

CPB Document

No 164

Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg

Kansen en dilemma's

Michiel Bijlsma en Marc Pomp

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

Telefoon (070) 338 33 80
Telefax (070) 338 33 50
Internet www.cpb.nl

ISBN 978-90-5833-363-6

Korte samenvatting

Borging van de kwaliteit van ziekenhuiszorg is belangrijk. Momenteel loopt deze borging in Nederland via de beroepsgroepen, zoals specialisten zelf, en via (directe) kwaliteitsregulering door de Inspectie van de Gezondheidszorg. In het nieuwe zorgstelsel speelt daarnaast concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen in toenemende mate een rol bij kwaliteitsborging. Kwaliteitstransparantie is een noodzakelijke voorwaarde voor concurrentie op kwaliteit. Kwaliteitstransparantie kan echter ook ongewenste effecten hebben als ziekenhuizen kwaliteitsindicatoren proberen te manipuleren of sturen op een beperkte subset van indicatoren. Dit document gaat in op enkele openstaande vragen rondom kwaliteitstransparantie. Zullen de spelers in het veld, zoals verzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden en patiënten, gebruik maken van kwaliteitsinformatie? Kent kwaliteitstransparantie mogelijk ook nadelen? Dient de overheid het verstrekken van de benodigde kwaliteitsgegevens verplicht op te leggen aan aanbieders?

Steekwoorden: Gezondheidszorg, kwaliteit, concurrentie

Abstract

Safeguarding the quality of health care is important. In the Netherlands, currently health care professionals themselves provide this safeguard, as well as direct regulation of quality provided by the Health Care Inspectorate. In the new health care system, quality competition between hospitals will play an additional and growing role. Quality competition requires transparency of quality. However, this transparency can also have unwanted consequences, if hospitals try to manipulate these indicators, or base allocation decisions on a limited subset of indicators. This document addresses several open questions regarding transparency of health care quality. Will players in the health care markets, such as insurers, health care providers, policyholders and patients, use the information on quality? Are there disadvantages to transparency of health care quality? Should the government oblige health care providers to provide the necessary data on quality?

Key words: Health care, quality, competition

A comprehensive summary is available from www.cpb.nl.

Inhoud

Ten geleide	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	15
2 Kwaliteitsborging	19
2.1 Wat is de kwaliteit van zorg?	19
2.2 Wat kunnen we zeggen over optimale kwaliteit?	20
2.3 Het meten en aggregeren van kwaliteitsindicatoren	21
2.4 Methoden om kwaliteit te borgen	26
3 Concurrentie op kwaliteit door kwaliteitstransparantie	31
3.1 Gebruiken verzekeren en patiënten gepubliceerde kwaliteitsinformatie?	32
3.2 Leidt meer informatie altijd tot betere uitkomsten?	36
3.3 Moet kwaliteitstransparantie worden afgedwongen?	39
4 Conclusies	41

Ten geleide

In 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd. Een belangrijke randvoorwaarde is dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. In het nieuwe zorgstelsel spelen consumenten, als verzekerde en als patiënt, hierbij een belangrijke rol. Door de kwaliteit van zorg transparant te maken, is het de bedoeling dat naast concurrentie op prijs ook concurrentie op kwaliteit ontstaat.

In Nederland is echter momenteel nog geen sprake van volwaardige kwaliteitstransparantie: de zogeheten basisset kwaliteitsindicatoren is nog volop in ontwikkeling. Daarnaast spelen rondom kwaliteitstransparantie nog veel onbeantwoorde vragen. Leidt kwaliteitstransparantie tot kwaliteitsconcurrentie, en zo ja, op welke manier? Kent kwaliteitstransparantie mogelijk ook nadelen? Wat betekent dit voor beleid en in het bijzonder voor de vormgeving van kwaliteitstransparantie?

Dit document gaat in op deze vragen en levert daarmee een bijdrage aan de actuele discussie over de vormgeving van kwaliteitstransparantie in Nederland. Uit het onderzoek komen enkele dilemma's naar voren die spelen bij de vormgeving van kwaliteitstransparantie. Ook identificeren de onderzoekers belangrijke openstaande onderzoeksvragen.

Het onderzoek is uitgevoerd door CPB-onderzoekers Michiel Bijlsma en Marc Pomp. Marc Pomp is inmiddels zelfstandig ondernemer, maar was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het CPB. De auteurs danken Cees van Gent (IGZ), Cees Birkhoff (IGZ), Erik Schut (EUR), Rein Halbersma (NZa), Gerard Wiggers (VWS), Rudy Douven (CPB), Paul de Bijl (CPB) en Casper van Ewijk (CPB) voor nuttig commentaar.

C.N. Teulings

Directeur

Samenvatting

In 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd. Voor een –vooralsnog beperkt– deel van de zorg onderhandelen individuele verzekeraars met ziekenhuizen over de prijs die ze betalen voor de zorg die hun verzekerden krijgen. Doel van het nieuwe zorgstelsel is door concurrentie een efficiënt aanbod van zorg te garanderen. Een belangrijke randvoorwaarde is hierbij dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. In het nieuwe zorgstelsel spelen consumenten, als verzekerde en als patiënt, een belangrijke rol bij het borgen van de kwaliteit van de zorg. Door de kwaliteit van zorg transparant te maken, is het de bedoeling dat naast concurrentie op prijs ook concurrentie op kwaliteit ontstaat.

Dit document brengt de belangrijkste vragen rondom kwaliteitsconcurrentie in kaart, beantwoordt deze waar mogelijk op basis van de wetenschappelijke literatuur en schetst enkele dilemma's die uit de analyse naar voren komen. Ten eerste is een belangrijke vraag of kwaliteitstransparantie tot kwaliteitsconcurrentie leidt, en zo ja, op welke manier. Ten tweede is het de vraag welk effect kwaliteitsconcurrentie op de kwaliteit van zorg heeft. Ten derde heeft kwaliteitstransparantie mogelijk ook nadelen. Ten slotte is het de vraag wat de antwoorden op de voorgaande vragen betekenen voor beleid en in het bijzonder voor de vormgeving van kwaliteitstransparantie. De wetenschappelijke literatuur is grotendeels gebaseerd op de ervaringen in de VS en deels theoretisch van aard. Bij het trekken van conclusies is het daarom belangrijk rekening te houden met de specifieke kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel.

Kwaliteitsborging

Kwaliteit van zorg kent meerdere dimensies. De meest gebruikte zijn effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid. Daarnaast is zorg een zeer heterogeen product: elk ziekenhuis levert duizenden verschillende soorten behandelingen en de kwaliteit van elk van die behandelingen kan variëren. Ook zijn bij de behandeling van een patiënt vaak meerdere zorgaanbieders betrokken. De kwaliteit van zorg voor deze patiënt is in dat geval niet van één maar van meerdere zorgaanbieder afhankelijk.

Kwaliteit is op verschillende manieren te meten. Kwaliteitsindicatoren worden meestal ingedeeld in drie categorieën: uitkomst-, proces- en structuurindicatoren. Bij het meten van kwaliteit spelen twee problemen. Ten eerste moet er gecorrigeerd worden voor de zogeheten casemix. De casemix van twee ziekenhuizen verschilt bijvoorbeeld als het ene ziekenhuis ziekere patiënten behandelt dan het andere. Ten tweede kan er sprake zijn van statistische ruis. Dit betekent dat er als gevolg van meetfouten en toevallige gebeurtenissen variatie in de uitkomsten van metingen zit die niet gerelateerd is aan verschillen in kwaliteit. Ook bij het aggregeren van kwaliteitsindicatoren spelen twee problemen. Ten eerste kan er sprake zijn van een afruil tussen verschillende kwaliteitsdimensies. Een verbetering in de ene dimensie leidt dan tot een verslechtering in de andere. Ten tweede kunnen verschillende indicatoren gebrek

correleren. Een betere score in de ene kwaliteitsdimensie correspondeert dan niet automatisch met een betere score op de andere.

We kunnen ruwweg drie verschillende manieren onderscheiden om kwaliteit te borgen. Ten eerste is directe kwaliteitsregulering een mogelijkheid. Directe kwaliteitsregulering houdt in dat een overheidsinstantie kwaliteit meet en een te lage kwaliteit straft of een betere kwaliteit beloont. Ten tweede is het ook mogelijk te vertrouwen op de beroepsethiek of intrinsieke motivatie van artsen om zo goed mogelijke kwaliteit te leveren. Beleid dat dit mechanisme als uitgangspunt neemt, richt zich op het versterken van de intrinsieke motivatie van artsen. Kwaliteitstransparantie kan bij dit mechanisme een rol spelen doordat het artsen bewust maakt van verschillen in kwaliteit. Een derde mechanisme op kwaliteit te borgen is via concurrentie op kwaliteit. Hiervoor is kwaliteitstransparantie noodzakelijk.

Concurrentie op kwaliteit door kwaliteitstransparantie

Concurrentie op kwaliteit ontstaat als de vraag naar een zorgproduct dat een ziekenhuis biedt (mede) afhangt van de relatieve kwaliteit van dat product. Dit betekent dat wanneer de kwaliteit van het product bij ziekenhuis A toeneemt ten opzichte van de kwaliteit bij ziekenhuis B, een deel van de vraag verschuift van ziekenhuis B naar ziekenhuis A. Concurrentie op kwaliteit is sterker naarmate dit effect groter is.

Er zijn verschillende kanalen voor concurrentie op kwaliteit. De vraag naar zorg bij een specifiek ziekenhuis is direct afhankelijk van de keuzes die consumenten als verzekerde en als patiënt maken. Een verzekerde kiest bijvoorbeeld voor een verzekeraar die preferente afspraken heeft met een bepaald ziekenhuis. Een patiënt kiest voor een universitair medisch centrum in plaats van een streekziekenhuis. De vraag hangt echter ook indirect af van keuzes die consumenten maken via een agent. Zo onderhandelt een werkgever die over collectieve contracten voor werknemers en verwijst een huisarts een patiënt door naar een specifiek ziekenhuis.

De voorzichtige conclusie op basis van empirische literatuur uit de VS luidt dat (gezonde) *verzekerden* kwaliteitsdata weliswaar graag gepubliceerd zien, maar dat ze in de praktijk weinig gebruik lijken te maken van dergelijke gegevens. Als er al een effect is, gaat het om het vermijden van verzekeraars met een erg slechte score en kiezen verzekerden vooral op basis van patiënttevredenheid. *Patiënten* reageren daarentegen in sterkere mate op kwaliteitsinformatie. Een kanttekening bij deze conclusie is dat patiënten met acute of eenmalige zorgbehoefte hierin mogelijk verschillen van patiënten met een chronische aandoening. Werkgevers kunnen via het sluiten van collectieve contracten een rol spelen bij het versterken van concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen. Onderzoek uit de VS laat zien dat kwaliteit daar een rol speelt bij de keuzes van werkgevers voor collectieve contracten met verzekeraars. Er is weinig empirisch onderzoek naar het gebruik dat zorgaanbieders, zoals huisartsen, van kwaliteitsinformatie maken. Een gebrek aan vertrouwen in de juistheid van kwaliteitsgegevens kan een belemmering vormen voor het gebruik van kwaliteitsinformatie bij het doorverwijzen van patiënten.

Risico's

Kwaliteitstransparantie kent echter ook risico's. Wanneer patiënten een ziekenhuis kiezen op basis van bejegening of communicatie, mogelijk omdat ze andere indicatoren niet begrijpen, zullen ziekenhuizen zich vooral richten op patiënttevredenheid in plaats van andere aspecten van kwaliteit. Dit wordt ook wel *teaching to the test* genoemd: je doet vooral je best om goed te scoren op datgene wat gemeten wordt. Teaching-to-the-test is een mogelijk risico wanneer consumenten hun keuze baseren op enkele kwaliteitsindicatoren die samen een onvolledig beeld schetsen van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg als geheel. Aanbieders hebben dan een prikkel zich vooral te richten op deze indicatoren. Als een verbetering van de score op de ene indicator leidt tot een verslechtering van de score op andere kwaliteitsdimensies, vormt dit een probleem. Kwaliteitsdimensies die niet of moeilijk meetbaar zijn, of die moeilijk te begrijpen zijn voor patiënten, komen dan in de verdrinking. Voor beleidsmakers is van belang dat er een mogelijke afriuil bestaat tussen enerzijds een focus op bejegening en communicatie en anderzijds een focus op zorginhoudelijke kwaliteit.

Ook kan gedetailleerde informatie risicoselectie door verzekeraars uitlokken. Verzekeraars ontwerpen hun verzekeringen dan zo, dat ze alleen de winstgevende klanten aantrekken. Risicovolle klanten kunnen zich dan alleen tegen hoge premies verzekeren. Risicoselectie door verzekeraars is in Nederland waarschijnlijk geen groot probleem, vanwege het hier gehanteerde risicovereveningssysteem.

Ten slotte kan publicatie van kwaliteitsinformatie artsen en ziekenhuizen een prikkel geven om bepaalde patiënten te mijden. Ziekenhuizen kunnen relatief zieke patiënten naar andere ziekenhuizen doorverwijzen, terwijl ze de relatief gezonde patiënten wél behandelen. Bij een gebrekkige correctie voor de casemix leidt dit tot een betere kwaliteitsscore voor het ziekenhuis. Aangezien een goede correctie voor de casemix erg moeilijk is, is dit een reëel risico.

Het realiseren van kwaliteitstransparantie

Bij het realiseren van kwaliteitstransparantie staan beleidsmakers voor de keuze tussen enerzijds het vergroten van het draagvlak voor kwaliteitstransparantie en anderzijds het afdwingen van deelname bij artsen en instellingen die niet uit eigen beweging meewerken aan het vergroten van kwaliteitstransparantie. In welke mate dit dilemma zich in de praktijk voordoet is op voorhand niet duidelijk. Dit pleit voor een beleid gericht op vrijwilligheid maar met als stok achter de deur een geloofwaardige dreiging om op termijn transparantie af te dwingen bij artsen en instellingen die niet meewerken. Het afdwingen van kwaliteitstransparantie door de keuze te bieden *opt-in or opt-out* is een andere mogelijkheid. Een toezichthouder stelt een set van indicatoren op en de voorwaarden waaronder data geleverd moeten worden. Deze voorwaarden kunnen bijvoorbeeld externe controle op de betrouwbaarheid van gegevens omvatten. Zorgaanbieders die mee willen doen, moeten aan deze voorwaarden voldoen (*opt-in*). Ziekenhuizen die niet meedoen, onvoldoende data aanleveren of niet aan de eisen voldoen, komen vervolgens onder aan de lijst te bungelen (*opt-out*).

Conclusie

Wil marktwerking in de zorg een kans krijgen, dan is kwaliteitstransparantie onontkoombaar. Dit is waarschijnlijk het belangrijkste argument om snel kwaliteitstransparantie te realiseren. Daarbij draagt kwaliteitstransparantie ook op andere manieren bij aan een betere kwaliteit. Ten eerste kan kwaliteitsinformatie in combinatie met beroepsethiek van artsen ook een positief effect op kwaliteit hebben. Ten tweede zijn ziekenhuizen complexe organisaties, waarbinnen ingewikkelde onderhandelingen plaatsvinden tussen verschillende specialistengroepen en de ziekenhuisdirectie. Mogelijk beïnvloedt kwaliteitstransparantie die onderhandelingen, waardoor het voor partijen die dit belangrijk vinden (dit kan zowel de directie, als een arts, of een groep artsen zijn) gemakkelijker wordt een kwaliteitsverbetering af te dwingen.

Het is mogelijk dat kwaliteitstransparantie vanzelf ontstaat als gevolg van concurrentie. De ervaringen in de VS stemmen hierover echter niet hoopvol. Dit pleit voor een beleid gericht op vrijwilligheid maar met als stok achter de deur een geloofwaardige dreiging om op termijn transparantie af te dwingen bij artsen en instellingen die niet meewerken.

De belangrijkste risico's van kwaliteitstransparantie zijn risicoselectie door verzekeraars, risicoselectie door ziekenhuizen, teaching-to-the-test en kwaliteitdifferentiatie. Risicoselectie door verzekeraars is in Nederland waarschijnlijk geen groot probleem, vanwege het hier gehanteerde risicovereveningssysteem. Risicoselectie door ziekenhuizen is daarentegen wel een reëel risico. Ziekenhuizen verwijzen relatief zieke patiënten door naar anderen, terwijl ze de relatief gezonde patiënten behandelen. Bij een gebrekkige correctie voor casemix leidt dit tot een betere kwaliteitsscore voor het ziekenhuis. Het is dan ook belangrijk om te monitoren of een dergelijk onwenselijk effect zich voordoet. Ook kan concurrentie op kwaliteit er toe leiden dat verschillende ziekenhuizen bewust kiezen voor een verschillende kwaliteit. Als dit in overeenstemming is met de preferenties van consumenten, is dit niet noodzakelijk slecht voor de welvaart.

Ten slotte is het van groot belang betrouwbare datasets te creëren aan de hand waarvan beleidsmakers ontwikkelingen in de zorg effectief kunnen monitoren. Deze datasets moeten informatie bevatten over prijzen, hoeveelheden en kwaliteit van producten en dienen toegankelijk zijn voor toezichthouders. Op dit moment is het toezicht op prijs (NZa) en kwaliteit (IGZ) van elkaar gescheiden. Ook is het verzamelen en beheren van data deels in private handen. Er worden daardoor verschillende datasets worden waarvan de toegankelijkheid niet altijd is gewaarborgd. Het is belangrijk dat de relevante data voor alle toezichthouders toegankelijk en met elkaar te combineren zijn.

Bij het transparant maken van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders staan beleidsmaker voor een viertal keuzes. Keuze 1: welk type indicatoren te gebruiken. Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: het vermijden statistische ruis door een focus op proces en structuur versus meten waar het echt om gaat door een focus op uitkomsten. Keuze 2: welke mate van aggregatie toe te passen. Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: meer gebruikersgemak door aggregatie versus hoger informatiegehalte en een groter risico op

strategisch gedrag door disaggregatie. Keuze 3: welke dimensies van kwaliteit mee te nemen? Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: bejegening en communicatie versus zorginhoudelijke kwaliteit. Keuze 4: Hoe moet kwaliteitstransparantie tot stand worden gebracht. Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: volledige deelname door dwang versus motivatie door vrijwilligheid.

De mate waarin bovenstaande dilemma's zich in de Nederlandse praktijk zullen voordoen is onduidelijk. Om dit kennishiaat te dichten is het van belang te investeren in onderzoek. De eerste en tevens belangrijkste onderzoeksvraag luidt: hoe reageren verschillende actoren op verschillende vormen van kwaliteitsinformatie? Een tweede belangrijke onderzoeksvraag is hoe effectief zijn aanvullende mechanismen voor kwaliteitsconcurrentie? Ten slotte is een belangrijke onderzoeksvraag of er interacties tussen de drie verschillende mechanismen van kwaliteitsborging zijn.

1 Inleiding

*Uncertainty as to the quality of the product
is perhaps more intense here than in any
other important commodity.
Arrow, 1963, p. 951*

In 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd. Voor een –vooralsnog beperkt– deel van de zorg onderhandelen individuele verzekeraars met ziekenhuizen over de prijs die ze betalen voor de zorg die hun verzekerden krijgen.¹ Daarbij bestaat voor verzekeraars de mogelijkheid tot het selectief contracteren van ziekenhuiszorg. Consumenten zijn op hun beurt vrij in hun keuze van een zorgverzekeraar, terwijl een systeem van risicoverevening risicoselectie door verzekeraars tegengaat.

Doel van het nieuwe zorgstelsel is door concurrentie een efficiënt aanbod van zorg te garanderen. Een belangrijke randvoorwaarde is hierbij dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Kwaliteitsborging is dan ook een sleutelbegrip in het nieuwe zorgstelsel. Er zijn verschillende manieren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Een mogelijkheid is directe regulering van kwaliteit, bijvoorbeeld door minimum kwaliteitseisen op te leggen en te laten controleren. Een andere mogelijkheid is te vertrouwen op de intrinsieke prikkels van artsen om goede kwaliteit te leveren en deze waar mogelijk te versterken. Dit laatste wordt geprobeerd via de opleiding, door het opstellen van behandelprotocollen door een beroepsgroep of door het winstmotief van ziekenhuizen te beperken.

In aanvulling op deze twee mechanismen, die in het oude stelsel centraal stonden, krijgen in het nieuwe zorgstelsel consumenten, als verzekerde en als patiënt, een belangrijke rol bij het borgen van de kwaliteit van de zorg. Door de kwaliteit van zorg transparant te maken, is het de bedoeling dat naast concurrentie op prijs ook concurrentie op kwaliteit ontstaat.

Kwaliteitstransparantie is daarmee een belangrijk element van het nieuwe zorgstelsel. Als de kwaliteit van de zorg niet transparant is, kan invoering van marktwerking ertoe leiden dat zorgaanbieders gaan concurreren op prijs, ten koste van kwaliteit. Dit scenario kan zich voordoen als teveel verzekerden hun zorgverzekeraar kiezen op basis van de laagste prijs. Zorgverzekeraars hebben dan een prikkel om zo goedkoop mogelijk in te kopen.

¹ Het vrije onderhandelbare deel (het zogenoemde B-segment) betreft in 2008 ongeveer 8% van de totale zorg. Dit deel wordt in de toekomst volgens de bestaande plannen uitgebreid tot maximaal 70%.

Wanneer zorg van betere kwaliteit duurder is dan zorg van mindere kwaliteit, en zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie hebben, dan leidt dit ertoe dat zorgaanbieders onder druk komen te staan om hun kwaliteit te verlagen.² Critici van de invoering van marktwerking wijzen dikwijls op dit gevaar.

Overigens is het maar de vraag of zonder kwaliteitstransparantie eenzijdige prijsconcurrentie ontstaat. Het ontbreken van kwaliteitstransparantie kan er ook toe leiden dat concurrentie helemaal niet van de grond komt. Gebrek aan informatie over de gecontracteerde zorg kan verzekerden huiverig maken bij het afsluiten van zogenoemde voorkeurspolissen (polissen waarbij de verzekerde een beperkte keuze van zorgaanbieders heeft, in ruil voor een lagere premie).³ Zonder de mogelijkheid van voorkeurspolissen hebben zorgverzekeraars waarschijnlijk een zwakke onderhandelingspositie tegenover zorgaanbieders. Zorgaanbieders hoeven dan minder rekening te houden met de prijs van de door hun geleverde zorg en kunnen de kosten van kwaliteit makkelijker doorberekenen aan de zorgverzekeraar.⁴

De eerste stappen richting meer kwaliteitstransparantie werden al in 2004 gezet met het samenstellen van zogenoemde de Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen. Ziekenhuizen werd gevraagd deze indicatoren openbaar te maken door publicatie in hun jaarverslag of op hun website (Haeck et al. 2004). De basisset is echter nog volop in ontwikkeling. Ze is beperkt van omvang en het is onduidelijk hoe betrouwbaar de gegevens zijn. Op dit moment is volwaardige kwaliteitstransparantie in Nederland dan ook nog geen realiteit. Consumenten kunnen zich bij de keuze van zorgaanbieder of zorgverzekeraar nog niet baseren op uitgebreide, betrouwbare informatie over prijs én kwaliteit van de geboden of gecontracteerde zorg. Om kwaliteitstransparantie verder te ontwikkelen, investeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen met de meeste ziekenhuizen in gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie over de ziekenhuiszorg. De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie voor consumenten zal de komende jaren dan ook sterk toenemen.

In het publieke debat over de zorg is het risico van een te lage (en in mindere mate een te hoge) kwaliteit regelmatig onderwerp van discussie. Het succes van de gekozen beleidsroute – kwaliteitsborging door kwaliteitsconcurrentie – hangt niet alleen af van de *beschikbaarheid* van kwaliteitsinformatie, maar ook van de wijze waarop kwaliteitstransparantie wordt ingevuld. Dit document probeert daarom de belangrijkste vragen rondom kwaliteitsconcurrentie in kaart te

² Dit effect kan ook optreden wanneer consumenten de kwaliteit van hun zorgverzekering wel belangrijk vinden maar deze niet kunnen waarnemen. In een dergelijke markt zijn consumenten niet bereid de hogere prijs van betere kwaliteit te betalen, het goed kan immers ook van slechte kwaliteit zijn. Zorgaanbieders kunnen dan geen hogere prijs rekenen voor hogere kwaliteit (Akerlof, 1970). Als zorgaanbieders een geloofwaardig signaal van goede kwaliteit aan consumenten kunnen geven, kan dit probleem opgelost worden (Tirole, 1988).

³ “A contrasting perspective is that limited credible quality data are constraining the degree to which consumers are willing to consider price when choosing providers. Many people believe that higher prices or costs in health care are indicators of higher quality. People contemplating choosing a lower-price provider want to believe that they will not get lower quality as a result of the choice and ultimately regret the decision.” (Ginsburg 2007, p. 209).

⁴ In dit scenario wordt de kwaliteit van zorg geheel bepaald door de voorkeuren van zorgaanbieders. De prijselasticiteit van zorg is immers laag. Zorgaanbieders verschillen waarschijnlijk in hun intrinsieke kwaliteitsvoorkeuren en in hun talent tot het leveren van zorg van hoge kwaliteit. Het is dan ook goed mogelijk dat het effect van de afwezigheid van kwaliteitstransparantie op kwaliteit verschilt per kwaliteitsdimensie of zelfs per zorgproduct.

brengen, waar mogelijk te beantwoorden en schetst enkele dilemma's die uit deze antwoorden naar voren komen.

Ten eerste is een belangrijke vraag of kwaliteitstransparantie tot kwaliteitsconcurrentie leidt, en zo ja, op welke manier. Baseren voldoende patiënten zich bij de keuze van zorgaanbieder (deels) op de beschikbare kwaliteitsinformatie? Bepalen voldoende verzekerden hun keuze van zorgverzekeraar (deels) op de kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod? Welke rol spelen werkgevers via collectieven en andere zorgaanbieders via hun doorverwijsgedrag?

Ten tweede is het de vraag welk effect kwaliteitsconcurrentie op de kwaliteit van zorg heeft. Leidt meer kwaliteitsconcurrentie tot een hogere of tot een lagere kwaliteit? Verschilt het effect per kwaliteitsdimensie? Hoe verhoudt dit zich tot de optimale prijs-kwaliteitverhouding? Wat kunnen we eigenlijk zeggen over de optimale prijs-kwaliteitverhouding?

Ten derde kent kwaliteitstransparantie mogelijk ook nadelen. Gebruiken zorgaanbieders de beschikbare kwaliteitsinformatie niet op een strategische manier? Kunnen zorgverzekeraars gemakkelijker aan risicoselectie doen als kwaliteit transparant is?

Ten slotte is het de vraag wat de antwoorden op de voorgaande vragen betekenen voor beleid en in het bijzonder voor de vormgeving van kwaliteitstransparantie. Welk type kwaliteitsindicatoren moeten beleidsmakers kiezen? Welke mate van aggregatie is nodig? Ontstaat kwaliteitstransparantie vanzelf, of is er een taak voor de overheid?

In wat volgt proberen we op basis van de wetenschappelijke literatuur een antwoord op bovenstaande vragen te formuleren. Deze literatuur is grotendeels gebaseerd op de ervaringen in de VS en deels theoretisch van aard. Dit betekent dat het belangrijk is rekening te houden met de specifieke kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel. Sommige effecten zullen hierdoor minder sterk of mogelijk sterker zijn. Toch levert het bruikbare inzichten op voor Nederlandse beleidsmakers, door de valkuilen en dilemma's rond kwaliteitstransparantie in de zorg in beeld te brengen en belangrijke onderzoeksvragen te identificeren.

Ons onderzoek beperkt zich tot de ziekenhuiszorg. Een reden hiervoor is dat dit deel van de zorg voorop loopt bij de invoering van marktprikkels. Bovendien zijn hier de vragen rond kwaliteitsborging en de rol van de consument het meest complex. Daarbij omvat ziekenhuiszorg een aanzienlijk deel van de totale kosten voor de zorg: 19,0 miljard euro in 2006 (CBS, 2007). Een meer praktische reden, ten slotte, is dat een groot deel van de literatuur betrekking heeft op de ziekenhuiszorg.

De rest van dit document is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 bespreken we algemene aspecten van kwaliteitsborging. We gaan op de vragen: wat is kwaliteit, wat kunnen we zeggen over optimale kwaliteit, welke mechanismen kunnen de kwaliteit van zorg borgen en wat zijn de voor- en nadelen van verschillende manieren om kwaliteit te meten. In hoofdstuk 3 bespreken we hoe kwaliteitstransparantie tot concurrentie op kwaliteit kan leiden. We gaan in op de vragen: hoe reageren patiënten, verzekerden en hun agenten op kwaliteitsprikkels, kan kwaliteitsinformatie ook verkeerd gebruikt worden, is kwaliteitsconcurrentie altijd concurrentie op de goede parameters en ontstaat kwaliteitstransparantie vanzelf, of is er een rol voor de

overheid. Hoofdstuk 4 sluit af met een aantal beleidsconclusies, schetst enkele dilemma's waarmee beleidsmakers zich zien geconfronteerd en identificeert belangrijke onderzoeksvragen.

2 Kwaliteitsborging

In deze paragraaf bespreken we kort wat we bedoelen met kwaliteit, welke verschillende typen kwaliteitsindicatoren er bestaan, en wat de voor- en nadelen zijn van verschillende typen indicatoren.

2.1 Wat is de kwaliteit van zorg?

Het Amerikaanse Institute of Medicine definieert kwaliteit van de 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.”* (Blumenthal, 1996).

Economen wijken hiervan af door aan te sluiten bij de preferenties van consumenten. Met de kwaliteit van een product bedoelen we in dit document dan ook alle karakteristieken, anders dan prijs en hoeveelheid, die de waarde van dit product voor de consument beïnvloeden en waarvoor geldt dat, bij een gegeven hoeveelheid, iedereen meer kwaliteit prefereert boven minder kwaliteit.⁵

Er is discussie mogelijk over welke aspecten van zorg bepalend zijn voor de kwaliteit van zorg. Voor dit document is vooral van belang dat kwaliteit van zorg meerdere dimensies kent. De meest gebruikte kwaliteitsdimensies zijn effectiviteit (vaak onderverdeeld in selectie van de behandelmethode en uitvoering van de behandeling), veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid (OECD, 2006).

Daarbij is zorg een zeer heterogeen product: elk ziekenhuis levert duizenden verschillende soorten behandelingen.⁶ De kwaliteit van elk van die behandelingen kan variëren. Bij de meeste behandelingen zijn meerdere behandelaars betrokken: een patiënt met een open botbreuk komt binnen bij de eerste hulp, wordt opgenomen, er worden foto's gemaakt, er vindt anesthesie plaats, misschien is een chirurgische ingreep nodig, en na de behandeling volgt revalidatie bij de fysiotherapeut. De kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor deze patiënt is afhankelijk van de kwaliteit van elk van deze individuele behandelingen.

Daarnaast zijn bij de behandeling van een patiënt vaak verschillende zorgaanbieders betrokken. Bij de behandeling van een diabetespatiënt is bijvoorbeeld vaak niet alleen het ziekenhuis betrokken, maar spelen ook allerlei zorgverleners buiten het ziekenhuis een belangrijke rol, zoals de huisarts of de voedingsconsulent. De kwaliteit van zorg voor een diabetespatiënt is dus niet alleen van het ziekenhuis afhankelijk.

Kwaliteitsindicatoren worden meestal ingedeeld in drie categorieën: uitkomst, proces- en structuurindicatoren. Uitkomst is uiteraard datgene waar het uiteindelijk allemaal om draait: het

⁵ In economische termen is sprake van verticale productdifferentiatie. Dit in tegenstelling tot horizontale differentiatie, waarvan sprake is consumenten verschillend geordende voorkeuren hebben (de één prefereert een rode auto boven een blauwe, de ander een blauwe boven een rode).

⁶ Het vergoedingen systeem dat toezichthouders momenteel in Nederland hanteren, omvat bijvoorbeeld ruim 30.000 zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

feitelijke effect van de behandeling op de gezondheid van de patiënt. Om de uitkomst van een bepaalde behandeling te meten kun je bijvoorbeeld kijken naar objectieve indicatoren zoals mortaliteitsgegevens, het aantal complicaties of het aantal heropnames na operatie, maar ook naar subjectieve indicatoren zoals patiënttevredenheid. Uitkomstindicatoren meten in principe het effect van alle factoren die de uitkomst van een behandeling beïnvloeden, zoals persoonlijke levensstijl en gezondheidsbeleid in het algemeen. Uitkomsten zijn daarmee het totaalresultaat van de zorg binnen en buiten het ziekenhuis. Zo beïnvloeden zowel de internist in het ziekenhuis, als de huisarts of de voedingsconsulent de bloedsuikerwaarde van een patiënt met diabetes.

Proces- en structuurindicatoren zijn een mogelijk alternatief voor uitkomstindicatoren. Procesindicatoren zijn bijvoorbeeld het hanteren van een behandelprotocol, mate van naleving van dergelijke protocollen, of de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld en vastgelegd. Procesindicatoren zijn naar verwachting gecorreleerd met de uitkomst van een behandeling en zijn direct door het ziekenhuis beïnvloedbaar. Een betere interne communicatie, of het nauwgezet volgen van een best practise zoals vastgelegd in een behandelprotocol, zal de kans op fouten verkleinen. Dit is echter niet noodzakelijk het geval. Afwijken van een protocol kan soms juist nodig zijn, terwijl het star vasthouden aan vastgelegde processen kwaliteitsverhogende innovaties kan remmen. Structuurindicatoren, ten slotte, zijn bijvoorbeeld het opleidingsniveau van het personeel, de gebruikte faciliteiten of het type apparatuur. Wordt het personeel bijgeschoold waardoor ze over de meest actuele kennis beschikt? Gebruikt het ziekenhuis de modernste apparatuur?

2.2 Wat kunnen we zeggen over optimale kwaliteit?

Kwaliteit kost geld. Meer kwaliteit kost meer geld. Het kan altijd beter. Geld dat besteed wordt om een hogere kwaliteit te realiseren, kan niet voor andere doelen worden ingezet. Omdat we als samenleving niet al onze schaarse middelen willen inzetten om de hoogst mogelijke kwaliteit te behalen, bestaat er zoiets als een optimale kwaliteit. Kwaliteit is optimaal wanneer de maatschappelijke kosten van extra kwaliteit niet meer opwegen tegen de maatschappelijke baten. Kwaliteit kan in principe dus te laag, maar ook te hoog zijn. Het lijkt misschien omstreden om te stellen dat de kwaliteit ook te hoog kan zijn. De arts Scott Ramsey formuleert het verschil in de manier waarop economen en artsen tegen optimale kwaliteit aankijken als volgt (Ramsey, 2002, p. 235): *“Economic analyses are concerned with the efficient allocation of limited resources across the health system, with the goal of maximizing the health of the population for a given budget constraint. As a result, treatments are weighed based on their incremental health value for given cost relative to alternative uses of the money. Treatments are applied until the point at which their health returns are diminishing in relation to costs. In contrast, clinicians are inclined to treat (or screen) until there is no more health to be gained.”*

Het is in de praktijk moeilijk, zo niet onmogelijk, om vast te stellen wat optimale kwaliteit is. In de rest van dit document zullen we hier dan ook niet bij stilstaan. Een vraag die desondanks relevante blijft, is of we mogen verwachten dat meer concurrentie ons dichterbij het optimum brengt. Gaynor (2006) geeft een uitgebreid overzicht van de theoretische en empirische literatuur over concurrentie en kwaliteit. De algemene conclusie luidt dat onder imperfecte concurrentie de kwaliteit zowel te hoog als te laag kan zijn, als consumenten heterogene voorkeuren hebben voor kwaliteit, en dat meer concurrentie de kwaliteit zowel kan verhogen of verlagen. De precieze prijs-kwaliteitverhouding die tot stand komt, hangt af van de relatieve vraaggevoeligheid van consumenten voor prijs en kwaliteit. De empirische literatuur over dit onderwerp heeft voornamelijk betrekking op de Verenigde Staten en laat een beeld zien dat overeenkomt met de theorie: door concurrentie kan de kwaliteit van zorg zowel omhoog als omlaag gaan.

Wel kunnen we vaststellen dat (meer) concurrentie op kwaliteit tot een hogere kwaliteit zal leiden, mits negatieve effecten zoals *teaching-to-the-test*, risicoselectie en strategisch gedrag door zorgaanbieders tegengegaan kan worden. Op deze effecten komen we nog terug in hoofdstuk 2. Of deze kwaliteit dichterbij of verder van de maatschappelijke optimale kwaliteit ligt, daar valt echter weinig over te zeggen. Dit hangt ervan af of de huidige kwaliteit te hoog of te laag is. Als de kwaliteit te hoog is, zorgt kwaliteitsconcurrentie ervoor dat we verder van het optimum komen. Als de kwaliteit van zorg daarentegen te laag is, zorgt kwaliteitsconcurrentie ervoor dat we dichterbij het optimum komen.

Verder is van belang dat concurrentie op kwaliteit ertoe kan leiden dat verschillende aanbieders producten van verschillende kwaliteit zullen gaan aanbieden. Het kan ertoe leiden dat zorg in het ene ziekenhuis duur en van hoge kwaliteit, terwijl zorg in het andere ziekenhuis goedkoop en van lage kwaliteit is. Of en in welke mate dit het geval zal zijn hangt af van de preferenties van consumenten. Als er mensen zijn die goedkope en kwalitatief minder goede zorg prefereren boven goede maar duurdere zorg, zal een dergelijk onderscheid kunnen ontstaan.⁷ Dit verhoogt de allocatieve efficiëntie en daarmee de welvaart.

2.3 Het meten en aggregeren van kwaliteitsindicatoren

Wil een patiënt een ziekenhuis kunnen kiezen op basis kwaliteit, of een verzekerde een verzekeraar op basis van de kwaliteit van de door die verzekeraar gecontracteerde zorg, dan moeten kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen inzichtelijk zijn.

Wanneer een patiënt of verzekerde geconfronteerd wordt met een veelheid aan indicatoren, bestaat het gevaar dat hij of zij door de bomen het bos niet meer ziet. Dit verklaart de vele

⁷ De mogelijkheid voor verzekerden om jaarlijks van verzekeraar te veranderen, gecombineerd met de acceptatieplicht voor de basisverzekering beperken overigens dit effect in Nederland. Patiënten wensen immers de hoogste kwaliteit en kunnen gemakkelijk van verzekeraar wisselen als ze niet tevreden zijn. Daardoor is het voor verzekeraars moeilijk verzekerden met een preferentie voor goedkope zorg van een lage kwaliteit te scheiden van verzekerden met een preferentie voor dure zorg van een hoge kwaliteit.

pogingen om de kwaliteit van een ziekenhuis in een beperkt aantal indicatoren te vangen. Sommige Nederlandse kranten en weekbladen proberen zelfs met één allesomvattende indicator te komen. Ook hebben verschillende typen indicatoren verschillende voor- en nadelen, terwijl sommige dimensies van kwaliteit gemakkelijker te meten zijn dan andere.

Dit leidt tot de vraag welk type indicatoren te gebruiken, hoe goed deze indicatoren kunnen worden gemeten, en hoe indicatoren (die verschillen in type, dimensie van kwaliteit en zorgproduct) kunnen worden opgeteld. Hierbij spelen twee zaken. De één is gerelateerd aan problemen bij het meten, de ander aan problemen bij het aggregeren van indicatoren.

Metten: correctie voor de casemix en statistische ruis

Bij het meten van kwaliteit spelen twee problemen. Ten eerste moet er gecorrigeerd worden voor de zogenoemde casemix. Ten tweede kan er sprake zijn van statistische ruis.

Verschillen tussen patiënten zoals leeftijd, levensstijl, genetische aanleg, fysieke gesteldheid of de ernst van de aandoening kunnen de oorzaak zijn van verschillen in uitkomsten (zoals de effectiviteit van een behandeling). De kenmerken van de patiëntenpopulatie kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis, bijvoorbeeld door verschillen in bevolkingsopbouw van een regio of buurt. Daarnaast kunnen ziekenhuizen die goed zijn in een bepaalde behandeling ook zware patiënten aantrekken. Deze ziekenhuisspecifieke mix van patiënten met een bepaalde aandoening staat bekend als de casemix van het ziekenhuis voor dit type patiënten.

Kwaliteitsindicatoren op behandelingsniveau moeten in principe voor de casemix worden gecorrigeerd.⁸ Voor mortaliteitsratio's resulteert deze correctie in de zogenoemde gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (*Standardized Mortality Ratio* of SMR). Het meten van verschillen in de casemix is vaak lastig en soms onmogelijk. Wat zijn de relevante karakteristieken van patiënten die de ernst van een aandoening bepalen? En als deze karakteristieken bekend zijn, hoe meet je ze dan? Sommige karakteristieken, zoals leeftijd of genetische aanleg, zijn eenduidig, maar andere, zoals fysieke gesteldheid of levensstijl, zijn minder eenduidig waardoor verschillende meetmethoden tot verschillende uitkomsten kunnen leiden.

Na correctie voor de casemix, kunnen verandering in mortaliteit soms veroorzaakt blijken door verandering in patiëntensamenstelling in plaats van andere factoren. Dat dit relevant en niet eenvoudig is, blijkt wel uit de wetenschappelijke discussie over het effect van openbare informatie over de SMR's voor hartchirurgie in New York. Deze discussie gaat deels over de vraag of een verbetering in de SMR het gevolg is van het openbaar maken van kwaliteit, of van een verandering in patiëntensamenstelling. Waar sommigen claimen dat de kwaliteit verbetert is (Hannan et al., 1994; Peterson et al., 1998), beargumenteren anderen dat de oorzaak van de

⁸ Het corrigeren voor selectie-effecten kan ongewenst zijn wanneer therapietrouw een belangrijke rol speelt bij de effectiviteit van medische behandelingen en gecorreleerd is met het risicoprofiel van patiënten. In dat geval prikkelen ongecorrigeerde kwaliteitsscores de arts om meer nadruk te leggen op therapietrouw: op deze manier kan de arts zijn score immers verbeteren.

veranderingen ligt in selectiegedrag van ziekenhuizen, met een veranderde patiëntensamenstelling als gevolg (Dranove et al., 2003)

Als karakteristieken niet meetbaar zijn maar wel verschillen in uitkomsten kunnen veroorzaken, dan kan dit ertoe leiden dat kwaliteitsindicatoren van twee ziekenhuizen met een verschillende patiëntensamenstelling niet vergelijkbaar zijn. Wat een verschil in kwaliteit lijkt is dan feitelijk een verschil in de populatie van patiënten: het ene ziekenhuis behandelt voor een specifieke aandoening gemiddeld zekere patiënten dan het andere. Daardoor scoort het lager op de kwaliteitsindex.

Het programma voor het meten en publiceren van sterftecijfers onder *Medicare* patiënten in de Verenigde Staten door de Health Care Financing Administration (HCFA) is een interessant voorbeeld dat de problemen bij het bepalen van SMR's laat zien.⁹ In 1984 begon de HCFA met publiceren van mortaliteitsstatistieken op behandelingsniveau, maar het programma werd in 1992 stopgezet vanwege kritiek op de validiteit van de ranglijsten (Marshall et al., 2003). De rol van de HCFA is daarna overgenomen door organisaties van een divers pluimage, zoals non-profit organisaties (de National Committee for Quality Assurance, die HEDIS samenstelt), coalities van werkgevers (the Pacific Business Group on Health) en op winst gerichte ondernemingen zoals Healthgrades (Marshall et al., 2003).

Een tweede, meer fundamenteel probleem, betreft de statistische ruis in uitkomstindicatoren. Statistische ruis betekent in dit verband het effect van niet gemeten en niet door de arts beïnvloedbare factoren – pech of geluk in gewoon Nederlands. Een voorbeeld ter verduidelijking. Wanneer een specialist een bepaalde operatie 200 keer per jaar uitvoert, en het aantal complicaties ligt rond the 2%, dan kan één complicatie die het gevolg is van toeval de kwaliteitsindicator sterk beïnvloeden. Aggregatie kan dit probleem deels oplossen, doordat willekeurige fluctuaties tegen elkaar wegvallen. Een (geaggregeerde) indicator op ziekenhuisniveau heeft dan ook minder last van dergelijke statistische fluctuaties. Zo zal een mortaliteitsratio op ziekenhuisniveau (een *Hospital Standardized Mortality Ratio*, of HSMR) robuuster zijn dan op behandelniveau.

Een recent onderzoek door medici gaat na of de Nederlandse HSMR een goede maat is voor ziekenhuiskwaliteit (Geelkerken, 2008). Ze hebben daartoe sterfte in vier heelkundige diagnose groepen in detail getoetst aan de klinische feiten uit patiëntendossiers. Ze concluderen dat verschillen in HSMR niet noodzakelijk gerelateerd zijn aan verschillen in ziekenhuiskwaliteit, omdat de diagnosegroepen te divers zijn en er onvoldoende gecorrigeerd is voor verschillen in patiëntensamenstelling. Hoewel een HSMR minder last heeft van statistische fluctuaties, blijft correctie voor de casemix dus belangrijk.

⁹ Medicare voorziet in ziektekostenverzekering voor 65 plussers en mensen jonger dan 65 die arbeidsongeschikt zijn. De Health Care Financing Administration houdt toezicht op de uitvoering en de kwaliteitsborging van dit programma.

Aggregeren: Afruil tussen kwaliteitsdimensies en gebrek aan correlaties

Ook bij het aggregeren van kwaliteitsindicatoren spelen twee problemen. Ten eerste kan er sprake zijn van een afruil tussen verschillende kwaliteitsdimensies. Ten tweede kunnen verschillende indicatoren gebrekkig gecorreleerd zijn.

Het kan soms moeilijk zijn om de kwaliteit van producten met elkaar te vergelijken die verschillend scoren op verschillende kwaliteitsdimensies. Dit komt doordat een betere score op de ene dimensie kan leiden tot een slechtere score op een andere dimensie. Met andere woorden, er is soms een uitruil tussen verschillende dimensies. Zo zijn artsen soms genoodzaakt een afweging te maken tussen de effectiviteit van een ingreep en het risico op complicaties tijdens of na de operatie. Een operatie kan heel effectief zijn, maar een groot risico op complicaties met zich meebrengen, terwijl een andere operatie minder effectief is, maar een kleiner risico kent. Daarnaast kan het antwoord op de vraag welke behandeling het meest effectief is soms afhangen van een groot aantal factoren.

Een voorbeeld is een keizersnede in geval van stuitligging: een relatief eenvoudige en veel voorkomende operatie. Aan de ene kant is het de veiligste manier om een baby in stuitligging gezond op de wereld te krijgen, aan de andere kant is er een risico voor de moeder op complicaties bij de operatie en bij latere zwangerschappen. Het alternatief voor een keizersnede is een natuurlijke bevalling. Wanneer is een keizersnede de beste behandeling en wanneer een natuurlijke bevalling? Dit hangt af van een complex geheel aan factoren: het gewicht van de baby, de ligging van de placenta, de vorm en grootte van het bekken van de moeder, het type stuit, het aantal kinderen dat de moeder al heeft gebaard etc. Bij elke bevalling maken de gynaecoloog en de vroedvrouw op basis van hun expertise een afweging tussen de kans op een gezonde baby en de kans op complicaties.

De veelheid aan kwaliteitsindicatoren zou geen probleem zijn, wanneer alle indicatoren dezelfde kant op zouden wijzen. Dan volstaat immers het meten en presenteren van een beperkt aantal indicatoren om een representatief beeld te kunnen geven van de hele ziekenhuiszorg. We hebben er geen goed beeld van in hoeverre dit in de praktijk het geval is. Als verschillende kwaliteitsindicatoren binnen één ziekenhuis nauwelijks met elkaar samenhangen, zullen verschillende manieren van aggregeren tot verschillende kwaliteitsrangordes leiden. Op basis van een eerste analyse van kwaliteitsdata uit 2005 blijkt dat verschillende manieren van aggregeren tot één indicator inderdaad tot verschillende uitkomsten leiden.¹⁰

¹⁰ Het onderzoek analyseert de zogenoemde *principal components* van een dataset bestaande uit 26 kwaliteitsindicatoren voor 88 ziekenhuizen afkomstig uit de basisset kwaliteitsindicatoren 2005. Deze analyse scheidt de kwaliteitsdimensies waarin een sterke correlatie bestaat tussen de ziekenhuizen van de kwaliteitsdimensies waarin een zwakke correlatie bestaat. Het uitgangspunt is dat de sterk gecorreleerde dimensies iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Het blijkt dat er drie sterk gecorreleerde (lineaire combinaties van) dimensies bestaan, terwijl de rest nauwelijks gecorreleerd is. Dit geeft aan dat de set van 21 kwaliteitsindicatoren gereduceerd kan worden tot hooguit 3 lineaire combinaties van die indicatoren. Verdere reductie (bijvoorbeeld tot één indicator in plaats van drie) heeft tot gevolg dat verschillende manieren van aggregeren tot verschillende rankings van ziekenhuizen zullen leiden.

Conclusie

De kwaliteit van een ziekenhuis is waarschijnlijk niet met een beperkt aantal indicatoren te vangen. Met andere woorden, *de* kwaliteit van een ziekenhuis bestaat niet. De informatieve waarde van ranglijstjes van 'beste' ziekenhuizen is dan ook beperkt. De aanloopproblemen van het in Groot-Brittannië gehanteerde sterrenstelsel illustreren dit (zie onderstaande tekstbox).

Het sterrenstelsel in de VK

Het VK hanteerde van 2001 tot 2005 een zogenoemd sterrenstelsel, waarbij een National Health Service (NHS) trust (instellingen die in Groot-Brittannië een bepaald type zorg in een regio verlenen zijn verenigd in een trust, waarvan vier soorten bestaan acute, ambulance, mental health, en primary care trusts) een geaggregeerde kwaliteitsscore krijgt. De ratings bestaan uit een aantal sterren, met een minimum van nul en een maximum van drie. De onafhankelijke toezichtouder op de NHS, de Healthcare Commission, is verantwoordelijk voor de uitvoering.¹¹ De score van een ziekenhuis werd bepaald door een gewogen gemiddelde van prestaties op zeven verschillende kwaliteitsindicatoren, te weten: risk management, clinical audit, research and education, patient involvement, information management, staff involvement and education, training and development. Elke component kreeg een score van 1 tot en met 4.¹²

Deze wijze van kwaliteitsbepaling is in 2005 afgeschaft na kritiek dat het stelsel geen oog had voor de kwaliteit van zorg en gefocust was op het halen van door de centrale overheid vastgestelde doelen. Onderzoek door medici liet zien dat de ratings niet gecorreleerd waren met de kwaliteit van zorg die specifieke patiënten ontvingen. Zij vergeleken hiervoor het verschil tussen voorspelde en de werkelijk gemeten mortaliteit van patiënten die in 2001 en 2002 zogenoemde kritieke volwassenen zorg ontvingen met de ratings in die periode.¹³

In plaats daarvan ontwikkelde de NHS de zogenoemde 'annual health check'. Deze werd al vanaf 2000 gebruikt om zorgverleners buiten de NHS te beoordelen. In plaats van één score (het aantal sterren) krijgen ziekenhuizen in het nieuwe systeem twee scores, één voor kwaliteit van diensten en één voor gebruik van resources, op een vierpuntsschaal van 'excellent' tot 'zwak'. Ook wordt input van patiënten alsmede structuur en procesindicatoren gebruikt, die gedurende het gehele jaar verzameld worden.

Om een goed beeld van de kwaliteit van een ziekenhuis te schetsen is een veelkleurig palet vereist – zwart/wit volstaat niet. Wil een patiënt op basis van kwaliteit kunnen kiezen voor een bepaald ziekenhuis, dan moet hij of zij over gedetailleerde kwaliteitsinformatie beschikken. Noodzakelijkerwijs is deze informatie tot op zekere hoogte geaggregeerd. Aggregatie zonder informatieverlies is echter moeilijk. De vraag is of het informatieverlies te groot is. Op ziekenhuisniveau waarschijnlijk wel. Op behandelingsniveau misschien niet. Dit pleit in ieder geval voor gedetailleerde indicatoren op behandelingsniveau, maar dit gaat ten koste van de eenvoud.

We stuiten hier op een mogelijk dilemma voor beleidsmakers. Enerzijds leidt aggregatie tot meer gebruikersgemak en inzichtelijke kwaliteitsindicatoren. Anderzijds leidt aggregatie tot een lager informatiegehalte en mogelijk zelfs tot onbetrouwbare kwaliteitsindicatoren.

¹¹ Tot en met 2002 publiceerde het Britse Department of Health de star ratings, de National Health Service (NHS).

¹² Zie "A commentary on star ratings 2002/2003", Commission for Health Improvement, February 2004. Meer informatie is beschikbaar op <http://www.chi.nhs.uk/ratings/>

¹³ Kathy Rowan, David Harrison, Anthony Brady and Nick Black, 2004, Hospitals' star ratings and clinical outcomes: ecological study, BMJ, published online, 23 januari 2004.

Een gedeeltelijke oplossing voor meetproblemen is proces- en structuurindicatoren te gebruiken in plaats van uitkomstindicatoren. Dergelijke indicatoren zijn gemakkelijker te definiëren en te meten dan uitkomstindicatoren, wat het risico op fouten verkleint. Ook is statistische ruis een veel kleiner probleem. Zo hangt de bloedsuikerwaarde van diabetespatiënten voor een belangrijk deel af van hun eigen consumptiegedrag, waardoor deze uitkomstindicator de kwaliteit van de zorg imperfect meet. Procesindicatoren, zoals een tijdige fundusscopie (een meting aan de ogen op afwijkingen van het netvlies) zijn minder gevoelig voor patiëntgedrag. Sommige economen pleiten daarom voor een nadruk op proces- en structuurindicatoren (Propper en Wilson, 2003).

Een goede score op proces- of structuurindicatoren betekent echter niet automatisch dat de kwaliteit van de uitkomst ook goed is. Anderen pleiten daarom onverminderd voor goed gekozen uitkomstindicatoren (Porter en Teisberg, 2006). Het uitgangspunt zou dan moeten zijn: procesindicatoren alleen gebruiken indien goed gecorrigeerde uitkomstindicatoren niet haalbaar zijn.

In de praktijk is ook hier sprake van een dilemma. Enerzijds de wens statistische ruis te vermijden door te focussen op proces en structuur, en anderzijds de wens te meten waar het echt om gaat door te focussen op uitkomsten. In tabel 1.1 hebben we voor- en nadelen van de verschillende typen indicatoren nog eens kort op een rij gezet.

Tabel 2.1 Voor- en nadelen van verschillende typen indicatoren

	Voordelen	Nadelen
Uitkomstindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> • meet feitelijk effect behandeling • breder toepasbaar dan alleen voor kwaliteit ziekenhuiszorg 	<ul style="list-style-type: none"> • gevoelig voor externe invloeden • statistische ruis bij lage aantallen patiënten • correctie voor casemix nodig • gevoelig voor verschillen in meetmethoden van risicofactoren
Structuur- en procesindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> • minder gevoelig voor externe invloeden, meefouten en lage aantallen patiënten • oorzaak lage score direct duidelijk voor zorgaanbieder 	<ul style="list-style-type: none"> • slechts indirect gerelateerd aan effect behandeling • vastleggen van indicatoren vergroot inflexibiliteit en remt proces- en structuurinnovaties

2.4 Methoden om kwaliteit te borgen

Er bestaan verschillende manieren om kwaliteit te borgen. We kunnen er ruwweg drie onderscheiden. Ten eerste is directe kwaliteitsregulering een mogelijkheid. Directe kwaliteitsregulering houdt in dat een overheidsinstantie kwaliteit meet en een te lage kwaliteit straft (bijvoorbeeld door in de bedrijfsvoering in te grijpen, een boete op te leggen, een ziekenhuis tijdelijk te sluiten) of een betere kwaliteit te belooft (bijvoorbeeld door budgetten of

salarissen afhankelijk te maken van de geleverde kwaliteit, zogenoemde *Pay-for-Performance* programma's).

Ten tweede is het ook mogelijk te vertrouwen op de beroepsethiek van artsen om een zo goed mogelijke kwaliteit te leveren. In economische termen zijn artsen intrinsiek gemotiveerd om een goede kwaliteit te leveren. Beleid dat dit mechanisme als uitgangspunt neemt, richt zich op het versterken van de intrinsieke motivatie van artsen, bijvoorbeeld via de opleiding of het introduceren van een verbod op winst.¹⁴ Kwaliteitstransparantie kan hierbij ook een rol spelen doordat het artsen bewust maakt van verschillen in kwaliteit.

Ten derde kan kwaliteitsborging plaatsvinden door concurrentie op kwaliteit te creëren. Concurrentie op kwaliteit ontstaat als patiënten kiezen voor ziekenhuizen met een hoge kwaliteit en verzekeren kiezen voor zorgverzekeraars die bij hoog kwalitatieve ziekenhuizen zorg contracteren. Hiervoor is kwaliteitstransparantie een noodzakelijke voorwaarde. We vatten kort samen wat bekend is over de effectiviteit van deze eerste twee mechanismen, alvorens in het volgende hoofdstuk uitgebreid in te gaan op het derde mechanisme van kwaliteitsborging: kwaliteitsconcurrentie.

2.4.1 Beroepsethiek

In het artikel van Arrow waaraan het openingscitaat van dit document is ontleend, wijst Arrow op de beroepsethiek van artsen als mogelijk instrument voor kwaliteitsborging: *“The safest course [for a physician] to take ... is to give the socially prescribed ‘best’ treatment of the day. Compromise in quality, even for the purpose of saving the patient money, is to risk an imputation of failure to live up to the social bind”* (Arrow, 1963, p. 966).

Als dit een juiste weergave is van de beweegredenen van artsen, dan is dit om meerdere redenen goed nieuws. Artsen zijn beter dan patiënten, verzekeraars of toezichhouders in staat complexe kwaliteitsinformatie te interpreteren en de te beoordelen waar verbeteringen het meest belangrijk zijn. Artsen trekken dan zelf de juiste conclusies op basis van de vele indicatoren. Het is dus niet nodig verschillende kwaliteitsindicatoren samen te vatten of te aggregeren om verzekeren of patiënten te voorzien van een totaalbeeld van de ziekenhuiskwaliteit. De stelling van Arrow is echter niet onweersproken gebleven. Zo stelt Hall (2003) dat de professionele norm niet zozeer inhoudt dat de beste zorg geleverd wordt, maar dat alle patiënten gelijk behandeld worden, ongeacht het type contract dat de arts of het ziekenhuis heeft gesloten met de verzekeraar en ongeacht de vraag of de patiënt verzekerd is.

Voor zover wij weten, is er vrijwel geen empirisch onderzoek gedaan naar de bijdrage van intrinsieke prikkels aan de kwaliteit van de zorg. Wel is uit onderzoek in de VS bekend dat in de praktijk een grote variatie bestaat in behandelstandaarden en in uitkomsten zoals gemeten aan de hand van gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (Epstein, 1998). Ook bestaan er grote

¹⁴ Kwaliteit weliswaar onderdeel uit van het arbeidsethos van artsen, maar kosteneffectiviteit veel minder. Dit betekent dat beleid gericht op het versterken van intrinsieke prikkels in de praktijk aangevuld zal moeten worden met prikkels om kosteneffectiviteit te waarborgen (Koning et al., 2004).

verschillen tussen huisartsen in de doorverwijsratio. Patiëntkarakteristieken verklaren slechts een deel van deze variatie (O'donnell, 2000). In Nederland laat een indicator als de HSMR voor ziekenhuizen grote variatie zien en kan een factor twee verschillen per ziekenhuis (Geelkerken, 2008). Verschillen in patiëntensamenstelling veroorzaken waarschijnlijk een deel van deze verschillen. Het is echter onaannemelijk dat verschillen in kwaliteit geen rol spelen bij het verklaren van de variatie.

Intrinsieke motivatie alleen is dan ook waarschijnlijk niet genoeg om overal een hoge kwaliteit van zorg te waarborgen. Het verspreiden van kwaliteitsinformatie kan een rol spelen bij het verminderen van deze variatie, bijvoorbeeld doordat het artsen bewust maakt van verschillen. Een belangrijke vraag is dan wel of deze informatie ook openbaar moet zijn, vanwege mogelijke negatieve effecten van het openbaar maken van kwaliteitsgegevens, zoals selectie van patiënten en *teaching-to-the-test* (zie hoofdstuk 2.2).

2.4.2 Verbod op winst

In theorie kan het toestaan van winstgerichte ziekenhuizen resulteren in een kwaliteitsverlaging (Van der Ploeg, 2004). Zorgaanbieders beslissen over de kwaliteit van het product dat zij de consument aanbieden, maar consumenten kunnen deze kwaliteit niet observeren. Deze vorm van informatie asymmetrie creëert mogelijk prikkels om te bezuinigen op kwaliteitsaspecten die niet observeerbaar zijn (een vorm van *moral hazard*). Deze prikkels zouden voor for-profit ziekenhuizen sterker kunnen zijn dan voor not-for-profit ziekenhuizen.

Empirisch onderzoek levert echter geen ondersteuning voor deze stelling. Dit onderzoek heeft vooral betrekking op de VS, waar winstgerichte en non-profit ziekenhuizen naast elkaar voorkomen. Een recente CPB studie naar het verschil tussen for-profits en not-for-profits, concludeert dat er geen systematisch verschil in kwaliteit is tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen (Koning et al., 2006). Alleen in markten met weinig concurrentie zullen not-for-profit ziekenhuizen mogelijk sneller toegang tot hun diensten verlenen aan niet verzekerde patiënten. Dit verschil verdwijnt echter naarmate de concurrentie toeneemt. Ook wat betreft efficiëntie of prijszettingsgedrag lijkt er weinig verschil te zijn tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen.

In een ander recent literatuuroverzicht komen Dijkgraaf et al. (2006) tot de vergelijkbare conclusie dat “.. ten aanzien van het publieke belang kwaliteit (...) geen systematisch verschil [lijkt] te bestaan tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen. De eigendomsvorm op zich blijkt niet van doorslaggevend belang te zijn voor de kwaliteit van een ziekenhuis. Deze wordt in belangrijke mate bepaald door de eventuele onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen met en zonder winstoogmerk en de rol die kwaliteitsaspecten in aanvulling op de prijs daarbij spelen. Voldoende transparantie lijkt in dat opzicht cruciaal.”

Een mogelijke verklaring voor het geringe verschil tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen is dat binnen not-for-profit ziekenhuizen maatschappen en individuele specialisten actief zijn, die onderhandelen met de ziekenhuisdirectie over de hoogte van vergoedingen.

2.4.3 Directe kwaliteitsregulering

Er is sprake van directe kwaliteitsregulering wanneer de overheid kwaliteitsindicatoren meet en afhankelijk van de scores op dergelijke indicatoren boetes oplegt of andere handhavingsactiviteiten ontplooit, zoals een ziekenhuis (tijdelijk) sluiten of onder verscherpt toezicht stellen. Directe kwaliteitsregulering kan overigens ook betekenen dat zorgaanbieders beloond worden voor het leveren van goede kwaliteit.

In Nederland is directe kwaliteitsregulering in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg die ziekenhuizen levert en hanteert verschillende handhavingsinstrumenten, zoals de bestuurlijke boete, het onder verscherpt toezicht stellen, en indien nodig, het (tijdelijk) sluiten van een faciliteit. Ze doet onderzoek naar de kwaliteit van zorginstellingen en maakt dit onderzoek (deels) openbaar.

Is het wellicht mogelijk om via directe kwaliteitsregulering een voldoende hoog kwaliteitsniveau af te dwingen? Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan globale of gedetailleerde voorschriften met betrekking tot de zorg die aan specifieke patiënten moet worden verleend. Behandelprotocollen en richtlijnen zoals opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaren bevatten precies dit soort informatie, maar dan geformuleerd als aanbevelingen, niet als voorschrift.

Kwaliteitsregulering zou bij de protocollen en richtlijnen kunnen aansluiten door het werken met dergelijke richtlijnen en protocollen verplicht te stellen, en door afwijkingen te bestraffen tenzij hier een goede reden voor bestaat, in lijn met het comply-or-explain principe.

2.4.4 Pay-for-performance

Verscheidene gezondheidseconomen hebben voorgesteld om zorgaanbieders te betalen voor het halen van meetbare kwaliteitsdoelstellingen, zoals het controleren van de cholesterolspiegel bij patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (Cutler 2004). Dit soort bonussen wordt in de literatuur aangeduid met de term pay-for-performance en vindt vooral plaats op structuurindicatoren vanwege de lage ruisgevoeligheid. Vooral in de VS en het VK vindt pay-for-performance steeds meer ingang, niet alleen binnen overheidsprogramma's maar (in de VS) ook bij private zorgverzekeraars en Healthcare Maintenance Organizations (HMO's).

Een alternatieve term voor pay-for-performance (P4P) zou pay-for-quality kunnen zijn. In zijn pure vorm komt pay-for-quality erop neer dat de beloning die zorgaanbieders krijgen afhangt van de kwaliteit van het product dat ze leveren. Als deze kwaliteit moeilijk meetbaar is, kunnen proxies voor kwaliteit gebruikt worden, zoals proces- of structuurindicatoren. In dit geval worden artsen dus beloond wanneer ze een bepaald protocol volgen, hun kennisniveau up-to-date houden, of een operatie verrichten met de beste apparatuur. Dit alles vangen we onder de noemer pay-for-performance.

Zo langzamerhand komen de eerste evaluaties van P4P regelingen beschikbaar. Zo analyseren (Campbell et al., 2007) het pay-for-performance programma in het Verenigd Koninkrijk. Dit werd ingevoerd in 2004. Huisartsen konden punten verdienen op basis van een

groot aantal kwaliteitsindicatoren. In totaal werd op basis van de score op deze indicatoren 1,8 mld pond per jaar verdeeld over huisartsen. Campbell et. al (2007) beschikken over waarnemingen bij 60 huisartsenpraktijken in 1998, 2003 en 2005. Zij richten zich op astma, diabetes en hart- en vaatziekten. In totaal beschikken zij over waarnemingen van ruim 1800 patiënten. De belangrijkste conclusie is dat de kwaliteitsscore voor elk van de drie aandoeningen al verbeterde tussen 1998 en 2003 (dus voor de invoering van pay-for-performance), maar dat tussen 2003 en 2005 het tempo van verbetering toenam. Voor astma en diabetes was die toename in het tempo van verbetering ook statistisch significant.

Harde conclusies kunnen op basis van dit onderzoek niet getrokken worden. In de eerste plaats valt niet uit te sluiten dat de versnelling in kwaliteitsverbetering toe te schrijven valt aan andere factoren dan pay-for-performance, zoals nieuwe geneesmiddelen of behandelwijzen, kortere wachtlijsten, of een daling in de gemiddelde ernst van de aandoening. In de tweede plaats is het mogelijk dat pay-for-performance weliswaar heeft gezorgd voor een betere kwaliteit in de gemeten dimensies, maar dat dit ten koste is gegaan van andere aspecten van de zorg – het teaching-to-the-test effect waar we in hoofdstuk 2 nog op in zullen gaan. Ten slotte kunnen extrinsieke prikkels leiden tot ‘crowding out’ van intrinsieke motivatie (Kreps, 1997; Deci et al., 1999; Benabou en Tirole, 2003). Over het praktische belang van dit effect in de zorg is echter nog weinig bekend.

3 Concurrentie op kwaliteit door kwaliteitstransparantie

Concurrentie op kwaliteit ontstaat als de vraag naar een zorgproduct dat een ziekenhuis biedt (mede) afhangt van de relatieve kwaliteit van dat product: als een toename van de kwaliteit bij ziekenhuis A ten opzichte van de kwaliteit bij ziekenhuis B, leidt tot een verschuiving van een deel van de vraag van ziekenhuis B naar ziekenhuis A. Concurrentie op kwaliteit is sterker naarmate dit effect groter is. Een voorwaarde voor kwaliteitsconcurrentie is dat kwaliteit transparant is.¹⁵

Er zijn verschillende kanalen voor concurrentie op kwaliteit. De vraag naar zorg bij een specifiek ziekenhuis is direct afhankelijk van de keuzes die consumenten als verzekerde en als patiënt maken, maar ook indirect doordat consumenten een agent kiezen die voor hen handelt, zoals een werkgever die onderhandelt over collectieve contracten of een huisarts die hen doorverwijst naar een specifiek ziekenhuis. Tabel 2.1 geeft de verschillende kanalen weer voor concurrentie op kwaliteit.

Als verzekerde kiezen consumenten voor een zorgverzekeraar. Als de kwaliteit van het door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbod een rol speelt bij de keuze voor een verzekeraar, en kwaliteit een rol speelt bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen (bijvoorbeeld doordat verzekeraars verzekerden naar preferente ziekenhuizen met hoge kwaliteit kunnen sturen), leidt dit tot concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen. Een belangrijk aspect van het Nederlandse zorgstelsel is de mogelijkheid collectieve contracten af te sluiten. Vaak sluiten werkgevers voor hun werknemers één of zelfs meerdere collectieve contracten af met verzekeraars. Daarbij treden werkgevers op als agenten voor hun werknemers. Kwaliteit speelt mogelijk een rol bij de keuzes van werkgevers maken bij hun selectie van collectieve contracten. Als patiënt kunnen consumenten kiezen voor een bepaald ziekenhuis. Vaak laten patiënten deze keuze over aan hun huisarts of vragen de huisarts om advies. In dat geval treden huisartsen op als agenten van de patiënt.

Tabel 3.1 Kanalen voor concurrentie op kwaliteit

	Directe keuze	Indirecte keuze via agent
Verzekerden	verzekeraar, werkgever	werkgever, verzekeraar
Patiënten	ziekenhuis, huisarts	huisarts

¹⁵ Concurrentie op kwaliteit kan ook ontstaan als er geen kwaliteitsinformatie is, maar verschillen in kwaliteit via de prijs aan consumenten geloofwaardig gesignaleerd kunnen worden. Dit betekent echter dat er verschillen moeten bestaan in de kosten van verschillende aanbieders om een bepaalde kwaliteit te realiseren. Het moet voor de ene aanbieder duurder zijn dan voor de andere aanbieder om extra kwaliteit te leveren, en dit verschil in kosten moet toenemen met het kwaliteitsniveau (Bolton en Dewatripont, 2005).

3.1 Gebruiken verzekerden en patiënten gepubliceerde kwaliteitsinformatie?

In deze paragraaf gaan we na wat er bekend is over het effect van kwaliteitsinformatie op de keuzes die patiënten direct (wanneer ze een verzekeraar of zorgaanbieder kiezen) of indirect (via hun agenten) maken.

3.1.1 Verzekerden

Stel dat de problemen rond het meten, corrigeren en presenteren van kwaliteitsinformatie zijn opgelost, zodat consumenten kunnen beschikken over betrouwbare, gemakkelijk te interpreteren kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders. *Gebruiken* verzekerden die informatie dan ook bij het kiezen van een aanbieder of van een verzekeraar die niet alle aanbieders contracteert? In de VS is veel onderzoek gedaan naar deze vraag. De kwaliteit van verzekeraars wordt daar vaak weergegeven met zogenoemde *health plan report cards*. Dergelijke kwaliteitsrapporten beschrijven aan de hand van een aantal indicatoren de kwaliteit van een zorgverzekeraar. Gebruiken verzekerden deze kwaliteitsrapporten en zo ja, hoe dan?

Een deel van de beschikbare onderzoeken laat zien dat de informatie in *health plan report cards* weinig of geen invloed heeft op de keuzes van verzekerden (Chernew en Scanlon, 1998; Farley et al., 2002). Zo stapt slechts een klein aantal consumenten over naar een andere verzekeraar als gevolg van gerapporteerde kwaliteitsscores (Chernew et al., 2001). Ander onderzoek vindt in het geheel geen verband tussen kwaliteitsinformatie of consumententevredenheid en het overstapgedrag van verzekerden (Abraham et al., 2006).

Er is echter ook onderzoek dat laat zien dat de kwaliteitsrapporten de keuze van een zorgverzekering significant beïnvloeden. Consumenten switchen vooral als zij een verzekering met een lager dan gemiddeld gerapporteerde kwaliteit hebben. Dit effect is echter klein (Beaulieu, 2002). Daarnaast vermijden werknemers verzekeringen die slecht scoren op veel kwaliteitsindicatoren, maar worden ze niet aangetrokken door verzekeringen met veel bovengemiddelde scores (Scanlon et al., 2002). Ten slotte blijken werknemers gevoelig te zijn voor subjectieve kwaliteitsinformatie op basis van patiënttevredenheidsscores. Dit effect is sterker voor nieuwe werknemers (Wedig en Tai-Seale, 2002). In één studie blijkt het effect van het publiceren kwaliteitsrapporten op de keuze van verzekerden vrijwel geheel veroorzaakt door klanttevredenheidsscores (Dafny en Dranove, 2005).

Een probleem met deze onderzoeken is dat het moeilijk is te corrigeren voor andere bronnen van informatie die consumenten gebruiken bij hun keuze. Weten de consumenten misschien ook zonder *report cards* welke de goede verzekeraars zijn en is dat misschien de reden dat de effecten van kwaliteitsinformatie klein blijken? Jin en Sorensen (2006) proberen deze vraag te beantwoorden door gebruik te maken van twee soorten kwaliteitsinformatie: enerzijds informatie die voor iedereen beschikbaar is en anderzijds informatie die alleen voor artsen beschikbaar is. De openbare informatie blijkt de keuze van slechts een zeer kleine groep consumenten te beïnvloeden. Dit zou kunnen betekenen dat een grote groep patiënten ook

zonder openbare kwaliteitsinformatie erachter kan komen of een ziekenhuis goed of minder goed is, maar kan ook inhouden dat kwaliteitsinformatie weinig effect heeft. Voor de kleine groep consumenten wier keuze wel beïnvloed wordt, is het welvaartseffect echter substantieel.

Overigens geven consumenten desgevraagd aan kwaliteitsgegevens te zullen gebruiken bij hun keuze van verzekeraar (Edgman-Levitan and Cleary, 1996; Hibbard and Jewett, 1996; Hibbard et al. 2002).

Al met al blijkt uit dit (vooral Amerikaans) onderzoek dat gepubliceerde kwaliteitsinformatie over het gecontracteerde zorgaanbod weinig invloed heeft op de keuze van verzekeraar. De voorzichtige conclusie luidt dan ook dat (gezonde) *verzekerden* kwaliteitsdata weliswaar graag gepubliceerd zien, maar dat ze in de praktijk weinig gebruik lijken maken van dergelijke gegevens. Als er al een effect is, gaat het om het vermijden van verzekeraars met een erg slechte score en kiezen verzekerden vooral op basis van patiënttevredenheid. Veel experts onderschrijven deze conclusie (Dranove, 2000; Marshall, 2000).

3.1.2 Patiënten

In het laatste kwartaal van 2005 werden in het Universitair Medisch Centrum St. Radboud (UMC) in Nijmegen minder hartoperaties werden uitgevoerd dan gebruikelijk. De terugloop in het aantal operaties volgde nadat in september 2005 de verhoogde mortaliteit voor hartoperaties in het UMC St Radboud bekend werd (IGZ, 2005). Dergelijke anekdotes suggereren dat patiënten in tegenstelling tot verzekerden wél reageren op kwaliteitsinformatie. Dit ligt ook voor de hand: als patiënt speelt kwaliteit immers geen rol meer omdat de verzekeringspremie al betaald is.

Het weinige ons bekende onderzoek ondersteunt dit. Howard (2005) onderzoekt voor niertransplantaties het effect van gepubliceerde kwaliteitsinformatie op de keuze van ziekenhuis, waarbij kwaliteit gedefinieerd is als de kans op afstoting binnen een jaar na de transplantatie. Patiënten die in aanmerking komen voor een transplantatie blijken gevoelig te zijn voor verschillen in kwaliteit, met de kanttekening dat kwaliteit bij transplantaties relatief goed te meten is en dat de prikkels om te kiezen voor hoge kwaliteit zorg sterk is aangezien het vaak gaat om het verschil tussen leven en dood. Hodgkin (1996) bestudeert hoe veranderingen in de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg de keuze van patiënten voor een ziekenhuis beïnvloedt. Hij concludeert dat patiënten sneller een ziekenhuis kiezen dat beschikt over dergelijke gespecialiseerde faciliteiten, mits ze deze misschien nodig hebben.

Enkele studies laten daarnaast een positief verband zien tussen de gerapporteerde kwaliteitsratings en daaropvolgende veranderingen in het marktaandeel van ziekenhuizen (Mukamel en Mushlin, 1998; Cutler et. al., 2004). Cutler et al. concluderen dat ziekenhuizen die volgens de gepubliceerde ratings niet goed presteerden, vervolgens relatief gezonde patiënten kwijtraakten aan concurrerende instellingen.

Dat niet alle resultaten in dezelfde richting wijzen, blijkt uit onderzoek van Schneider and Epstein (1998). Zij onderzochten met een enquête of patiënten die hartchirurgie hebben

ondergaan openbare informatie over de mortaliteitsratio's van ziekenhuizen hebben gebruikt. Slechts 12% van de ondervraagde patiënten bleek te weten dat dergelijke gegevens bestaan, terwijl minder dan 1% aangaf dat ze een rol hadden gespeeld bij hun keuze van ziekenhuis.

Enquête juni 2007 onder leden Diabetes Vereniging Nederland (DVN)

In juni 2007 heeft het CPB samen met de DVN een schriftelijke en digitale enquête uitgevoerd onder de leden van de DVN. Uiteindelijk retourneerden 3270 leden de enquête. Onderstaande tabel geeft de antwoorden voor een tweetal vragen weer. Respondenten konden kiezen uit een schaal van 1 tot 5, waarbij 1= helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens.

Resultaten enquête (N=3270)

	1	2	3	4	5	(leeg)
Ik weet welk ziekenhuis de beste kwaliteit diabeteszorg levert	18%	11%	25%	14%	24%	7%
Ik kies zelf mijn ziekenhuis	43%	14%	16%	8%	13%	7%

Daarnaast is, gebruik makende van kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen uit 2005, een econometrische analyse gemaakt van het keuzegedrag van diabetici. Voor een deel van de respondenten was het bezochte ziekenhuis bekend. Voor elke respondent bepalen we het aantal ziekenhuizen binnen een straal van 25 km. Voor elk van die ziekenhuizen in de keuzeset weten we de afstand tot de patiënt, de kwaliteit van het ziekenhuis gemeten door het percentage diabetici waarop een funduscopie (een controle van het netvlies) is uitgevoerd en door de gemiddelde HbA1C waarde (een maat voor de bloedsuikerspiegel) van de diabetici die het ziekenhuis bezochten. We kunnen nu de keuze van diabetici voor een ziekenhuis relateren aan de attributen van de mogelijke keuzes: de afstand en de kwaliteit (hba1c en funduscopie) door een zogeheten conditionele logit te schatten. Hiermee schat je de kans dat een ziekenhuis met bepaalde karakteristieken gekozen wordt. De resultaten van die schatting, met als te verklaren variabele de keuze voor een bepaald ziekenhuis, staan in de tabel hieronder weergegeven.

Resultaten conditionele logit (N=2053, Log likelihood = - 1501.9004)

	Coëfficiënt	Standaardfout	P (95%)
Afstand	- 0,2837	0,0083	0,0000
Waarde hba1c	0,0538	0,0803	0,5030
Waarde funduscopie	- 0,0043	0,0020	0,0290

De afstand tot het ziekenhuis en funduscopie blijken significant te zijn, maar hba1c is niet significant. Hoe verder weg, hoe kleiner de kans dat het ziekenhuis gekozen wordt. Dit is zoals verwacht. Hoe hoger de score op funduscopie, hoe lager de kans dat het ziekenhuis gekozen wordt. Dit is onverwachts en wijst mogelijk op een slechte kwaliteit van de data over ziekenhuiskwaliteit, maar kan ook gerelateerd zijn aan selectie-effecten.

Uit een enquête die het CPB in samenwerking met de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) onder diabetici uitvoerde (zie tekstbox), blijkt dat 18% van de respondenten het helemaal eens is met de stelling "Ik weet welk ziekenhuis de beste kwaliteit diabeteszorg levert". Daarnaast is 43% van de patiënten het eens met de stelling "Ik kies zelf mijn ziekenhuis". De analyse laat ook zien dat de scores van ziekenhuizen op diabetesspecifieke kwaliteitsparameters slechts in beperkte mate correleren met de feitelijke keuzes van diabetici. Voor de beschikbare output

indicator (het gemiddelde HbA1c niveau) geldt dat er helemaal geen verband is, terwijl voor de beschikbare procesindicator (het percentage patiënten dat een funduscopie ondergaat) er wel een significant verband is, maar met het verkeerde teken. Dit kan betekenen dat diabetici niet of nauwelijks rekening houden met dergelijke openbare kwaliteitsindicatoren, maar kan ook inhouden dat deze indicatoren onbetrouwbaar zijn of dat selectie-effecten een rol spelen.

Al met al concluderen we dat patiënten in tegenstelling tot verzekerden wél reageren op kwaliteitsinformatie. Een kanttekening bij deze conclusie is dat patiënten met acute of eenmalige zorgbehoefte mogelijk verschillen van patiënten met een chronische aandoening. Bij chronische aandoeningen werken reputatiemechanismen mogelijk beter, er is immers gedurende een lange periode herhaald contact tussen de zorgaanbieder en de klant. Openbare informatie zal dan een beperkte invloed hebben op de keuzes van patiënten. Daarnaast is de kwaliteit van zorg voor chronisch zieke patiënten waarschijnlijk in sterkere mate afhankelijk van zorgaanbieders buiten het ziekenhuis en het gedrag van de patiënt zelf.

3.1.3 Collectieven

In 2007 werd 57 % van de zorgverzekeringen in Nederland afgesloten via een collectief contract. Meer dan tweederde hiervan loopt via een werkgever (NZa, 2007). Werkgevers spelen dus een belangrijke rol als onderhandelaar over collectieve zorgverzekeringen. Om een collectief contract af te sluiten, selecteert een werkgever één of meerdere verzekeraars met wie hij onderhandelt over de contracten. Werkgevers treden hierbij als agenten op voor hun werknemers.

Wanneer werkgevers bij het selecteren en onderhandelen over collectieve contracten rekening houden met de kwaliteit van de afgesloten zorgverzekeringen, kunnen zorgverzekeraars marktaandeel veroveren door een betere kwaliteit dan concurrenten te leveren. Met andere woorden, als kwaliteit een rol speelt bij de selectie van zorgverzekeringen door werkgevers (en andere partijen die collectieve contracten afsluiten), speelt kwaliteit ook een rol bij concurrentie tussen zorgverzekeraars

Als werknemers langdurig ziek worden, of vaak ziek zijn, leidt dit tot financiële schade voor werkgevers. Kwalitatief goede zorg kan aan snel herstel van zieke werknemers bijdragen. Werkgevers hebben er daarom belang bij collectieve contracten af te sluiten bij verzekeraars die zorg van goede kwaliteit contracteren.

Of de kwaliteit van de door een zorgverzekeraar gecontracteerde zorg daadwerkelijk een rol speelt bij de selectie van collectieve zorgverzekeringen door werkgevers, is een empirische vraag. Uit onderzoek onder werkgevers in de VS blijken gemiddeld te kiezen voor zorgverzekeringen met hoge kwaliteitsscores van verzekeringen, zowel absoluut -wat betreft voorkeur voor de beste verzekering- als relatief -wat betreft voorkeur voor verzekeringen die hoger scoren dan andere verzekeringen- (Chernew et al., 2004). Daarnaast blijken werkgevers rekening te houden met voorkeuren van verzekerden. Een grotere diversiteit aan voorkeuren

blijkt te leiden tot een grotere diversiteit aan door de werkgever gecontracteerde en aan haar werknemers aangeboden verzekeringen (Moran et al., 2001; Bundorf, 2002).

Uit enquêtes onder werkgevers blijkt echter dat in 2000 iets minder dan 30% rekening hield met de kwaliteitsscores op basis van de Health Plan Employer Data Set (HEDIS), de kwaliteitsdata die een groep werkgevers bijhoudt. Op een ranglijst van factoren waar werkgevers in de VS rekening mee houden kwamen HEDIS scores dan ook als zesde uit de bus (Schauffler en Mordavsky, 2001). De variëteit en hoeveel van data spelen mogelijk een rol bij deze tegenvallende uitkomsten (Hibbard et al., 1997).

We concluderen dat werkgevers in Nederland een rol zouden kunnen spelen bij het versterken van concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen, maar dat dit vooralsnog waarschijnlijk in beperkte mate het geval is.

3.1.4 Huisartsen

Wanneer huisartsen (of andere zorgaanbieders) een patiënt doorverwijzen naar een bepaald ziekenhuis treden ze op als agent voor hun patiënten. Ook kunnen huisartsen de patiënt met advies ondersteunen bij hun keuze. Kwaliteitsinformatie kan dit doorverwijsgedrag of advies beïnvloeden en zo een rol spelen bij het stimuleren van concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen. Omdat patiënten hun huisarts vaak vertrouwen en diens advies waarschijnlijk ter harte nemen, kan de rol van huisartsen in potentie groot zijn. Daarbij kunnen huisartsen mogelijk overweg met gedetailleerde kwaliteitsinformatie die voor de patiënt moeilijk te begrijpen of te interpreteren is.

Er is echter weinig empirisch onderzoek naar het gebruik dat zorgaanbieders zoals huisartsen van kwaliteitsinformatie maken. Uit onderzoek onder hartspecialisten in New York blijkt dat velen de mortaliteitsstatistieken niet vertrouwen, dat zij de informatie niet of nauwelijks met hun patiënten bediscussiëren en dat het hun doorverwijsgedrag zelden beïnvloedt (Hannan, 1997). Een gebrek aan vertrouwen in de juistheid van kwaliteitsgegevens kan dan ook een belemmering vormen voor het gebruik van kwaliteitsinformatie bij het doorverwijzen van patiënten (Marshall, 2003). Vertrouwen in de betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens is dan ook cruciaal.

3.2 Leidt meer informatie altijd tot betere uitkomsten?

Vaak geldt: hoe meer informatie hoe beter. In de zorg is dit verassend genoeg niet altijd het geval. Consumenten, artsen, ziekenhuizen of verzekeraars kunnen op een maatschappelijk ongewenste wijze reageren op kwaliteitsinformatie. Meer informatie kan hierdoor resulteren in negatieve bijwerkingen die ertoe leiden dat het eindresultaat slechter is dan zonder kwaliteitsinformatie. Drie mechanismen spelen hierbij een rol.

Mechanisme 1: teaching-to-the-test

Als verzekerden en patiënten geen moeite hebben met het interpreteren en verwerken van uitgebreide hoeveelheden kwaliteitsinformatie, en in staat zijn om de voor- en nadelen van verschillende keuzes goed af te wegen, valt te verwachten dat ze op basis van die informatie die keuzes zullen maken die goed aansluiten bij hun preferenties.

Wanneer er echter een vertaalslag nodig is voordat consumenten kwaliteitsinformatie kunnen gebruiken, zullen vormgeving en keuze van indicatoren mede bepalen welke keuzes consumenten maken. Ook als consumenten niet goed in staat zijn sommige voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen, kan vormgeving en keuze van indicatoren en rol spelen bij de keuzes van consumenten.

Stel dat consumenten hun keuze baseren op enkele kwaliteitsindicatoren die samen een onvolledig beeld schetsen van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg als geheel. Aanbieders hebben dan een prikkel zich vooral te richten op deze indicatoren. Amerikaans onderzoek laat zien dat consumenten zich bij hun feitelijke keuzegedrag vooral laten leiden door kwaliteitsoordelen van andere consumenten en niet zozeer door objectieve kwaliteitscriteria over de gecontracteerde zorg (Dafny en Dranove, 2005). Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat de kwaliteitsoordelen van andere consumenten nauwelijks correleren met zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten, maar veel meer met zaken als bejegening en communicatie. De onderzoekers vragen zich dan ook af of consumenteninformatie wel leidt tot de juiste kwaliteitsprikkel voor zorgverzekeraars. Wanneer patiënten een ziekenhuis kiezen op basis van bejegening of communicatie, mogelijk omdat ze andere indicatoren niet begrijpen, zullen ziekenhuizen zich vooral richten op patiënttevredenheid in plaats van andere aspecten van kwaliteit. Dit wordt ook wel *teaching to the test* genoemd: je doet vooral je best om goed te scoren op datgene wat gemeten wordt. Kwaliteitsdimensies die niet of moeilijker meetbaar zijn, of die moeilijk te begrijpen zijn voor patiënten, komen daardoor in de verdrinking. Voor beleidsmakers wijst dit op een mogelijk dilemma tussen enerzijds bejegening en communicatie en anderzijds zorginhoudelijke kwaliteit.

Mechanisme 2: risicoselectie door verzekeraars

Gedetailleerde informatie kan risicoselectie door verzekeraars uitlokken. Er is sprake van risicoselectie wanneer verzekeraars hun verzekeringen zo ontwerpen dat verzekerden met een verschillend risicoprofiel verschillende verzekeringen afsluiten. Glazer and McGuire (2006) laten in een theoretisch model zien dat het geven van gedetailleerde informatie over kwaliteit ertoe kan leiden dat verzekeraars aan *cherry picking of cream skimming* gaan doen: ze kiezen de kwaliteit van hun verzekering zo, dat ze alleen de winstgevende klanten aantrekken. Dit leidt ertoe dat klanten die veel geld kosten, bijvoorbeeld omdat ze een hoog risico op een kostbare aandoening lopen, niet of slechts tegen betaling van hoge premies verzekerd zullen worden. Verzekeraars die niet aan risicoselectie doen, blijven immers achter met duurdere klanten en rekenen daardoor hoge premies. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is alleen

geaggregeerde kwaliteitsinformatie te verstrekken (bijvoorbeeld op instellingsniveau in plaats van per aandoening), maar zoals eerder betoogd is hierdoor de kwaliteitsinformatie minder bruikbaar voor consumenten.

Dat averse selectie door verzekeraars niet een puur theoretische mogelijkheid is, blijkt uit empirisch onderzoek naar het bestaan van selectie van aantrekkelijke verzekerden door Medicare HMO's ten koste van traditionele Fee-For-Service verzekeringen in de VS (Cao en McGuire, 2003). De onderzoekers vinden dat Medicare HMO's inderdaad aantrekkelijke verzekerden lokken door te differentiëren in de kwaliteit van aangeboden services, met als gevolg hogere kosten voor Fee-For-Service verzekeringen. In Nederland is risicoselectie minder aantrekkelijk door de combinatie van basispakket met risicoverevening.

Dit wijst op een dilemma voor beleidsmakers tussen het tegengaan van selectie door verzekeraars en het verstrekken van zo bruikbaar mogelijke informatie. Helaas weten we niet hoe belangrijk dit soort gedrag van verzekeraars is in de praktijk. In ieder geval zal de risicoverevening in het Nederlandse zorgstelsel de prikkel bij verzekeraars verminderen om vooral de goede risico's aan te trekken.

Mechanisme 3: risicoselectie door ziekenhuizen

Publicatie van kwaliteitsinformatie kan artsen en ziekenhuizen een prikkel geven om bepaalde patiënten te mijden. Een spraakmakend onderzoek van Dranove et al. (2003) laat zien dat zogenoemde *health care report cards* voor Medicare patiënten in de VS dit effect hebben gehad. Uit eerder onderzoek was gebleken dat sterftecijfers significant daalden nadat deze statistieken publiek gemaakt werden (Hannan et al., 1994; Peterson et al., 1998). Dranove et al. laten echter zien dat dit effect mede ontstaat doordat ziekenhuizen gezonde patiënten prefereren boven patiënten met een hoog risico op overlijden. Ziekenhuizen weigerden risicovolle patiënten of verwezen ze door naar andere ziekenhuizen.¹⁶

Dit is een onverwacht en mogelijk ongewenst gevolg van het publiceren van kwaliteitsindicatoren. Het achterliggende probleem is hier dat niet goed gecorrigeerd is (en mogelijk niet gecorrigeerd kon worden) voor verschillen in patiëntzwaarte. Als voor de casemix gecorrigeerd zou (kunnen) worden, verdwijnt de mogelijkheid om door selectie betere kwaliteitsscores te verkrijgen. Daarnaast kunnen intrinsieke motivatie van artsen (arbeidsethiek) en aggregatie van kwaliteitsdata de mogelijkheid tot risicoselectie door ziekenhuizen beperken. Overigens is deze selectie niet noodzakelijk per definitie slecht voor de samenleving als geheel. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat je zeer ernstig zieke patiënten niet moet behandelen omdat ze een grote kans hebben tijdens de operatie te overlijden.

Er is sprake van een mogelijk dilemma waarbij beleidsmakers moeten kiezen tussen enerzijds het tegengaan van strategisch gedrag door zorgaanbieders en anderzijds het verstrekken van zo bruikbaar mogelijke informatie. De mate waarin risicoselectie door

¹⁶ Er was daarnaast ook een positief effect: de rapporten hadden een betere matching van patiënten en ziekenhuizen tot gevolg.

ziekenhuizen zich in Nederland zal voordoen is onbekend. Het is echter verstandig om bij het monitoren van de gevolgen van grotere kwaliteitstransparantie ook aandacht te besteden aan dit soort negatieve effecten. Het is daarom van belang goed te meten hoe consumenten op kwaliteitsinformatie reageren, hoe verschillende kwaliteitsdimensies veranderen en hoeveel middelen ziekenhuizen uitgeven om deze veranderingen te realiseren. Beleid kan dan gaandeweg bijgesteld worden als evaluaties beschikbaar komen.

3.3 Moet kwaliteitstransparantie worden afgedwongen?

Het huidige beleid gaat uit van vrijwillige deelname van ziekenhuizen aan het vergroten van de kwaliteitstransparantie. Een vaak gehoord argument is dat vrijwilligheid het draagvlak bij artsen vergroot om serieus mee te werken aan de registratie van kwaliteitsgegevens. Bij een van boven opgelegde registratieverplichting zou het gevaar bestaan dat het draagvlak afkalft met als gevolg minder betrouwbare gegevens.

Een ander argument voor vrijwilligheid is dat transparantie vanzelf zou ontstaan als dat sociaal wenselijk is (Viscusi, 1978; Grossman en Hart, 1980), dit wordt ook wel het *unravelling* resultaat genoemd. Dit mechanisme werkt beter als er concurrentie is. Een goed ziekenhuis heeft immers iets te winnen bij het bekend maken van informatie en zal daarom uit zichzelf informatie bekend maken. Dit heeft tot gevolg dat een ziekenhuis dat geen informatie bekend maakt automatisch als minder goed gezien wordt. Het effect versterkt daardoor zichzelf: uiteindelijk zullen alle ziekenhuizen (behalve de slechtste) gedwongen zijn te volgen, of ze nu willen of niet. Sommige theoretische modellen voorspellen dan ook dat meer concurrentie tussen ziekenhuizen de druk tot openbaarmaking van kwaliteitsinformatie zal vergroten. Een voorwaarde is wel dat de informatie betrouwbaar is, dat wil zeggen dat een slecht ziekenhuis niet kan doen alsof het een goed ziekenhuis is door de informatie die het geeft te manipuleren.

Er zijn echter ook theoretische inzichten die uitwijzen dat het full-disclosure mechanisme niet altijd werkt. Als de private kosten van transparantie groot zijn, bestaat het risico dat ze niet opwegen tegen de extra opbrengsten (Viscusi, 1978). Transparantie komt dan niet tot stand, ook al is dat maatschappelijk wenselijk. Als het bekendmaken van kwaliteitsinformatie positieve externe effecten met zich meebrengt, bijvoorbeeld doordat kwaliteitsinformatie de *totale* vraag naar zorg vergroot, willen bedrijven gratis meeliften op de inspanningen van andere bedrijven om transparantie te creëren (Milgrom and Roberts, 1986). Transparantie komt ook niet vanzelf tot stand als maar een klein aantal klanten de informatie kan begrijpen, terwijl een groot aantal klanten alleen maar weet dat de informatie openbaar is gemaakt (Fishman en Hagerty, 2003).

Uit recent empirisch onderzoek in de VS naar de effecten van concurrentie op transparantie komt naar voren dat meer concurrentie gepaard ging met minder vrijwillige informatieverschaffing door Health Maintenance Organizations (Jin, 2005). Ook is er onderzoek naar verzekeraars die op vrijwillige basis data aanleveren voor een set kwaliteitsindicatoren die bekend staat onder de naam HEDIS. Dit onderzoek gaat na welke

verzekeraars ophouden met het leveren van data. Verzekeraars die het ene jaar slecht scoren volgens de HEDIS-metingen, blijken een grotere kans hebben om het volgende jaar niks meer aan te leveren (McCormick, 2002).¹⁷ Ook dit suggereert dat vrijwillige aanlevering niet altijd even effectief is.

De Nederlandse ervaringen van de afgelopen jaren suggereren dat vrijwilligheid soms kan werken. Het beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie is in Nederland niet verplicht. In 2003 ontwikkelden de Inspectie in samenwerking NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) de zogenoemde Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen. Afsproken werd dat ziekenhuizen op vrijwillige basis de informatie openbaar zouden maken. Een groot deel van de ziekenhuizen maakte vervolgens de informatie in 2004 openbaar. Ziekenhuizen die geen informatie ter beschikking stelden, kwamen op de toenmalige ranglijsten onderaan te bungelen.

Een mogelijk nadeel van vrijwilligheid is dus dat artsen en ziekenhuizen die vrezen voor een ongunstige kwaliteitsscore de initiatieven gericht op kwaliteitstransparantie kunnen vertragen, saboteren of gewoonweg niet zullen deelnemen. Vrijwilligheid kan daarnaast tot verkeerde resultaten leiden als consumenten niet reageren op bepaalde indicatoren (bijvoorbeeld omdat ze deze niet begrijpen of niet vertrouwen) en wel op andere. In de praktijk zal transparantie dan vooral ontstaan voor kwaliteitsdimensies met indicatoren waarop consumenten sterk op reageren (bijvoorbeeld patiënttevredenheid) en niet op inhoudelijke indicatoren die wel een belangrijke maatstaf van kwaliteit vormen. Dit kan ertoe leiden dat ziekenhuizen wél concurreren op service, maar niet op het minimaliseren van complicaties of het verbeteren van de apparatuur.

Bovenstaande wijst op een mogelijk dilemma tussen enerzijds het vergroten van het draagvlak voor kwaliteitstransparantie en anderzijds het afdwingen van deelname bij artsen en instellingen die niet uit eigen beweging meewerken aan het vergroten van kwaliteitstransparantie. In welke mate dit dilemma zich in de praktijk voordoet is op voorhand niet duidelijk. Dit pleit voor een beleid gericht op vrijwilligheid, maar met als stok achter de deur een geloofwaardige dreiging om op termijn transparantie af te dwingen bij artsen en instellingen die niet meewerken. Een andere mogelijkheid is bijvoorbeeld een *opt-in-or-opt-out* stelsel, waarbij de overheid in samenwerking met de sector een set indicatoren opstelt, waar zorgaanbieders vervolgens op een alles-of-niet basis gegevens voor aanleveren. Als een zorgverzekeraar meedoet, moet hij aan alle eisen voldoen (*opt-in*). Als een zorgaanbieder te weinig informatie aanlevert, of niet aan de eisen voldoet, komt hij onderaan de lijst te bungelen (*opt-out*).

¹⁷ Het is onbekend of de betreffende verzekeraars nadeel ondervonden van hun beslissing.

4 Conclusies

Wil marktwerking in de zorg een kans krijgen, dan is kwaliteitstransparantie onontkoombaar. Dit is waarschijnlijk het belangrijkste argument om snel kwaliteitstransparantie te realiseren. Laat daarbij perfectionisme niet in de weg van het nuttige staan: kwaliteitstransparantie hoeft niet perfect te zijn om nuttig te zijn. Daarbij kan kwaliteitstransparantie ook op andere manieren bijdragen aan een betere kwaliteit. Ten eerste kan kwaliteitsinformatie in combinatie met beroepsethiek van artsen ook een positief effect op kwaliteit hebben. Ten tweede zijn ziekenhuizen complexe organisaties, waarbinnen ingewikkelde onderhandelingen plaatsvinden tussen verschillende specialistengroepen en de ziekenhuisdirectie. Mogelijk beïnvloedt kwaliteitstransparantie die onderhandelingen, waardoor het voor partijen die dit belangrijk vinden (dit kan zowel de directie, als een arts, of een groep artsen zijn) gemakkelijker wordt een kwaliteitsverbetering af te dwingen. Voor kwaliteitsborging -of dat nu gebeurt door directe regulering of concurrentie op kwaliteit of arbeidsethos, kwaliteitstransparantie- is verzameling van gedetailleerde en betrouwbare kwaliteitsgegevens een vereiste.

Het is mogelijk dat kwaliteitstransparantie vanzelf ontstaat als gevolg van concurrentie. De ervaringen in de VS stemmen hierover echter niet hoopvol. In Nederland heeft vrijwilligheid in het recente verleden een lijst van indicatoren opgeleverd waaraan veel ziekenhuizen deelnamen. De vraag is wel of deze alle relevante indicatoren bevat en of de data betrouwbaar is. Vrijwilligheid kan bijdragen aan betere kwaliteit van de aangeleverde data, maar riskeert ook dat sommige aanbieders niet goed meedoen. Een mogelijkheid voor genereren van de benodigde informatie die het midden houdt tussen verplicht stellen en vrijwilligheid is zorgaanbieders de keuze te geven: *opt-in or opt-out*. Een toezichthouder stelt een set van indicatoren op en de voorwaarden waaronder data geleverd moeten worden. Deze voorwaarden kunnen bijvoorbeeld externe controle op de betrouwbaarheid van gegevens omvatten. Zorgaanbieders die mee willen doen, moeten aan deze voorwaarden voldoen (*opt-in*). Ziekenhuizen die niet meedoen, onvoldoende data aanleveren of niet aan de eisen voldoen, komen vervolgens onder aan de lijst te bungelen (*opt-out*).

Kwaliteitstransparantie kent echter ook risico's. Risicoselectie door verzekeraars is in Nederland waarschijnlijk geen groot probleem, vanwege het hier gehanteerde risicovereveningssysteem. Risicoselectie door ziekenhuizen is daarentegen wel een reëel risico. Het is dan ook belangrijk om te monitoren of een dergelijk onwenselijk effect zich voordoet. Ook teaching-to-the-test is een mogelijk risico wanneer consumenten hun keuze baseren op enkele kwaliteitsindicatoren die samen een onvolledig beeld schetsen van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg als geheel. Aanbieders hebben dan een prikkel zich vooral te richten op deze indicatoren. Tot slot dienen beleidsmakers zich te realiseren dat concurrentie op kwaliteit ertoe kan leiden dat er verschillen in kwaliteit ontstaan, als dit in overeenstemming is met de preferenties van consumenten. Waar het ene ziekenhuis zich richt op hoog kwalitatieve maar

dure zorg, zal het andere zich dan richten op goedkopere maar in bepaalde dimensies minder goede zorg.

Ten slotte is het van groot belang betrouwbare datasets te creëren aan de hand waarvan beleidsmakers ontwikkelingen in de zorg effectief kunnen monitoren. Vindt er risicoselectie plaats? Zijn er aanwijzingen dat ziekenhuizen die minder goed presteren achterlopen bij het transparant maken van kwaliteit? Zijn er aanwijzingen dat ziekenhuizen zich meer richten op patiënttevredenheid ten koste van zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten?

Deze datasets moeten informatie bevatten over prijzen, hoeveelheden en kwaliteit van producten en moeten toegankelijk zijn voor toezichthouders. Op dit moment is het toezicht op prijs (NZa) en kwaliteit (IGZ) van elkaar gescheiden en is het verzamelen en beheren van data deels in private handen (bijvoorbeeld Vectis). Dit leidt ertoe dat datasets die zich richten op verschillende aspecten van zorg (prijs, kwaliteit, hoeveelheid) mogelijk niet goed op elkaar zijn afgestemd, terwijl toegankelijkheid niet noodzakelijk gegarandeerd is. Het is belangrijk dat deze datasets voor alle toezichthouders toegankelijk en met elkaar te combineren zijn. Prijs en kwaliteit zijn verschillende karakteristieken van hetzelfde product, en veranderingen in prijsregulering kan de kwaliteit beïnvloeden, terwijl veranderingen in kwaliteitsregulering de prijs kunnen beïnvloeden. Het is dan ook van belang prijsregulering en kwaliteitsregulering goed op elkaar af te stemmen.

Dilemma's

De analyse in de voorgaande paragrafen laat zien dat beleidsmakers bij het transparant maken van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders op een aantal mogelijke dilemma's stuiten. Deze dilemma's zijn gerelateerd aan vier keuzes: welk type indicatoren, welke mate van aggregatie en welke dimensies van kwaliteit, en hoe kwaliteitstransparantie tot stand moet worden gebracht.

Keuze 1: welk type indicatoren te gebruiken. Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: het vermijden van statistische ruis door een focus op proces en structuur versus meten waar het echt om gaat door een focus op uitkomsten. Uitkomstindicatoren zijn gevoelig voor invloeden buiten het ziekenhuis, zoals het gedrag van de patiënt zelf. Bij kleine kansen op zeer ongunstige uitkomsten (zoals overlijden van de patiënt) zijn uitkomstindicatoren bovendien gevoelig voor statistische ruis. Een gedeeltelijke oplossing voor deze problemen is proces- en structuurindicatoren te presenteren in plaats van uitkomstindicatoren. Hier staat tegenover dat een goede score op procesindicatoren niet een goede voorspeller hoeft te zijn van de kwaliteit van de uitkomst.

Keuze 2: welke mate van aggregatie toe te passen. Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: meer gebruikersgemak door aggregatie versus hoger informatiegehalte en een groter risico op strategisch gedrag door disaggregatie. Omdat ziekenhuizen een breed scala aan activiteiten uitvoeren, is het niet goed mogelijk de ziekenhuiskwaliteit in een klein aantal indicatoren te meten. Echter, als de consument wordt geconfronteerd met een grote hoeveelheid

detailinformatie ziet hij door de bomen het bos niet meer. Daarbij kan gedetailleerde informatie over kwaliteit tot *cherry picking* of *cream skimming* door verzekeraars: ze kiezen de kwaliteit van hun verzekering zo, dat ze alleen de winstgevende klanten aantrekken. De risicoverevening in het Nederlandse zorgstelsel zal deze prikkel verzachten. Ook vergemakkelijkt gedetailleerde informatie strategisch gedrag door zorgaanbieders. Aan de andere kant kan gedetailleerde informatie wel nuttig zijn voor werkgevers, zorgverzekeraars en private informatie-intermediairs.

Keuze 3: welke dimensies van kwaliteit mee te nemen? Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: bejegening en communicatie versus zorginhoudelijke kwaliteit. Wanneer patiënten een ziekenhuis kiezen op basis van bejegening of communicatie, mogelijk omdat ze andere indicatoren niet begrijpen, bestaat het risico dat ziekenhuizen en artsen zich vooral richten op patiënttevredenheid in plaats van andere aspecten van kwaliteit

Keuze 4: Hoe moet kwaliteitstransparantie tot stand worden gebracht? Het dilemma waar beleidsmakers voor staan is: volledige deelname door dwang versus motivatie door vrijwilligheid. Het is aannemelijk dat vrijwilligheid het draagvlak bij artsen vergroot om serieus mee te werken aan de registratie van kwaliteitsgegevens. Vrijwilligheid heeft echter ook een mogelijk nadeel. Artsen en ziekenhuizen die vrezen voor een ongunstige kwaliteitsscore kunnen de initiatieven gericht op kwaliteitstransparantie vertragen of anderszins saboteren. Dit pleit voor een beleid gericht op vrijwilligheid, maar met als stok achter de deur een geloofwaardige dreiging om op termijn transparantie af te dwingen bij artsen en instellingen die niet meewerken. Een andere mogelijkheid is een *opt-in-or-opt-out* stelsel, waarbij de overheid in samenwerking met de sector een set indicatoren opstelt, waar zorgaanbieders vervolgens op een alles-of-niet basis gegevens voor aanleveren.

Onderzoeksvragen

De mate waarin bovenstaande dilemma's zich in de Nederlandse praktijk zullen voordoen is onduidelijk. Dit is een onbevredigende stand van zaken, omdat goede beleidskeuzes pas mogelijk zijn als beleidsmakers inzicht hebben in de effecten, gunstig en ongunstig, van de verschillende beleidsopties. Om dit kennishiaat te dichten is het van belang te investeren in onderzoek. Daarom geven we hier aan wat volgens ons belangrijke openstaande onderzoeksvragen zijn.

De eerste en tevens belangrijkste onderzoeksvraag luidt: hoe reageren verschillende actoren op verschillende vormen van kwaliteitsinformatie? Neemt het gebruik van kwaliteitsinformatie door consumenten af naarmate het aantal indicatoren toeneemt? Zo ja, is dit een lineair verband, of is er een omslagpunt waarna het gebruik van informatie afneemt? Verschilt dit patroon tussen groepen patiënten en verzekerden? Welk soort kwaliteitsinformatie gebruiken verschillende categorieën patiënten? Proberen zorgaanbieders kwaliteitsindicatoren te beïnvloeden door patiënten te selecteren of aan *upcoding* te doen? Zijn er aanwijzingen dat ziekenhuizen die minder goed presteren achterlopen bij het transparant maken van kwaliteit?

Een tweede belangrijke onderzoeksvraag is hoe effectief zijn aanvullende mechanismen voor kwaliteitsconcurrentie? Welk effect heeft intrinsieke motivatie op de kwaliteit van zorg? Hoe kan beroepsethiek een grotere rol krijgen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Ten slotte is een belangrijke onderzoeksvraag of er interacties tussen de drie verschillende mechanismen van kwaliteitsborging zijn. Er zijn empirische en theoretische aanwijzingen dat extrinsieke prikkels soms kunnen conflicteren met intrinsieke motivatie. Kan directe kwaliteitsregulering of concurrentie op kwaliteit de intrinsieke prikkels van zorgaanbieders ondermijnen om een hoge kwaliteit te bieden? Hoe beïnvloeden prijsregulering en kwaliteitsregulering elkaar?

Referenties

Abraham, J.M., R. Feldman, C. Carlin en J. Christianson, 2006, The effect of quality information on consumer health plan switching: Evidence from the Buyers Health Care Action Group, *Journal of Health Economics*, vol. 25(4), pp. 762-781.

Akerlof, George A., 1970, The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3., pp. 488-500.

Arrow, K.J., 1963, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, Vol. 53, pp. 941-973.

Beaulieu, N.D., 2002, Quality information and consumer health plan choices, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 21(1), pp. 43-63.

Bénabou, R. en J. Tirole, 2003, Intrinsic and Extrinsic Motivation, *Review of economic studies*, vol. 70, pp. 489-520.

Blumenthal, D., 1996, Part 1: Quality of Health care – what is it?, New England, *Journal of Medicine*, vol. 335(12), pp. 891-894.

Bolton, P. en M. Dewatripont, 2005, *Contract Theory*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

Bundorf, M.K., 2002. Employee demand for health insurance and employer health plan choices. *Journal of Health Economics*, vol. 21(1), pp. 65-88.

Campbell, S., D. Reeves, E. Kontopantelis, E. Middleton, B.Sibbald, en M. Roland, 2007, Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance, *New England Journal of Medicine*, vol. 357(2), pp. 181-190.

Cao, Z. en T.G. McGuire, 2003, Service-level selection by HMOs in: *Medicare*, *Journal of Health Economics*, vol. 22(6), pp. 915-931.

Chernew, M en D.P. Scanlon, 1997, Health plan report cards and insurance choice, *Inquiry* 35, pp. 9-22.

Chernew , M.,G. Gowrisankaran, en D P. Scanlon, 2001, Learning and the Value of Information: Evidence From Health Plan Report Cards, NBER Working Papers 8589, National Bureau of Economic Research, Inc.

Cutler, D., 2004, *Your Money or Your Life, strong medicine for America's Healthcare system*, Oxford, New York.

Cutler, D., Huckman, R. en M. Landrum, 2004, The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery, *American Economic Review*, 94(2): pp. 342-346.

CPB, 2008, *Macro Economische Verkenning 2008*.

Deci, E., R. Koestner, en R. Ryan, 1999, A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation, *Psychological Bulletin*, vol. 125(6), pp. 627-668.

Dijkgraaf, E., S. van der Geest, M. Janssen, M. Varkevisser en B. Voogt, 2006, *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen? Een literatuurstudie*, Eindrapport, SEOR-ECRI.

Dafny, L. en D. Dranove, 2005, Do Report Cards Tell Consumers Anything They Don't Already Know? The Case of Medicare HMOs, NBER Working Papers 11420, National Bureau of Economic Research, Inc.

Dranove, D., 2000, *The economic evolution of American health care*, New Jersey: Princeton University Press.

Dranove, D., D. Kessler, M. McClellan, en Mark Satterthwaite, 2003, Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers, *Journal of Political Economy*, vol.111, pp. 555-588.

Edgman-Levitan, S. en P D Cleary, 1996, What information do consumers want and need?, *Health Affairs*, vol 15(4), pp. 42-56.

Epstein, A.M., 1998, Rolling down the runway: the challenges ahead for quality report cards, *JAMA*, vol. 279(21), pp. 1691-1696.

Farley, D.O., P. F. Short, M. N. Elliott, D. E. Kanouse, J. A. Brown en R.D. Hays, 2002, Effects of CAHPS Health Plan Performance, Information on Plan Choices by New Jersey Medicaid Beneficiaries, *Health Services Research*, vol. 37(4), pp. 985-1007

- Fishman, M. J. en K.M. Hagerty, 2003, Mandatory vs. voluntary disclosure in markets with informed and uninformed customers, *Journal of Law, Economics, and Organization*, vol. 19(1).
- Gaynor, M., 2006, What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, NBER Working Papers 12301, National Bureau of Economic Research.
- Glazer, J. en T.G. McGuire, 2006, Optimal quality reporting in markets for health plans, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 25(2), pp. 295-310.
- Guru, V. , S. Fremes, C. Naylor, P. Austin, F. Shrive, W. Ghali, en J. Tu, Public versus private institutional performance reporting: What is mandatory for quality improvement?, *American Heart Journal*, 152(3):573-578, September 2006.
- Geelkerken,R.H., W.J.B. Mastboom, B.P. Bertelink, J. van der Palen, M. Berg en J.H. Kingma, 2008, Een onrijp instrument: sterftecijfer niet geschikt als maat voor ziekenhuis kwaliteit, *Medisch Contact*, vol. 63(9).
- Hall, M.A., 2003, Arrow on Trust, in: P.J. Hammer, D. Haas-Wilson, M.A. Peterson, en W.M. Sage, (red.), *Uncertain Times: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care*, Durham: Duke University Press.
- Hannan, E.L. et al., 1994, Improving the Outcomes of Coronary Artery Bypass health care providers 587 Surgery in: New York State, *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, pp. 761–766.
- Hannan, E.L.,; C.C.Stone, T.L. Biddle en B.A. Debuono, 1997, Public release of cardiac surgery outcomes data in New york : What do New York state cardiologists think of it?, *The American HeartJournal*, vol. 134(6), pp. 1120-1128.
- Haeck, J., A.L. den Ouden, J.M.J. van den Berg, P.A.W. Edgar en J.H. Kingma, 2004, Langs de meetlat, *Medisch Contact* 32/33, pp. 1254-1257.
- Hibbard, J.H, J.J. Jewett, 1996, What type of quality information do consumers want in a health care report card?, *Medical Care Research and Review*, vol. 53(1), pp. 28-47.
- Hibbard, J.H., P.Slovic, E.Peters en M.L. Finucane, 2002, Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies, *Health Services Research*, vol. 37(2), pp. 291-313.

Hibbard, J.H., J.J. Jewett, M.W. Legnini, en M. Tusler, 1997, Choosing a health plan: do large employers use the data?, *Health Affairs*, vol. 16, pp. 172-180.

Howard, D.H., 2005, Quality and Consumer Choice in Healthcare: Evidence from Kidney Transplantation, *Topics in Economic Analysis & Policy*, vol. 5(1), article 24.

Hodgkin, D., 1996, Specialized service offerings and patients' choice of hospital: The case of cardiac catheterization, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 15(3), pp. 305-332.

IGZ, 2006, Een tekortschietend zorgproces: een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiochirurgische zorgketen voor volwassenen in het UMC St Radboud te Nijmegen.

Jin, G.Z., 2005, Competition and disclosure incentives: an empirical study of HMOs, *RAND Journal of Economics*, vol. 36(1), pp. 93-112.

Jin, G.Z. en A.T. Sorensen, 2006, Information and consumer choice: The value of publicized health plan ratings, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 25(2), pp. 248-275.

Kip Viscusi, W., 1978, A Note on "Lemons" Markets with Quality Certification, *Bell Journal of Economics*, The RAND Corporation, vol. 9(1), pp. 277-279.

Kreps, D., 1997, Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives, *American Economic Review*, 87 (2), pp. 359-364.

Koning, P., E. Canton, M. Cornet, M. Pomp, J. van de Ven, R. Venniker, B. Vollaard en D. Webbink, 2004, Centrale doelen, decentrale uitvoering, over de do's and dont's van prestatieprikkels voor semi-publieke instellingen, CPB Document 45.

Koning, P., J. Noailly en S. Visser, 2006, Do non-profits make a difference? Evaluating non-profit vis-à-vis for-profit organisations in social services, CPB Document 142.

Marshall, M.N. P. G. Shekelle, H.T.O. Davies en P.C. Smith, 2003, Public Reporting On Quality In The United States And The United Kingdom, *Health Affairs*, vol. 22(3), pp. 134-148.

Marshall, M.N., P.G. Shekelle, S. Leatherman, R.H. Brook,, 2000, The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence, *Journal of the American Medical Association*, vol. 283(14), pp. 1866-1874.

McCormick, D., D.U. Himmelstein, S. Woolhandler, S.M. Wolfe, D.H. Bor, 2002, Relationship Between Low Quality-of-Care Scores and HMOs' Subsequent Public Disclosure of Quality-of-Care Scores, *JAMA* 288: 1484-1490.

Milgrom, P., J. Roberts, Relying on the Information of Interested Parties, *The RAND Journal of Economics*, vol. 17(1), pp. 18-32.

Moran, J.R., M.E. Chernew en R.A. Hirth, 2001, Preference diversity and the breadth of employee health insurance options, *Health Services Research*, vol. 36 (5), pp. 911-934.

Mukamel, D. B. en A.I. Mushlin, 1998, An Analysis of Market Share and Price Changes After Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports, *Medical Care*, vol. 36(7), pp. 945-954.

NZa, 2007, Monitor Zorgverzekeringmarkt, Mei 2007.

O'Donnell, C.A., 2000, Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice*, vol. 17(6), pp. 462-471.

OECD, 2006, Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, OECD Health working papers 23.

Peterson, E. D., et al., 1998, The Effects of New York's Bypass Surgery Provider Profiling on Access to Care and Patient Outcomes in the Elderly, *Journal American College of Cardiology*, vol. 32, pp. 993-999.

Ploeg, R. van der, Nieuw zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit, *ESB*, 26-11-2004.

Porter, M. en E. Teisberg, 2006, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Boston (MA), Harvard Business School Press.

Propper, C. en D. Wilson, 2003, The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector, *Oxford Review of Economic Policy*, Oxford University Press, vol. 19(2), pp. 250-267.

Scanlon D.P. M., Chernew, C McLaughlin en G. Solon, 2002, The impact of health plan report cards on managed care enrollment, *Journal of Health Economics*, vol. 21(1), pp. 19-41.

Schauffler, H.H. en J.K. Mordavsky, 2001, Consumer reports in health care: do they make a difference?, *Annual Review of Public Health*, vol. 22, pp. 69-89.

Schneider, E.C., A. M. Epstein, 1998, Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery, *Journal of the American Medical Association*, vol.279, pp. 1638-1642.

Tirole, J., 1988, *The theory of industrial organization*, Cambridge, The MIT Press, Cambridge Massachusetts.

Wedig G.J., M. Tai-Seale, 2002, The effect of report cards on consumer choice in the health insurance market, *Journal of Health Economy*, vol. 21(6), pp. 1031-1048.