



# Positieve ervaringen met pay for performance

## INLEIDING

**P**ay for performance (P4P) wordt (inter)nationaal veel gebruikt voor kwaliteitsverbetering. Het Engelse *Quality and outcomes Framework (QoF)*-system uit 2004 is het beste voorbeeld van beloning naar prestatie. Het bewijs van de impact op de huisartsenzorg is echter beperkt. Er is geen eenduidig antwoord op de vragen of P4P kosteneffectief is en in hoeverre P4P naast verbetering van het zorgproces ook werkelijk leidt tot verbeterde uitkomsten.

QoF bestaat uit 142 indicatoren en is goed voor maximaal 20% van de praktijkinkomsten. Ter vergelijking: in Nederland zijn er bijna 40 indicatoren voor 4 chronische aandoeningen die, wanneer ingekocht door een zorggroep, ongeveer 15% van de praktijkomzet genereren.

De onderzoekers willen inzicht krijgen in de langetermijn-ervaring van professionals met P4P en in hun zorgen daarover (zoals over professionele autonomie, hoeveelheid werk, ervaring met verantwoording).

## ONDERZOEK

**Methodie** De onderzoekers selecteerden professionals uit huisartsenpraktijken die deelnamen aan een pilot over nieuwe indicatoren. Zij hielden semi-gestructureerde interviews over drie thema's met de professionals die het meest waren betrokken bij P4P.

**Resultaten** Aan het onderzoek deden 47 gezondheidswerkers mee uit 23 Britse huisartsenpraktijken (respons 23/991). Zesentwintig van hen waren huisarts.

Wat betreft de impact op het werk in de huisartsvoorziening was de ruime meerderheid positief over de invoering van P4P, vooral omdat de gebruikte indicatoren evidence-based waren. De omvang (20% praktijkinkomsten door P4P) werd als positief ervaren, een kleinere omvang zou moeilijker implementeerbaar zijn. De respondenten waren ook positief over het structureren van de ritme en de positieve invloed op de jaarcyclus in de praktijk. Zij oordeelden echter negatief over veranderingen in de indicatoren en over onduidelijke communicatie daarover. Een tweejaarlijkse update, helder gecommuniceerd, had de voorkeur.

De meerderheid ervoer geen negatieve invloed op medische professionaliteit. Gebruikmaken van deskundigheid van collega's en verantwoording afleggen zagen velen juist als positief.

De tegenstelling tussen de belangen van huisartsen en die van patiënten werd ervaren bij het schrappen van (proces-)indicatoren, zoals het meten van de bloeddruk. Deze werden vervangen door *outcome*-indicatoren die relevanter waren voor de zorg en evidence-based waren (zoals de hoogte van de bloeddruk). Alhoewel driekwart van de respondenten dit passend vond, omschreef een kwart het als 'ontmoedigend' dat er indicatoren werden geschrapt. Zij wilden betaald blijven worden 'voor

het handhaven van de kwaliteit die je kent'. Het idee van micromanagement van 'boven', aangemoedigd door P4P-beloning, draagt mogelijk bij aan het gevoel van verminderde klinische autonomie en verlies van professionaliteit.

Soms werd het negatieve effect van de 'zwart-wit'-aard van de indicatoren (gezien als een onvermijdelijk gevolg van het evidence-based karakter) opgelost door eigen interpretaties die beter aansloten bij individuele patiënten (bijvoorbeeld bij depressie). Daarmee werden echter wel de verschillen in de zorg tussen verschillende praktijken weer bevorderd.

Wat betreft de doorontwikkeling vonden de respondenten dat P4P traditioneel het best past bij 'eenvoudige' taken, zoals het bereiken van doelen bij CVR-management. Er heerste echter ook een duidelijk gevoel dat in de toekomst prestatie-indicatoren uitdagend zouden moeten zijn voor het praktijkteam, zoals patiënteducatie en praktijkorganisatie. De respondenten noemden pilotervaringen met indicatoren rond reumatoïde artritis als goed voorbeeld. Tot slot noemden zij het noodzakelijk gezondheidswerkers tijdig te betrekken bij het doorontwikkelen en hierover helder te communiceren.

## INTERPRETATIE

Een belangrijke kanttekening bij dit onderzoek is de beperkte representativiteit van de respondenten, met als mogelijk gevolg positieve bias. De resultaten suggereren dat P4P nu als routine wordt ervaren in Engeland. Het evidence-based karakter van de indicatoren, de ervaren structurering van de zorg en het volume van de zorg (20%) worden gezien als sleutels tot succes. Een aandachtspunt is de door een minderheid ervaren negatieve invloed op een aantal aspecten van de medische professionaliteit, zoals verminderde klinische autonomie, meer externe controle en (politiek) micromanagement. Een ander minpunt is de mogelijkheid de eigen inkomsten te prioriteren (aanzienlijke minderheid van huisartsen).

Het is aannemelijk dat ook Nederlandse huisartsen ervaren dat ketenzorg bijdraagt aan het werken conform professionele standaarden en leidt tot beter gestructureerde, planbare en proactieve zorg. Zij merken mogelijk ook dat de bedreigingen voor professionele autonomie beperkt zijn, alhoewel hiervoor aandacht dient te blijven om een optimaal resultaat in de patiëntenzorg te bereiken.

In Nederland moeten we doorgaan met het opstellen van wetenschappelijk goed onderbouwde indicatoren, waarbij we zorgverleners actief betrekken, indicatoren niet te vaak wijzigen en hierover helder en tijdig communiceren. Een volume van 15-20% ketenzorg, zoals afgesproken in het eerstelijnszorgakkoord, lijkt optimaal om deze zorg ook goed te kunnen implementeren. ■

## LITERATUUR

- 1 Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *Br J Gen Pract* 2013;63:e408-15.