onderling te vergelijken, maar KiesBeter.nl geeft geen waardering aan deze indicatoren.

Hoewel beide websites (toekomstige) patiënten keuze-informatie aanbieden, voeren zij dit op verschillende manieren uit. Over het algemeen kan gezegd worden dat het *Algemeen Dagblad* beperktere en subjectievere informatie aanbiedt dan KiesBeter.nl. Het *Algemeen Dagblad* geeft immers een waardering aan de indicatoren en biedt slechts voor een beperkt aantal indicatoren vergelijkingsmogelijkheden aan. Doel is aan te geven hoe goed de ziekenhuizen scoren wanneer ze met elkaar worden vergeleken. Wat is het beste ziekenhuis? KiesBeter komt niet tot een algemene waardering van ziekenhuizen, biedt juist informatie over de verschillende indicatoren en stelt gebruikers in staat deze met elkaar te vergelijken. De website is genuanceerder en leidt niet tot een algemene *ranking* van ziekenhuizen.

De website van het *Algemeen Dagblad* wordt beter bezocht dan [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl). Op de website van het Algemeen Dagblad is in 2006, 204.972 keer de sectie 'Ziekenhuis Top 100' aangeklikt. Het gaat hier dus om gemiddeld 17.081 keer per maand. Op [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl) komen gemiddeld 10.000 bezoekers per maand op het ziekenhuisgedeelte van de site. De ranglijst van het *Algemeen Dagblad* blijkt daarnaast, onder de geïnterviewden van de onderzoeken die de basis vormen voor dit artikel, een grotere bekendheid te hebben dan KiesBeter.nl. Het gaat hierbij echter niet zozeer om de publicatie op de website van het *Algemeen Dagblad* ([www.ad.nl/ziekenhuistop100](http://www.ad.nl/ziekenhuistop100)), als wel over de jaarlijkse publicatie in het dagblad.

### **3 Informatie voor de stakeholders**

In dit artikel willen we de openbaarmaking plaatsen in een breed perspectief op sturing in de gezondheidszorg. De brede trends die in de inleiding zijn genoemd - meer autonomie voor publieke dienstverleners, meer verantwoordelijkheid voor kwaliteit en meer marktwerking - hebben geleid tot een verandering in het denken over sturing van publieke dienstverlening. In een traditioneel model wordt de overheid als de centraal sturende actor gezien. Deze stelt eisen aan publieke dienstverleners en levert de financiering. In een modernere opvatting wordt benadrukt

dat sturing plaatsvindt in de interactie tussen publieke dienstverleners en diverse betrokkenen, tegenwoordig *stakeholders* genoemd.

Een organisatie moet een 'license to operate' (Mouwen, 2004: 85) hebben wil hij in het publieke domein kunnen functioneren. Er zal rekening gehouden moeten worden met maatschappelijke randvoorwaarden, percepties en verwachtingen. Publieke organisaties worden dan ook wel 'hybride' organisaties genoemd aangezien zij in hun functioneren mede afhankelijk zijn van de stakeholders is dit wel een adequate definitie van hybride organisaties? Daarbij denken we immers doorgaans aan de vermenging van taak- en marktorganisaties (Mouwen, 2004: 6). Deze *stakeholders* bevinden zich in de omgeving van de organisatie en staan in constante wisselwerking met de organisatie. Wanneer de omgeving van de organisatie verandert, levert dit voor de organisatie zowel nieuwe kansen als bedreigingen op. De omgeving waarin een organisatie opereert wordt ook wel getypeerd als een krachtenveld.

Het goed managen van een organisatie betekent dan ook, dat er niet alleen aandacht wordt besteed aan de organisatie zelf, maar ook aan de partijen die belang hebben bij het functioneren van de organisatie; de *stakeholders*. Profit-organisaties hebben als belangrijkste *stakeholders* de aandeelhouders. Aan deze stakeholder dient periodiek verplicht verantwoording afgelegd te worden. Een publieke dienstverlenende organisatie kent echter geen aandeelhouders, maar wel vele andere *stakeholders*. Aandeelhouders hebben zoals gezegd recht op verantwoording, voor *stakeholders* van een publieke organisatie is dit slechts een voorrecht (Kaler, 2003: 80). Hoe een organisatie omgaat met zijn stakeholders, heeft omgekeerd veel invloed op de manier waarop *stakeholders* omgaan met de organisatie en daarmee grote invloed op het succes van een organisatie. Walker & Marr (2001) stellen dat hoe beter het contact met de *stakeholders* is, hoe beter een organisatie functioneert. Ook de Algemene Rekenkamer benadrukt het belang van een dialoog met stakeholders. Zij stellen dat een organisatie die goed luistert naar zijn omgeving en verstandig opereert in het krachtenveld eerder zijn doelen bereikt, betere prestaties levert en op meer draagvlak kan rekenen (Algemene Rekenkamer, 2003: 7). Daarnaast benadrukken Walker & Marr (2001) de invloed die stakeholders op elkaar hebben. Zo hebben tevreden werknemers invloed op tevreden klanten en tevreden klanten invloed op andere externe *stakeholders*.

Ook een ziekenhuis bevindt zich in een complex krachtenveld van verschillende belanghebbenden. In de eerste plaats zijn naast de eigen werknemers de patiënten van groot belang voor de organisatie. Zonder een van beiden kan een zorgaanbieder niet bestaan. Daarnaast zijn er vele andere belanghebbende partijen, zoals de zorgverzekeraars, huisartsen, het ministerie van VWS en patiëntenbelangenbehartigers die ieder op hun eigen manier invloed proberen uit te oefenen op de dienstverlenende organisatie; in dit geval het ziekenhuis.

Een aantal jaren geleden hadden deze partijen alleen de jaarverslagen van de zorgaanbieders om inzicht te krijgen in prestaties. Deze verslagen boden echter maar weinig informatie, terwijl er onder de stakeholders wel een grote behoefte bestond, en nog steeds bestaat, aan informatie daarover. Het openbaar maken van prestatiegegevens wordt door deze stakeholders dan ook aangeduid als een goede ontwikkeling. De verwachting is dat *stakeholders* deze informatie ook

gaan gebruiken indien deze beschikbaar komt en dat hierdoor hun gedrag, en daarmee hun positie ten opzichte van de zorgaanbieder verandert.

Over het gebruik van de beschikbare informatie door andere *stakeholders* dan patiënten is weinig bekend. Daarom hebben wij onderzocht of de externe stakeholders van ziekenhuizen gebruik maken van de prestatiegegevens die op het internet worden gepubliceerd en welk effect deze gegevens hebben op de positie van de *stakeholders* ten opzichte van het ziekenhuis en ten opzichte van elkaar. Er is gesproken met medewerkers die betrokken waren bij de zorginkoop van twee verschillende zorgverzekeraars. Daarnaast werd er gesproken met drie verschillende patiëntenbelangenbehartigers op verschillende niveaus (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie: nationaal, Cliëntenbelang Utrecht: regionaal, Cliëntenraad ziekenhuis: lokaal). Tot slot werd er ook gesproken met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en met medewerkers van de website KiesBeter.nl.

Het door ons uitgevoerde onderzoek richt zich niet direct op het gebruik van de gegevens door de burger. Wij focussen daarentegen op de belangenbehartigers van de burgers, zoals patiënten- en cliëntenraden. Uit onderzoeken naar het gebruik van prestatiegegevens door de burger is gebleken dat patiënten zich nauwelijks laten leiden door gepubliceerde prestatiegegevens. Slechts een kleine minderheid van de patiënten maakt daadwerkelijk op basis van de prestatiegegevens op internet een keuze. Burgers blijken wel naar de informatie te kijken, maar verder in hun keuze de locatie van de dienstverlening en ervaringsverhalen van anderen mee te nemen (Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006).

#### **4 Gebruik van de informatie door *stakeholders*?**

Maken *stakeholders* gebruik van de prestatiegegevens van ziekenhuizen? Uit ons onderzoek is gebleken dat het gebruik van de prestatiegegevens en het effect dat deze gegevens hebben per *stakeholder* verschillen. Laten we eerst kijken naar de patiëntenorganisaties. Voor deze organisaties bleef de deur van ziekenhuizen lange tijd gesloten. Er was weinig contact tussen het ziekenhuis en de organisaties die de patiënten vertegenwoordigden. Tegenwoordig is dit anders. Patiëntenorganisaties treden op verschillende manieren in contact met de ziekenhuizen. Publicaties van prestatiegegevens worden bijvoorbeeld als aanknopingspunt gebruikt voor gesprekken ter verbetering van de dienstverlening aan de patiënt. Daarnaast is het contact met de andere *stakeholders* toegenomen, die steeds meer het belang zijn gaan inzien van de mening van de patiënt.

Ten tweede de zorgverzekeraars, de enige commerciële partij in het externe krachtenveld van een ziekenhuis. Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel dienen zorgverzekeraars met alle individuele ziekenhuizen contracten af te sluiten voor een bepaald gedeelte van de zorg. Sinds 1 januari 2006 is tien procent van de zorg vrij inkoopbaar. Hier valt voor de zorgverzekeraars veel voordeel te behalen. Gegevens over het functioneren van deze onderdelen van de dienstverlening zijn dan ook van groot belang. Tevens is kwaliteit onderwerp van gesprek

geworden tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben dus informatie nodig over de kwaliteit van ziekenhuizen. De benodigde informatie ontleen de zorgverzekeraars echter niet aan de websites van het AD en KiesBeter. Zij krijgen de indicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg direct aangeleverd van de ziekenhuizen en doen zelf onderzoek naar prestaties en kwaliteit van ziekenhuizen en naar klantenervaringen.

De laatste belangrijke *stakeholder* in het externe krachtenveld zijn de huisartsen. Deze geven aan geen behoefte te hebben aan informatie over het presteren van ziekenhuizen, aangezien zij voor bijvoorbeeld het doorverwijzen van patiënten vooral afgaan op eigen ervaringen. De betrouwbaarheid van de informatie op de websites van het Algemeen Dagblad en KiesBeter vinden zij niet hoog. Wel maken huisartsen gebruik van online wachtlijst-informatie. Het nieuwe zorgstelsel heeft geen invloed gehad op de positie van de huisartsen ten opzichte van het ziekenhuis. Opvallend is dat de huisartsen de enige *stakeholder* zijn die geen contacten hebben met andere partijen in het externe krachtenveld.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er de afgelopen anderhalf jaar vele veranderingen hebben plaats gevonden in het externe krachtenveld van een ziekenhuis. Deze veranderingen worden echter niet direct veroorzaakt doordat de stakeholders beschikken over meer informatie over het presteren van ziekenhuizen. Deze veranderingen zijn het gevolg zijn van de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Er is sprake van veranderingen in de positie die de *stakeholder* in neemt ten opzichte van het ziekenhuis en daarnaast in de posities die de *stakeholders* ten opzichte van elkaar innemen. De laatstgenoemde verandering is onder andere terug te zien in het toegenomen belang van de patiëntenorganisaties in het externe krachtenveld. De mening van de patiënt heeft aan belang gewonnen.

Informatie over het presteren van ziekenhuizen is er voor de *stakeholders* in overvloed. We hebben gewezen op het grote aanbod van verschillende informatiebronnen die, onder andere op internet, prestatiegegevens van ziekenhuizen publiceren. Zorgverzekeraars en huisartsen maken weinig gebruik van deze informatie, aangezien zij de informatie onbetrouwbaar vinden. Dit hangt samen met onder andere de grote onderlinge verschillen tussen de verschillende informatiebronnen. Een uitzondering hierop vormen de organisaties die de belangen van de patiënten en cliënten behartigen. Deze organisaties maken wel degelijk gebruik van de informatie. Op basis van deze informatie kunnen de patiënten en cliëntenorganisaties de ziekenhuizen aanspreken op hun functioneren en een helpende hand bieden bij het verbeteren van de dienstverlening. Hoewel voorheen voor deze organisaties de deur altijd gesloten bleef, worden zij nu om advies gevraagd. Niet alleen door de ziekenhuizen zelf, maar ook door bijvoorbeeld de zorgverzekeraars. Er worden momenteel proeven gedaan om patiënten- en cliëntenorganisaties te betrekken bij de zorginkoopgesprekken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Terwijl vroeger de deur voor deze organisaties gesloten bleef zitten ze nu met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder aan tafel.

We concluderen dat het eerste doel van de publicatie van prestatiegegevens, het bieden van informatie en het afleggen van verantwoording aan de *stakeholders*, momenteel beperkt wordt

bereikt. De grote hoeveelheid informatie over het presteren van ziekenhuizen heeft weinig invloed op de positie, ofwel het gedrag, van de *stakeholders* ten opzichte van het ziekenhuis. Net als patiënten maken huisartsen en zorgverzekeraars maar weinig gebruik van de informatie. De belangrijkste reden hiervoor is voor de huisartsen dat de gegevens als onbetrouwbaar worden gezien vanwege de grote onderlinge verschillen. Zorgverzekeraars hebben op andere manieren toegang tot voor hen relevante informatie. De patiënten- en cliëntenorganisaties vormen een uitzondering en maken wel gebruik van de openbare informatie. Zij gebruiken de prestatiegegevens soms op strategische wijze als aanknopingspunt voor een gesprek over kwaliteitsverbetering van ziekenhuizen. Alle *stakeholders* geven aan te willen beschikken over meer informatie over de *resultaten* van ziekenhuiszorg. De huidige websites bieden echter vooral informatie over *processen* en voorzien daarmee niet in deze informatiebehoefte. Daarover meer in de volgende paragraaf.

## **5 Prestatiemeting: gewenste en perverse effecten**

Een van de doelen van het publiceren van prestatiegegevens is het creëren van een externe prikkel tot interne kwaliteitsverbetering van de zorg. Daarbij zijn er twee wegen mogelijk waarop de publicaties van prestatiegegevens kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering (zie ook figuur 1). Ten eerste kunnen de publicaties *indirect* effect hebben op de kwaliteit van de dienstverlening door het gebruik daarvan door patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars bij het selecteren van een ziekenhuis. Ten tweede kunnen de publicaties een *direct* effect hebben op de ziekenhuizen. Zij zien immers hun prestaties vergeleken met die van andere ziekenhuizen en kunnen hierdoor geprikkeld worden de kwaliteit van hun dienstverlening te verbeteren.

Om de effecten van openbaarheid van prestatiegegevens op ziekenhuizen te duiden, dienen we deze te plaatsen in de discussie over de relatie tussen prestatiemeting en kwaliteitsverbetering. In het algemeen vallen daarover twee redeneringen te horen: prestatiemeting verbetert de kwaliteit versus prestatiemeting leidt tot ongewenste en perverse effecten. In de (bestuurswetenschappelijke) literatuur krijgen de ongewenste en perverse effecten meer aandacht maar men kan zich afvragen of dit komt doordat deze positieve effecten waarschijnlijker zijn of doordat sociale wetenschappers gericht zijn op het blootleggen van ongewenste effecten. We bespreken hier de argumenten voor en tegen openbaarmaking van prestatiegegevens.

Waarom zou openbaarmaking van prestatiegegevens leiden tot kwaliteitsverbetering? Algemene argumenten voor prestatiemeting zijn: prestatiemeting is een prikkel voor innovatie, belooft prestaties en verbetert de kwaliteit van besluitvorming (De Bruijn, 2001). Maar wat is dan de betekenis van openbaarmaking? De meest directe redenering is een marktredenering: op basis van informatie over kwaliteit kunnen consumenten betere keuzen maken ten aanzien van zorg. Consumenten kiezen voor kwaliteit en in reactie hierop zal de markt – in dit geval de ziekenhuizen – betere kwaliteit bieden. Er zijn echter ook aanvullende redeneringen. De prestaties kunnen verbeteren door een betere inbreng van kennis van *stakeholders* in de organisatie (Van Bijlert & Albeda, 2002). Ook kunnen de prestaties verbeteren doordat



medewerkers van publieke organisaties weten dat hun prestaties transparant zijn (Brin, 1998). 'Vreemde ogen dwingen,' hebben wij dat eerder genoemd (Meijer, 2004). Externe druk van stakeholders kan een proces van permanente kwaliteitsverbetering op gang houden en daarmee de efficiency vergroten.

Welke redenen zijn er om te denken dat openbaarmaking van kwaliteitsverbetering leidt tot ongewenste en perverse effecten? De meeste argumenten tegen gaan vooral in op prestatiemeting (zie De Bruijn, 2001 voor een overzicht) maar de redenering daarbij is dat openbaarmaking de perverse effecten van prestatiemeting versterkt. Ten eerste kan het inzichtelijk maken van prestaties leiden tot ritualisering. Organisaties proberen dan alleen hoog te scoren op de kengetallen om *stakeholders* tevreden te stellen. Power (1999) spreekt in dit geval over 'ontkoppeling': de kengetallen kunnen een voorstelling van zaken geven die weinig meer te doen heeft met wat er feitelijk gebeurt. Naast 'ontkoppeling' wijst Power (1999) op het risico van 'penetratie': kengetallen kunnen een perverterende werking hebben op de dienstverlening doordat men zich nog alleen richt op deze getallen. Men spreekt in dat geval van de 'performance paradox' (Van Thiel, 2000: 61; Leeuw, 2000: 157): indicatoren verliezen het vermogen om onderscheid te maken tussen effectieve en minder effectieve organisaties. Leeuw (2000: 159) geeft aan dat nadruk op klantvriendelijkheid ertoe kan leiden dat een product beter wordt 'verpakt' maar inhoudelijk niet beter wordt. Hiermee samen hangt wat Leeuw (2000: 157) een tunnelvisie noemt: een nadruk op relatief gemakkelijk meetbare output, die echter vaak niet de belangrijke doelen representeert. Samengevat: er kan sprake zijn van 'goal displacement': hoog scoren wordt meer gewaardeerd dan het oplossen van problemen (Leeuw: 2000: 158). Een laatste mogelijk negatief effect van openbaarmaking van prestatiegegevens voor de efficiency betreft de toenemende 'controle-kosten'. Publieke dienstverleners moeten steeds meer tijd en geld besteden aan het verzamelen en ontsluiten van informatie ten behoeve van controle. Deze tijd kunnen zij niet steken aan het verlenen van diensten.

Naast deze algemene discussie over openbaarheid van prestatiegegevens van dienstverleners, is er ook een specifieke discussie over ziekenhuizen. De argumenten zijn veelal afgeleid van de algemene discussie en wederom voeren de tegenstanders van openbaarmaking de boventoon. Verscheidene in het Medisch Weekblad waarschuwen voor nadelige effecten van openbaarheid en vinden dat de openbaarheid te ver doorschiet (Kievit, 2001; Van Everdingen, 2003). Van Everdingen (2003) geeft aan dat openbaarmaking initiatieven om kwaliteit te verbeteren negatief kan beïnvloeden omdat ziekenhuizen primair zouden kunnen gaan streven naar een hoge kwalificatie op gegevens die niet bedoeld zijn als kwaliteitsindicator. Geubbels (2002) voegt hieraan toe dat openbaarmaking de kwaliteit van informatie kan aantasten omdat zorgverleners terughoudend zullen zijn in het registreren van informatie over hun prestaties. Ook zij vreest dat ziekenhuizen zich zullen concentreren op een beperkt aantal openbare indicatoren terwijl de kwaliteit van andere, niet gemeten aspecten van zorg wellicht aandacht behoeft. Kievit (2001) geeft aan dat openbare rapportages kunnen leiden tot selectie aan de poort: moeilijke gevallen worden door ziekenhuizen en artsen eerder geweigerd dan makkelijke gevallen.

In debatten over de openbaarmaking van prestatiegegevens van ziekenhuizen wordt vaak verwezen naar de Verenigde Staten. Het bewijsmateriaal uit dit land is echter niet eenduidig. Uit sommige onderzoeken in de Verenigde Staten is gebleken dat artsen en ziekenhuizen, als gevolg van het openbaar maken van prestatiegegevens, risicomijdend gedrag gaan vertonen. Het publiceren van prestatiegegevens leidde in sommige gevallen zelfs tot hogere mortaliteitscijfers van ernstig zieke hartpatiënten doordat deze patiënten werden geweigerd voor operaties omdat ze de prestatiecijfers van de opererende chirurg omlaag kunnen drukken (Dranove e.a., 2003: 583). Van Everdingen (2003) geeft echter aan dat uit Amerikaanse studies blijkt dat deze openbaarmaking van prestatiecijfers vrijwel geen impact had op het gedrag van patiënten, verzekeraars en zorgverleners. Patiënten wisten zich geen raad met de gegevens door problemen met de toegankelijkheid van gegevens, het onvermogen deze te verwerken en het gebrek aan keuzemogelijkheden. Zorginkopers gebruiken de performance-gegevens nauwelijks om de beste zorgaanbieder te selecteren maar wel om zorgaanbieders aan te sporen om verbeteringen aan te brengen in de kwaliteit van de zorg (Groenewoud en Huijsman, 2003: 34). Op de zorgverleners had de openbaarheid geen invloed: zij stelden zich gereserveerd op, twijfelden aan de betrouwbaarheid en herkenden zich niet in de resultaten. De directies van ziekenhuizen ondernamen wel enige actie maar – zo geeft Van Everdingen (2003) aan – het is de vraag of zij een kwaliteitsverbetering voor ogen hadden of dat zij streefden naar een hogere kwalificatie op de lijstjes met best presenterende ziekenhuizen. Groenewoud en Huijsman (2003) zijn minder cynisch. Zij verwijzen naar Amerikaans onderzoek waaruit blijkt dat zorgaanbieders zelf met de gepubliceerde gegevens aan de slag gaan om de kwaliteit van de zorgprocessen en zorguitkomsten te verbeteren.

Hoewel de openbaarheid in de gezondheidszorg zowel in Nederland als in andere landen toeneemt, zijn er daarmee geen eenduidige aanwijzingen dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg. Op basis van een uitvoerige verkenning van de literatuur concluderen Groenewoud en Huijsman (2003: 94) dat, wanneer alle effecten in rekening worden genomen, moet worden geconcludeerd dat er zeer licht bewijs is voor effecten van publieke prestatie-informatie op de kwaliteit(sverbetering) van de zorg. Deze conclusie is echter niet gebaseerd op de laatste ontwikkelingen in Nederland waarbij de openbaarmaking sterk is toegenomen. Daarom is in ons onderzoek gekeken de effecten van recente initiatieven (Klachten Top 100 van het Algemeen Dagblad en Kies Beter van het RIVM).

## **6 Aanzet tot kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen?**

Leiden Kies Beter en de Klachten Top 100 tot een verbetering van de dienstverlening? Om antwoord te geven op deze vraag hebben wij een exploratief onderzoek naar deze relatie verricht in drie algemene ziekenhuizen. De selectie van deze ziekenhuizen heeft plaats gevonden op basis van de normering in de 'Ziekenhuis top 100' van het Algemeen Dagblad in 2006. Er is gekozen voor ziekenhuizen met een extreme positie in deze ranglijst. Ziekenhuizen A en B bevonden zich in 2006 op een hoge positie in de 'Ziekenhuis top 100' en ziekenhuis C bevond zich op een lage positie. Voor deze ziekenhuizen is gekozen omdat deze het meest waarschijnlijk

bezig zijn met de publicaties van prestatiegegevens. De ziekenhuizen met een hoge normering in de 'Ziekenhuis top 100' van het Algemeen Dagblad hebben zich mogelijk juist extra ingespannen om een hoge notering te krijgen. Ze zijn dus al beïnvloed door de openbaarmaking. Het ziekenhuis met een lage normering in deze ranglijst wordt door deze negatieve beoordeling het meest waarschijnlijk gemotiveerd om de dienstverlening te verbeteren. De verwachting is dan ook dat als het publiceren van prestatiegegevens van ziekenhuizen op het Internet een effect heeft op de dienstverlening van ziekenhuizen, dit bij de geselecteerde ziekenhuizen, het meest duidelijk zichtbaar is (most-likely-case). Deze casusselectie past bij een exploratief onderzoek.

In totaal is voor dit onderzoek gesproken met 12 respondenten binnen drie verschillende ziekenhuizen, waarvan drie artsen, drie verpleegkundigen, drie managers en drie stafmedewerkers betrokken bij het verzamelen van de prestatie-indicatoren. Van deze drie ziekenhuizen is tevens de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2003 en 2005 geanalyseerd. Ter oriëntatie en verdieping is gesproken met respondenten van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Uit ons onderzoek blijkt dat ook in Nederland de publicaties van prestatiegegevens binnen de ziekenhuizen een duidelijke rol spelen. Mede als gevolg van deze publicaties wordt in het beleid van de ziekenhuizen meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de dienstverlening. Daarbij moet wel in acht genomen worden dat deze publicaties niet de enige factor zijn, die deze tendens bevorderen. Zo heeft ook de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bevordert dat er binnen het management meer aandacht is ontstaan voor kwaliteit van de dienstverlening. Voorheen werd de kwaliteit van de dienstverlening door het management vaak als een 'black box' ervaren. Momenteel heeft het management hier, mede door de basisset van de inspectie, meer zicht op waardoor interne controle beter mogelijk is. De interne controle vanuit het management richt zich nu niet meer alleen op bedrijfsmatige onderwerpen, maar ook op kwaliteitsaspecten van de zorg.

De dienstverlening van ziekenhuizen kan worden geanalyseerd aan de hand van een drietal indicatoren, namelijk product, proces en systeem (Sociaal Cultureel Planbureau (2004: 145). De productkwaliteit betreft de mate waarin een behandeling een gezondheidsprobleem oplost. Een voorbeeld van een productindicator is 'Heropname hartfalen jonger dan 75 jaar'. De proceskwaliteit betreft de wijze waarop die behandeling wordt toegepast en de kwaliteit van de ingezette middelen. Procesindicatoren zijn bijvoorbeeld 'beschikbaarheid van elektronische gegevens op de verpleegafdeling' en 'deelname aan landelijke complicatieregistratie per specialisme'. De systeemkwaliteit betreft de wijze waarop de gezondheidszorg voldoet aan de vraag van de bevolking. Een voorbeeld van een systeemindicator is 'percentage afgezegde operaties'. In tabel 1 is per ziekenhuis, maar ook voor alle ziekenhuizen samen, aangegeven hoe de proces-, product- en systeemkwaliteit zich hebben ontwikkeld volgens de basisset prestatie-indicatoren tussen 2003 en 2005. Hierbij hebben de gegevens van de procesindicatoren de meeste waarde, aangezien hier veruit de meeste indicatoren voor beschikbaar waren.

Type indicator	Ontwikkeling van dienstverlening	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B	Ziekenhuis C
<i>Proces</i> (N=100)	Geen ontwikkeling	44 %	56 %	76 %
	Verbetering van kwaliteit	47 %	30 %	16 %
	Verslechtering van kwaliteit	3 %	4 %	3 %
	Meer gegevens aangeleverd	6 %	10 %	4 %
	Minder gegevens aangeleverd	0 %	0 %	0 %
<i>Product</i> (N=11)	Geen ontwikkeling	55 %	18 %	27%
	Verbetering van kwaliteit	18 %	18%	0 %
	Verslechtering van kwaliteit	27%	9%	18%
	Meer gegevens aangeleverd	0 %	55 %	36%
	Minder gegevens aangeleverd	0 %	0 %	18%
<i>Systeem</i> (N=3)	Geen ontwikkeling	0 %	0 %	0 %
	Verbetering van kwaliteit	33 %	33 %	33 %
	Verslechtering van kwaliteit	33 %	33 %	0 %
	Meer gegevens aangeleverd	33 %	33 %	67 %
	Minder gegevens aangeleverd	0 %	0 %	0 %

**Tabel 1 Ontwikkeling van de dienstverlening in ziekenhuis A, B en C (2003 – 2005)**

In tabel 1 wordt aangegeven hoe de kwaliteit van de dienstverlening van ziekenhuizen zich in de periode 2003-2005 heeft ontwikkeld. De percentages geven weer bij welk percentage van de onderzochte indicatoren geen ontwikkeling, een verbetering van de kwaliteit en een verslechtering van de kwaliteit heeft plaats gevonden. Ook geeft de tabel inzicht in de hoeveelheid gegevens die wordt aangeleverd door ziekenhuizen. De percentages geven aan bij welk hoeveel van de onderzochte indicatoren er meer of minder gegevens in 2005 zijn aangeleverd in vergelijking tot 2003.

Uit de tabel blijkt allereerst dat het aantal procesindicatoren veel groter is dan het aantal indicatoren op het gebied van product en systeem. Indicatoren voor de kwaliteit van producten en systemen zijn nog in ontwikkeling en de belangrijkste constatering op dit moment is dat de

aangeleverde gegevens toenemen. Dit houdt in dat deze ziekenhuizen in 2003 veel gegevens nog niet aanleverden, maar dat in 2005 wel hebben gedaan. Hoewel hiervoor dus geen ontwikkeling in de kwaliteit kan worden opgemerkt - er is immers geen vergelijking mogelijk - is het wel belangrijk te constateren dat er meer informatie beschikbaar is. Bij product valt een lichte verslechtering in de prestaties waar te nemen. Hier hebben we geen verklaring voor. Wel willen we opmerken dat hier, gezien het beperkte aantal indicatoren, weinig belang aan kan worden gehecht. Het aantal procesindicatoren is verreweg het grootst en het aantal indicatoren neemt nog toe. Bij de procesindicatoren is sprake van een duidelijke kwaliteitsverbetering. De scores van de ziekenhuizen B en C zijn licht verbeterd, terwijl de score van ziekenhuis A sterk is verbeterd.

De aandacht van het management van de door ons onderzochte ziekenhuizen richt zich vooral op de proceskwaliteit. Met gerichte acties probeert het management van de ziekenhuizen de prestaties te verbeteren. Tijdens de interviews zijn de volgende beleidsveranderingen genoemd:

- *Protocollering*; ziekenhuizen stellen steeds meer protocollen samen om de dienstverlening te coördineren. Voorbeelden hiervan zijn pijnprotocollen waarin wordt geregeld hoe pijn gemeten en bestreden dient te worden.
- *Extra middelen*; ziekenhuizen maken voor bepaalde gebieden extra middelen vrij om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is decubitespreventie waar onder andere extra matrassen voor worden aangeschaft.
- *Klantgerichte inrichting van het ziekenhuis*; ziekenhuizen richten hun organisatie steeds meer in op basis van klantwensen. Voorbeelden hiervan zijn heupstraten en liesbreukstraten.
- *Registratie*; ziekenhuizen registreren steeds meer en steeds beter. Dit maakt de zorg inzichtelijker voor onder andere het management. Een voorbeeld hiervan is complicatieregistratie. (hebben deze voorbeelden allemaal betrekking op procesindicatoren?)

Het gaat hier om een direct effect van de publicaties op het management van de ziekenhuizen. 'Wat je ziet is dat het feit dat de prestatiegegevens gepubliceerd worden *an sich* niet veel effect heeft in de zin dat er minder of meer patiënten komen, maar doordat het gepubliceerd wordt, wordt het intern serieuzer genomen,' aldus een van de geïnterviewde managers. Het management ziet de eigen prestaties vergeleken met die van andere ziekenhuizen en wordt daardoor geprikkeld om de dienstverlening te verbeteren. Daarbij bestaat er bij het management wellicht een 'angst' dat de verschillende stakeholders toch iets met de informatie in de publicaties zullen doen. Van dit laatste - een indirect effect van de publicaties - lijkt momenteel (nog) geen sprake te zijn.

Hoewel de publicaties van prestatiegegevens dus een duidelijk direct effect hebben op het management binnen ziekenhuizen, hechten artsen en verpleegkundigen er over het algemeen weinig waarde aan vanwege de indicatoren waarop deze zijn gebaseerd. Deze indicatoren zouden te vaag zijn, te vaak veranderen en niet de kwaliteit meten. 'We verzamelen die indicatoren puur voor de buitenwereld omdat die er waarde aan hecht', aldus een van de artsen. Alleen bij ziekenhuis A bieden de publicaties ook een prikkel tot kwaliteitsverbetering bij de

verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn hier als gevolg van de publicaties steeds meer zelf bezig met de kwaliteit van de dienstverlening. Opvallend is dat juist dit ziekenhuis het hoogst staat in de 'Ziekenhuis Top 100' van het *Algemeen Dagblad* en dit ziekenhuis tussen 2003 en 2005 de grootste proceskwaliteitsverbetering doormaakte volgens de basisset van de inspectie (zie tabel 1).

De duidelijke kritiek op de indicatoren heeft als gevolg dat de publicaties van prestatiegegevens over het algemeen geen direct effect hebben op artsen en verpleegkundigen. Voor hen vormen de publicaties geen externe prikkel tot interne kwaliteitsverbetering. Veranderingen in het beleid van ziekenhuizen als gevolg van de publicaties hebben echter ook invloed op de dienstverlening door de artsen en verpleegkundigen. 'Daar waar ik eerst nog in mijn eentje in een hokje zat om het allemaal te regelen, is nu iedereen enorm geïnteresseerd in wat ik doe,' aldus een van de geïnterviewde verpleegkundigen. De artsen hebben echter een veel onafhankelijker positie dan de verpleegkundigen. Binnen het ziekenhuis als 'professionele organisatie' hebben de artsen zowel organisatorisch als professioneel een sterk autonomie positie. Het management van een ziekenhuis wordt hierdoor beperkt in zijn coördinerend en aansturend vermogen ten aanzien van de artsen en de maatschappen waarin zij werkzaam zijn (Gastelaars, 2003: 155). Er zijn hierdoor verschillende artsen en maatschappen die weigeren mee te werken aan het beleid van het ziekenhuis gericht op kwaliteitsverbetering van de zorg.

Op dit moment lijken de publicaties van prestatiegegevens in Nederland geen ernstige perverse effecten tot gevolg te hebben. Alleen de administratieve werklast wordt op dit moment regelmatig genoemd als pervers effect van de publicaties. Kwaliteitsverslechtering als gevolg van de publicaties zou echter wel een risico voor de toekomst kunnen zijn. Wanneer de publicaties serieuze (financiële) gevolgen creëren, zoals het verlies van patiënten, is de kans op perverse effecten reëel. Een van de geïnterviewde artsen noemt het volgende voorbeeld. 'De zorgverzekeraar heeft de volgende indicator; welk percentage mensen heeft na een staaroperatie 100% zicht. Dat kan ik 100% maken als ik alleen maar jonge mensen neem met een heel klein beetje staar die verder niets hebben. Als ik een oudere heb met ernstige staar, die maar 10% ziet, daar kan ik het zicht nooit 100% maken. Maar als ik voor die persoon het zicht van 10% naar 40% kan brengen, dat maakt wel een heel verschil. Met 40% kun je je kleinkinderen zien, met 10% niet. Volgens de zorgverzekeraar zou ik dan echter een slechte dokter zijn. Als ik daar financieel op wordt afgerekend, dan zou ik misschien kunnen gaan zeggen, die oudere vrouw ga ik niet opereren.' Patiënten die moeilijk te behandelen zijn, zouden dan dus minder snel in aanmerking komen voor een behandeling, omdat dit de prestatiegegevens zou kunnen drukken. Het risico op perverse effecten is daarbij sterk afhankelijk van de kwaliteit van de indicatoren waarop de publicaties zijn gebaseerd. Indicatoren die de productkwaliteit van de dienstverlening bepalen, zoals mortaliteitsindicatoren, impliceren over het algemeen een groter risico op perverse effecten.

## **7 Salomonsoordeel?**

Uit dit (verkennde) empirisch onderzoek is gebleken dat de *stakeholders* van een ziekenhuis behoefte hebben aan informatie over het presteren van ziekenhuizen. Zij vinden de publicatie van prestatiegegevens dan ook een goede ontwikkeling. Momenteel maken zorgverzekeraars en huisartsen nog weinig gebruik van deze gegevens. De reden hiervoor is dat de gegevens als onbetrouwbaar worden gezien vanwege de grote onderlinge verschillen tussen de verschillende publicaties. Daarnaast is gebleken dat de kwaliteit van de dienstverlening binnen ziekenhuizen als gevolg van de openbaarheid van hun prestaties wel degelijk verbetert. Tot op heden hebben de publicaties voornamelijk effect op het management van ziekenhuizen. Zij zien hun prestaties vergeleken met die van andere ziekenhuizen en worden daardoor geprikkeld tot kwaliteitsbeleid.

Het is opvallend dat de publicaties van de prestatiegegevens op het internet intern een prikkel creëren voor kwaliteitsverbetering, maar dat de publicaties niet leiden tot het andere doel van de publicaties, namelijk: informatie voor en verantwoording aan de stakeholders (huisartsen, zorgverzekeraars, patiënten). Hiervoor is geen eenduidige reden te noemen, maar er is een aantal oorzaken dat hier aan bijdraagt.

Het feit dat de publicaties geen informatie voor en verantwoording aan de stakeholders creëren wordt veroorzaakt door het soort informatie dat wordt aangeboden. Zo biedt de 'Ziekenhuis Top 100' van het *Algemeen Dagblad* de *stakeholders* een ranglijst, terwijl deze zelf meer geïnteresseerd zijn in het functioneren van specifieke onderdelen van de dienstverlening. Voor KiesBeter.nl geldt ook dat de aangeboden informatie in beperkte mate aan de wensen van de *stakeholders* voldoet. Informatie waar de *stakeholders* wel geïnteresseerd in zijn is informatie over de productkwaliteit. Nu concentreert deze website zich op informatie over de kwaliteit van processen.

Behalve dat de *stakeholders* de informatie die momenteel wordt gepubliceerd niet relevant vinden, zetten zij tevens hun vraagtekens bij de betrouwbaarheid van de informatie. De stakeholders, maar ook de dienstverleners binnen ziekenhuizen, vinden de keuze-informatie op het internet niet betrouwbaar en misleidend. Opvallend is dat het ziekenhuismanagement toch waarde hecht aan informatie die door de *stakeholders* als niet betrouwbaar wordt gezien.

Het feit dat de gepubliceerde prestatiegegevens wel aanzetten tot interne verbetering kan worden verklaard door de publiciteit die de publicaties krijgen. Binnen de ziekenhuizen heeft de 'Ziekenhuis Top 100' vergeleken met KiesBeter.nl een veel grotere bekendheid. Dit komt onder andere doordat er aan de 'Ziekenhuis Top 100' veel meer media-aandacht wordt geschonken. Deze publicitaire aandacht voedt wellicht de 'angst' bij het management van ziekenhuizen dat *stakeholders* de prestatiegegevens toch zullen gebruiken om ziekenhuizen te selecteren of dat het hun reputatie beïnvloedt. Daarbij ziet het management natuurlijk de eigen prestaties vergeleken met die van andere ziekenhuizen en wordt daardoor geprikkeld tot beleid gericht op kwaliteitsverbetering.

Verwacht wordt dat de trend naar marktwerking, die door de invoering van het nieuwe zorgstelsel in de zorgsector zijn intrede heeft gedaan, de komende jaren zal doorzetten. Dit betekent dat ook

de behoefte aan informatie, om in het nieuwe zorgstelsel goede keuzes te kunnen maken, toeneemt. De *stakeholders* hebben behoefte aan meer en betere informatie. Onder betere informatie verstaan *stakeholders* over het algemeen betrouwbare informatie die is gebaseerd op de productkwaliteit van de dienstverlening. Met meer informatie wordt bedoeld dat er onder andere behoefte is aan informatie over de wijze waarop de patiënt de kwaliteit van de dienstverlening ervaart. Wanneer meer en betere informatie aangeboden zal worden, zullen de *stakeholders* hier ook meer gebruik van gaan maken in hun contacten met het ziekenhuis.

Ook binnen de ziekenhuizen is behoefte aan betere informatie, echter niet aan meer. De indicatoren die nu worden gebruikt bij de publicaties, worden binnen het ziekenhuis sterk bekritiseerd. De indicatoren zouden te veel door en voor de buitenwereld zijn opgesteld. Wanneer de indicatoren waarop de publicaties zich baseren meer zouden aansluiten op de wensen van artsen en verpleegkundigen, zouden deze intrinsiek gemotiveerd kunnen worden. Hierdoor zouden de publicaties een direct effect op deze dienstverleners kunnen creëren. Het kost de ziekenhuizen veel tijd en geld om voor alle indicatoren data te verzamelen. Binnen het ziekenhuis is men er dan ook geen voorstander van om nog meer indicatoren op te stellen, aangezien dit de administratieve lasten sterk zou verhogen.

Op basis van het onderzoek kunnen enkele richtlijnen worden gegeven bij de verdere openbaarmaking van prestatiegegevens. Een eerste principe hierbij is dat de prikkel tot kwaliteitsverbetering dient te worden versterkt. Daartoe dienen de gegevens beter aan te sluiten op de wensen van artsen en verpleegkundigen waardoor zij eerder intrinsiek gemotiveerd raken om de kwaliteit van hun dienstverlening te verbeteren. Ook zouden ziekenhuizen de externe indicatoren meer moeten inzetten voor interne sturing en verbetering door een bruikbare 'vertaling' te maken van deze externe maatstaven naar interne standaarden. Een tweede principe bij de verdere vormgeving van openbaarmaking van prestatiegegevens is het voorkomen van perverse effecten. Daarbij kunnen de volgende eisen worden genoemd:

- Ten eerste zullen de publicaties van prestatiegegevens van ziekenhuizen zich niet te veel op productindicatoren moeten richten maar meer op proces- en systeemindicatoren. Dit vermindert de kans op risicomijdend gedrag bij ziekenhuizen en artsen.
- Ten tweede moet bij de publicaties altijd voldoende ruimte zijn voor toelichting bij de prestatiegegevens. Verklaringen voor slechte prestaties, zoals een patiëntenpopulatie met een hoge risicofactor, moeten duidelijk worden aangegeven zodat *stakeholders* een gevoel krijgen voor de mate van validiteit en betrouwbaarheid van de informatie.
- Een derde eis is dat de indicatoren waarop de verschillende publicaties zich baseren zouden meer op elkaar afgestemd moeten zijn. Dit vermindert de administratieve last voor artsen en verpleegkundigen.

Ook binnen het ziekenhuis kunnen enkele stappen worden ondernomen om de perverse effecten van de publicaties van prestatiegegevens van ziekenhuizen tegen te gaan. Het beleid voor de dienstverlening moet breder ingericht worden dan enkel op de indicatoren die worden gebruikt bij



de publicaties. Het opstellen van een eigen kwaliteitsbeleid voorkomt dat ziekenhuizen teveel het accent leggen op direct (korte termijn) zichtbare resultaten.

Wanneer de publicaties meer door de *stakeholders* gebruikt worden en de dienstverleners binnen de ziekenhuizen de publicaties hoger waarderen, zal de invloed op de dienstverlening waarschijnlijk nog een stuk groter worden. Dit kan leiden tot een grote kwaliteitsverbetering binnen de zorg. Beide doelen van de openbaarmaking worden dan bereikt. De publicaties bevorderen dan enerzijds het informeren van en verantwoording afleggen aan *stakeholders*. Anderzijds vormen de publicaties dan een externe prikkel tot interne verbetering. De vraag is echter of deze doelen daadwerkelijk verenigbaar zijn. Immers, *stakeholders* hebben vooral behoefte aan informatie over de productkwaliteit van de dienstverlening. Het risico op perverse effecten is echter veel groter wanneer er productindicatoren, zoals mortaliteitsgegevens, worden gebruikt. Daarbij wordt het risico op perverse effecten tevens groter wanneer de *stakeholders* de informatie vaker gaan gebruiken in hun contacten met de ziekenhuizen en de ziekenhuizen als het ware worden 'afgerekend' op hun prestaties. In de toekomst zal moeten blijken of de doelen informeren over en verantwoording afleggen aan de *stakeholders* en een externe prikkel vormen voor interne kwaliteitsverbetering daadwerkelijk verenigbaar zijn. Misschien staan we uiteindelijk voor een Salomonsoordeel: ófwel beter geïnformeerde *stakeholders* ófwel betere kwaliteit van de dienstverlening in ziekenhuizen.

## Literatuur

Algemene Rekenkamer, *Verbreiding van publieke verantwoording. Ontwikkelingen in de maatschappelijke verslaglegging, kwaliteit zorg en governance*, Den Haag, 2003.

Bijlert, J.B.W. van & H.D. Albeda, *De transparantie doorzien. Op zoek naar de burger als adviseur*, Amsterdam, 2002.

Brin, D. *The Transparent Society*, Reading, 1998.

Bruin, H. de, *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*, Utrecht, 2001.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2006), 'Frequent internet users', bekeken op 25 januari 2007, <http://www.cbs.nl/en-gb/menu/methoden/toelichtingen/alfabet/f/frequent-internet-users.htm>

Dranove, D., D. Kessler, M. McClellan & M. Satterthwaite (is deze naam correct?), Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers, in: *Journal of Political Economy*, 2003, nr.3, p. 555-588.

Everdingen, J.J.E. van, Grenzen aan transparantie, *Medisch Contact*, Vol. 58, Nr. 1, 2003 (verkregen via de website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)).

Gastelaars, M., *'Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties.*, Amsterdam, 2003.

Geubbels, E. *Prevention of surgical site infections through surveillance*, Proefschrift Universiteit Utrecht, 2002.

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*, Den Haag, Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006.

Graaf, M.L. van der, *Marketing resultaten KiesBeter.nl eerste helft van 2006*, RIVM, 2006.

Groenewoud A.S. & R. Huijsman, *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*, Den Haag, 2003.

Kievit, J. Uit de doofpot, *Medisch Contact*, Vol. 56, Nr. 48 (verkregen via de website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)), 2001.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), *Prestatie indicatoren in de zorg: een hulpmiddel bij kwaliteitsverbetering*, 2007 (bekeken op 9 januari 2007, <http://www.cbo.nl/thema/folder20020822130331/article20030226124135>).

Leeuw, F.L., *Onbedoelde neveneffecten van outputsturing, controle en toezicht?* In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Aansprekend burgerschap*, Den Haag, 2000, pp. 151 – 171.

Meijer, A., *Vreemde ogen dwingen: de betekenis van internet voor maatschappelijke controle in de publieke sector*, Den Haag, 2004.

Meijer, A., *ICT's and stakeholder accountability. The use of transparency through the Internet as a policy instrument in education and healthcare in Massachusetts* (gegevens aanvullen)

Mouwen, C.A.M., *Strategische planning voor de moderne non-profitorganisatie*, Assen, 2004.

Power, M. 1999, *The Audit Society. Rituals of Verification*, Oxford, 1999.

Sociaal en Cultureel Planbureau, *Prestaties van de publieke sector: Een internationale vergelijking van onderwijs, gezondheidszorg, politie/justitie en openbaar bestuur*, Den Haag, 2004.

Thiel, S. van, *Quangocratization: trends, causes and consequences*, Proefschrift, Universiteit van Utrecht, 2000.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Bewijzen van goede dienstverlening*, Amsterdam, 2004.

Wierda, M., *Publiceren van prestatie indicatoren in de zorg: what's the use?*, Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2003.