

Bachelorscriptie

De zin en onzin van ranglijsten

In hoeverre dragen ranglijsten van ziekenhuizen bij aan de bevordering van marktwerking in de gezondheidszorg?

Naam: Saskia de Groot
Examenummer: 289613
Adres: Aegidiusstraat 136b
3061 XR Rotterdam
Datum: 9-07-2007
Afstudeerbegeleider: J. Geelhoed
Meelezer: K. Lemmens

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie die ik gedurende het derde jaar van de bachelor gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam heb geschreven. Ik vond het een uitdaging om de wetenschappelijke kennis die ik in de afgelopen drie jaar heb opgedaan te gebruiken bij het uitvoeren van dit onderzoek. De combinatie van studeren en het vervullen van een functie in het bestuur van de Faculteitsvereniging Beleid en Management Gezondheidszorg was niet altijd eenvoudig. Dankzij de steun van mijn begeleider is het gelukt mijn scriptie in bachelor 3 af te ronden. Mijn scriptiebegeleider, Jeroen Geelhoed wil ik daarom van harte bedanken voor zijn kritische blik en hulp bij mijn planning.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Summary	7
1. Inleiding	8
2. Probleemstelling en deelvragen	10
2.1 Conceptueel model	10
2.2 Doelstelling	11
3. Methoden	12
3.1 Onderzoeksmethoden en analyseprocedures	12
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid	13
3.3 Leeswijzer	14
4. Het conceptueel model nader toegelicht	15
4.1 Gereguleerde Marktwerking	15
4.2 Transparantie in de gezondheidszorg	16
4.2.1 Kwaliteit van zorg	17
4.2.2 Het meten van kwaliteit	18
4.3 Ranglijsten in de gezondheidszorg	20
5. Literatuuronderzoek naar informatie over de kwaliteit van zorg	22
5.1 Initiatieven in Nederland	22
5.1.1 Ranglijsten	22
5.1.2 Initiatieven van de overheid	24
5.1.3 Initiatieven van zorgverzekeraars	25
5.1.4 De impact van de initiatieven in Nederland	26
5.2 Keuzeondersteunende informatie in het buitenland	26
5.2.1 De impact van de initiatieven in het buitenland	30
6. De vier kern vragen van beleid	31
6.1 Het model van Anton Hemerijck	31
6.2 De toepassing van het model	32

7. Een vergelijking van de ranglijsten in Nederland	35
8. De betrouwbaarheid van de Nederlandse ranglijsten	40
8.1 De betrouwbaarheid van indicatoren	42
9. Prestatieverbetering	44
9.1 Kwaliteitsverbetering	44
9.2 Kwaliteitsscore in vergelijking met de score op het financiële resultaat	47
10. Gevolgen van het verschijnen van ranglijsten	50
10.1 Patiënten	50
10.2 Huisartsen	51
10.3 Zorgverzekeraars	51
11. Conclusie en discussie	53
11.1 Aanbevelingen	56
12. Literatuuropgave	57
Bijlage 1: Geraadpleegde contactpersonen	61
Bijlage 2: Impressies	62

Samenvatting

De overheid streeft naar gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. Een belangrijke maatregel was de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Deze invoering heeft geleid tot meer aandacht voor keuzevrijheid en keuzemogelijkheden in de zorg (Lugtenberg & Westert 2007:11). In Nederland bestaan diverse initiatieven die de kwaliteit van zorg inzichtelijk en vergelijkbaar maken, waaronder ranglijsten van ziekenhuizen. Er bestaan diverse organisaties die ranglijsten van ziekenhuizen publiceren. De Ziekenhuis Top 100 van het AD en de enquête 'De beste ziekenhuizen' van de Elsevier zijn de bekendste initiatieven. Ook het overheidsbeleid richt zich steeds meer op het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg. In het buitenland neemt de aandacht voor het meten van kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor burgers toe (ibid.:7). In zowel Australië, Denemarken, Duitsland, Engeland als de Verenigde Staten krijgt het meten van prestaties veel aandacht. Het merendeel van de initiatieven heeft als primair doel de kwaliteit van de gezondheidszorg zichtbaar te maken en te verbeteren (ibid.43). Het doel van deze bachelorscriptie is onderzoeken in hoeverre ranglijsten van ziekenhuizen bijdragen aan de bevordering van marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor het beantwoorden van de probleemstelling is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, als literatuuronderzoek en interviews. Ook zijn kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt, zoals de Pearson correlatie test.

Uit analyses bleek dat de uitkomsten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad, de Elsevier en Gupta Strategists niet correleren. Dit wordt verklaard doordat bij het opstellen van de ranglijsten verschillende methoden zijn gehanteerd. Tussen de uitkomsten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad in 2004 tot en met 2006 bestaat wel een verband. Dit geldt ook voor de ranglijsten van de Elsevier. Over het algemeen bestaat er meer vertrouwen in de ranglijst van het Algemeen Dagblad dan in de ranglijst van de Elsevier, met name omdat de AD Top 100 gebaseerd is op de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er kunnen echter kanttekeningen bij de betrouwbaarheid van de ranglijsten worden geplaatst, evenals bij sommige indicatoren waarop de ranglijsten zijn gebaseerd.

Uit een aantal recentelijk gepubliceerde randomized controlled trials (rct's) bleek dat het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de zorg leidt tot meer initiatieven om de zorg te verbeteren (Hibbard et al. 2005). Damman et al. (2007) zijn van mening dat consumenten vergelijkende kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders waarderen, maar dat ze over het algemeen moeite hebben met het verwerken, interpreteren en gebruiken ervan. Uit de interviews ontstond eenzelfde beeld. Ranglijsten prikkelen ziekenhuizen om de

kwaliteit van zorg te verbeteren. Maar een slechte score op de ranglijst resulteert niet in minder patiënten. Huisartsen en verzekeraars hechten weinig tot geen belang aan de plaatsen die ziekenhuizen in ranglijsten behalen. Omdat de informatie door te weinig partijen in de gezondheidszorg daadwerkelijk worden gebruikt bij het maken van weloverwogen keuzen, wordt marktwerking niet bevorderd door ranglijsten.

Summary

The Dutch government is generating more room for market forces in the healthcare sector. An important measure to stimulate market forces was the introduction of the new health care insurance. This introduction improved the attention for freedom of choice and options to choose in healthcare (Lugtenberg & Westert 2007:11). In the Netherlands many initiatives exist which make the condition of healthcare open for the public and comparable, for example hospital rankings. Many organizations publish hospital rankings, like the newspaper 'Algemeen Dagblad' and the magazine 'Elsevier'. Also the government policy has more attention for giving insights in the condition of healthcare. In foreign countries initiatives which measure the conditions of healthcare are increasing, just like the amount of information about quality (ibid.:7). In Australia, Denmark, Germany, England and the United States the measurement of the quality of hospitals gets a lot of attention. The objective of most initiatives is to give insight in quality of healthcare and to improve healthcare (ibid.43). This research is about the relationship between hospital rankings and market forces in the healthcare sector. The study used both qualitative methods like a literature review and interviews, and a quantitative method like the Pearson correlation test.

Analysis showed that there is no correlation between the results of the rankings of Algemeen Dagblad, Elsevier and Gupta Strategists. This can be explained because of the different methods which are used. Correlations have been found between the results of the rankings in the Algemeen Dagblad in 2004 till 2006. The same results were found for Elsevier. In general more confidence exist in the Algemeen Dagblad rankings, because this ranking is based on the performance indicators created by the Dutch Healthcare Inspectorate. But the rankings do not give a reliable overview from the quality of the different hospitals. Comment exists on the confidence of rankings and on some indicators.

Some recently published randomized controlled trials showed that the publication of information about the quality of healthcare, caused more initiatives to improve healthcare. (Hibbard et al. 2005). In the opinion of Damman et al. (2007) consumers appreciate information about quality, but in general they have difficulty with assimilating, interpreting and using the information. The interviews showed the same picture. Rankings motivate hospitals to make improvements, but they don't influence the choice that patients make. General practitioners and insurers also don't pay much attention to results of rankings. The different interest groups make too little use of the information, they don't use it to make well-considered choices, so rankings do not stimulate market forces in healthcare.

1. Inleiding

De overheid streeft naar meer marktwerking in de gezondheidszorg. Het gaat hier om gereguleerde marktwerking. Dat houdt in dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar concurreren binnen een geheel van overheidsregels (Maarse et al. 2002). De overheid staat garant voor de toegankelijkheid en houdt tevens de kwaliteit in de gaten (MinVWS 2006b). Het streven naar meer marktwerking komt onder andere voort uit de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. Vanaf 1960 namen de zorguitgaven als percentage van het BBP toe van 3,8% tot 8% in 1990 (Schut 2003:9). De afwezigheid van stimulansen tot kostenbeheersing vormde sinds het begin van de jaren negentig een doorn in het oog van politici (Schut & Velden 1998). Naast de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg zijn er andere redenen voor de behoefte aan gereguleerde marktwerking, zoals wachtlijsten in de zorg, de behoefte aan meer keuzevrijheid voor de zorgvragers, het gebrek aan krachtige prikkels tot doelmatig, innovatief en vraaggericht gedrag bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de overmaat aan bureaucratie op alle niveaus en de diffuse verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en partijen in het veld (Maarse 2004).

De overheid heeft de afgelopen jaren een aantal veranderingen doorgevoerd, waardoor de gezondheidszorgmarkt meer op een 'gewone' markt moet gaan lijken. Eén van de belangrijkste veranderingen is de nieuwe Zorgverzekeringswet. Met de nieuwe verzekeringswet is er één zorgverzekering voor iedereen. De wet heeft een aantal gevolgen: één wettelijk kader, meer keuzen voor cliënten, meer concurrentie en garanties voor betaalbaarheid (MinVWS 2006a). De Zorgverzekeringswet moet concurrentie in de gezondheidszorg bevorderen. Als zorgverzekeraars gunstige contracten afsluiten met zorgaanbieders, kunnen de kostenvoordelen doorberekend worden in een lagere nominale premie voor verzekerden (MinVWS 2006b). Voor zorgaanbieders is het van belang te innoveren en de kwaliteit van zorg te verbeteren bij het verwerven van een goede concurrentiepositie (Dooper 2005).

Om concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat er voldoende informatie voor handen is op grond waarvan keuzen gemaakt kunnen worden (ibid.). De roep om prestatiemeting in de gezondheidszorg was nooit zo luid als nu (Westert 2006). Ziekenhuizen, maar ook huisartsen en medisch specialisten moeten hun kwaliteit, toegankelijkheid en prijskaartje inzichtelijk maken, zodat verzekeraars en burgers de mogelijkheid hebben weloverwogen keuzen te maken (ibid.).

De invoering van DBC's (Diagnose-Behandeling-Combinatie) is één manier om meer transparantie in de zorg te krijgen (ibid.). Een DBC is te omschrijven als 'het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert' (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) (Ginneken et al. 2004). Met behulp van DBC's kunnen ziekenhuizen met elkaar concurreren op basis van prijs en kwaliteit (ibid.).

Naast de invoering van DBC's neemt de transparantie in de gezondheidszorg toe doordat de hoeveelheid informatie over de kwaliteit van zorg groeit. Er worden de laatste jaren steeds vaker ranglijsten van ziekenhuizen gepubliceerd. Ranglijsten geven een overzicht van de beste ziekenhuizen. Vaak wordt door ziekenhuizen de positie van het ziekenhuis in de top 100 van het Algemeen Dagblad genoemd als een belangrijke prikkel om prestaties te verbeteren (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2006a). Een andere bekende scorelijst in Nederland is de enquête 'De beste ziekenhuizen' van Elsevier in samenwerking met onderzoeker-adviseur Peter Lagendijk. Ook de consumentenbond publiceert ranglijsten. Minder bekende ranglijsten zijn die van Roland Berger Strategy Consultants en van Gupta Strategists. Daarnaast beginnen zorgverzekeraars met het maken van lijsten. Ook het beleid van de overheid richt zich steeds meer op het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Het kabinet ziet hierin een grote rol voor de website www.kiesBeter.nl, een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vergelijkende kwaliteitsinformatie krijgt een steeds grotere rol binnen het vraaggestuurde zorgstelsel in Nederland, met als doel dat kritische zorgconsumenten zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren tot het leveren van kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs (Damman et al. 2007). Deze bachelorscriptie gaat over de relatie tussen informatie over kwaliteit van zorg en gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. Met name ranglijsten van ziekenhuizen spelen een belangrijk rol in deze scriptie. De betrouwbaarheid van deze lijsten zal onderzocht worden en ook zal er naar de gevolgen van de publicatie van dergelijke lijsten worden gekeken. In het volgende hoofdstuk worden de probleemstelling en deelvragen van deze scriptie weergegeven.

2. Probleemstelling en deelvragen

De overheid streeft naar gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. In de inleiding zijn enkele instrumenten genoemd die de marktwerking in deze sector moeten bevorderen. De probleemstelling van deze bachelorscriptie luidt:

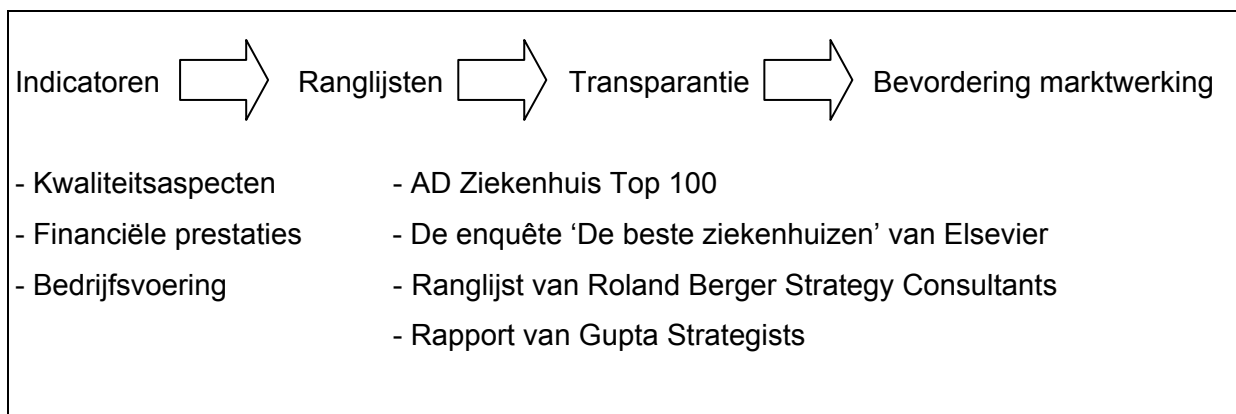
In hoeverre dragen ranglijsten van ziekenhuizen bij aan de bevordering van marktwerking in de gezondheidszorg?

De probleemstelling zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

- 1) Welke initiatieven bestaan er zowel in Nederland als in het buitenland die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken?
- 2) In hoeverre komen de resultaten van de Nederlandse ranglijsten overeen?
- 3) Hoe betrouwbaar zijn de ranglijsten in de gezondheidszorg?
- 4) Gaan ziekenhuizen naar aanleiding van de ranglijsten hun prestaties verbeteren?
- 5) Wordt informatie uit ranglijsten door de andere partijen in de gezondheidszorg gebruikt?

2.1 Conceptueel model

Uit de probleemstelling en deelvragen volgt het volgende conceptueel model:



Nu zal het conceptueel model kort toegelicht worden. Er worden tegenwoordig steeds vaker ranglijsten van ziekenhuizen opgesteld. Met behulp van indicatoren worden ziekenhuizen in een rangorde geplaatst. Indicatoren kunnen kwaliteitsaspecten omvatten, maar ook financiële prestaties en aspecten rondom bedrijfsvoering. Er worden verschillende ranglijsten gepubliceerd. De bekendste zijn die van het Algemeen Dagblad en van Elsevier. Ranglijsten maken de gezondheidszorg transparanter. De ranglijsten leveren informatie over de prestaties van ziekenhuizen aan patiënten en verzekeraars. Het is mogelijk dat patiënten

zich laten beïnvloeden door de ranglijsten bij de keuze voor een ziekenhuis. Ook is het mogelijk dat zorgverzekeraars gebruikmaken van de ranglijsten bij het maken van afspraken met ziekenhuizen. Ook voor zorgaanbieders zelf kan de informatie uit ranglijsten interessant zijn. Wellicht gaan zij naar aanleiding van de lijsten hun kwaliteit proberen te verhogen om het aankomende jaar een hogere plaats op de ranglijst te behalen. Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor marktwerking. Wanneer de genoemde reacties van zorgvragers, zorgaanbieders en verzekeraars op ranglijsten daadwerkelijk plaatsvinden kunnen de ranglijsten marktwerking bevorderen. In deze bachelorscriptie wordt naar deze relaties onderzoek gedaan. De in het conceptueel model genoemde verbanden zullen in hoofdstuk 4 nader toegelicht worden.

2.2 Doelstelling

Het doel van dit sequential mixed methods onderzoek is onderzoek doen naar ranglijsten van ziekenhuizen met als doel beoordelen of ranglijsten marktwerking bevorderen. Allereerst wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd naar initiatieven in zowel Nederland als in het buitenland die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Vervolgens wordt door middel van kwantitatief onderzoek gekeken in hoeverre er een verband bestaat tussen de uitkomsten van de verschillende ranglijsten. Aan de hand van kwalitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid van de ranglijsten onderzocht en wordt gekeken wat gevolgen zijn van de publicatie van ranglijsten.

Er is gekozen om zowel kwalitatieve onderzoeksmethoden als kwantitatieve onderzoeksmethoden voor dit onderzoek te gebruiken. Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een groot aantal numerieke gegevens van de website <http://ziekenhuizentransparant.nl/> en uit de ranglijsten. Het kwalitatieve onderzoek levert meer gedetailleerde informatie over het te onderzoeken onderwerp.

3. Methoden

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de onderzoeksmethoden die bij dit onderzoek zijn gebruikt. Ook zal uitgelegd worden hoe de validiteit en betrouwbaarheid in dit onderzoek gewaarborgd zijn gebleven.

3.1 Onderzoeksmethoden en analyseprocedures

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van een Mixed methods design. Het Mixed methods design is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek (Creswell 2003). De kwantitatieve en kwalitatieve data is niet tegelijkertijd verzameld, maar achtereenvolgend. Het gevolg van de combinatie van beide onderzoeken is dat de data uit tekstinformatie en numerieke informatie bestaat (ibid.).

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende methoden om data te verzamelen. Allereerst is een literatuurstudie uitgevoerd waarbij achtergrondinformatie is verzameld over gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. Ook is er literatuur bestudeerd over initiatieven in Nederland, maar ook in het buitenland die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Hierbij is gebruik gemaakt van zowel digitale bronnen als boeken en artikelen uit de universiteitsbibliotheek. Daarnaast zijn de verschillende ranglijsten van ziekenhuizen en de bijbehorende informatie grondig bestudeerd.

Na de eerste fase van het onderzoek zijn er acht interviews gehouden met verschillende personen uit verschillende ziekenhuizen in Nederland. Zes interviews vonden face-to-face plaats en hadden een semi-gestructureerde opzet. Daarnaast hebben twee personen via de e-mail enkele vragen beantwoord, omdat het maken van een afspraak problematisch was. Bij de selectie van respondenten is rekening gehouden met de plaats van het ziekenhuis in de verschillende ranglijsten, zodat niet alleen personen uit slechtscorende of juist goedscorende ziekenhuizen zijn geïnterviewd. In bijlage 2 worden enkele interessante impressies weergegeven die tijdens de interviews naar voren kwamen en niet zijn opgenomen bij de beantwoording van de deelvragen. De interviews zijn opgenomen en na afloop van het interview uitgewerkt. Wanneer de geïnterviewden hierom vroegen is het uitgewerkte interview teruggezonden, zodat zij de uitwerking nog van eventueel commentaar konden voorzien. Tevens is naar de respondenten die het op prijs stelden een conceptversie van deze scriptie gestuurd, zodat zij de tekst konden controleren en er eventueel nog wijzigingen aangebracht konden worden.

Een literatuurstudie en interviews zijn kwalitatieve methoden van dataverzameling. Na de

verzameling van deze data zijn de gevonden gegevens geanalyseerd. Allereerst zijn alle verzamelde gegevens georganiseerd en klaargemaakt voor de data-analyse; de interviews zijn uitgewerkt, tevens is een reflectie gegeven en zijn veldnotulen uitgewerkt. Daarna is alle informatie bestudeerd en is bekeken wat overeenkomsten en verschillen zijn tussen de verschillende databronnen. Nadat alle informatie bestudeerd is, is alle data gecategoriseerd en gelabeld.

Vervolgens is gebruik gemaakt van kwantitatieve methoden van dataverzameling. Hierbij is veelvuldig gebruik gemaakt van de Nederlandse ranglijsten die de afgelopen jaren zijn gepubliceerd. Tevens vormde de informatie op de website <http://www.ziekenhuizentransparant.nl> een belangrijke databron en er is gebruik gemaakt van informatie uit de jaarverslagen van ziekenhuizen. Bij de vergelijking van de resultaten van de Nederlandse ranglijsten is gebruik gemaakt van de Pearson correlatie test in SPSS.

Tot slot is de informatie uit zowel het kwalitatieve onderzoek als het kwantitatieve onderzoek verwerkt.

3.2 Validiteit en betrouwbaarheid

Hierboven zijn de methoden besproken die voor dit onderzoek zijn gebruikt. Nu zal uitgelegd worden hoe de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd zijn. Allereerst wordt de interne validiteit besproken. Bij de interne validiteit gaat het om de juistheid van de getrokken conclusies op basis van de data in het onderzoek (Creswell 2003). De interne validiteit is in dit onderzoek gewaarborgd door middel van datatriangulatie. Door de combinatie van verschillende data krijgen de onderzoekers een beter beeld van het onderzoeksveld (Hart et al. 1996). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van data uit literatuur en data uit interviews. Bovendien is er kwantitatieve data aan dit onderzoek toegevoegd. Naast datatriangulatie is er een member-check uitgevoerd om de interne validiteit te verhogen. Met member-checking wordt bedoeld dat bepaalde kwalitatieve bevindingen in het rapport of bepaalde beschrijvingen terug worden gebracht naar specifieke deelnemers aan het onderzoek die het resultaat kunnen lezen en bekritisieren (Creswell 2003). Bij de externe validiteit gaat het er om in welke mate resultaten en conclusies van het veldonderzoek gelden voor andere situaties (Hart et al. 1996). De uitspraken die worden gedaan in deze scriptie zullen gespiegeld worden aan de literatuur en aan andere onderzoeken. Omdat bij dit onderzoek slechts een beperkt aantal interviews is afgenomen is de externe validiteit van dit onderzoek beperkt.

Nu zullen manieren worden besproken die zijn gebruikt om de betrouwbaarheid van het

onderzoek te waarborgen. Als eerste wordt de interne betrouwbaarheid behandeld. Bij interne betrouwbaarheid gaat het om de manier van data verzamelen. Om de interne betrouwbaarheid te waarborgen is opnieuw gebruik gemaakt van triangulatie. Hier gaat het om methodetriangulatie. Triangulatie verhoogt de betrouwbaarheid, bijvoorbeeld door het gebruik van meer en elkaar overlappende methoden en van herhaalde metingen (Hart 1996). De methoden die in dit onderzoek zijn gebruikt zijn: een literatuurstudie en interviews. Tevens is gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. Tot slot is de externe betrouwbaarheid van onderzoek van belang. Externe betrouwbaarheid gaat over de herhaalbaarheid van het onderzoek. Onderzoek moet navolgbaar en controleerbaar zijn, dit wordt bereikt door de methoden van dataverzameling en data-analyse systematisch uit te voeren en dit samen met alle andere methodologische keuzen en omstandigheden van het onderzoek nauwkeurig te rapporteren (Hart 1996). Om de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen zijn alle keuzen, beslissingen en stappen in dit onderzoek in dit hoofdstuk toegelicht.

3.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zijn de probleemstelling en deelvragen van deze bachelorscriptie weergegeven. Vervolgens is in hoofdstuk 3 uitgelegd op welke manier dit onderzoek is uitgevoerd. In hoofdstuk 4 zullen de in het conceptueel model genoemde relaties nader worden toegelicht. Tevens zal in dit hoofdstuk aandacht besteed worden aan het begrip 'kwaliteit van zorg' en het meten van de kwaliteit van zorg. Vervolgens zal in hoofdstuk 5 het huidige beleid in Nederland, zowel van de overheid als van particuliere organisaties worden weergegeven omtrent het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Ook zullen dergelijke initiatieven in het buitenland besproken worden. In hoofdstuk 6 worden vier kernvragen van beleid toegepast op informatie over de kwaliteit van zorg, waaronder ranglijsten. Hoofdstuk 7 bevat een vergelijking van de resultaten van de verschillende Nederlandse ranglijsten. In hoofdstuk 8 zal de betrouwbaarheid van ranglijsten worden besproken. In hoofdstuk 9 zal bekeken worden of ziekenhuizen naar aanleiding van de ranglijsten hun prestaties gaan verbeteren. In hoofdstuk 10 wordt naar andere gevolgen van de publicatie van ranglijsten gekeken. Tot slot volgt in hoofdstuk 11 de conclusie en een discussie.

4. Het conceptueel model nader toegelicht

In hoofdstuk 2 zijn in het kort de te onderzoeken relaties beschreven. In dit hoofdstuk zullen deze relaties nader toegelicht worden. Bovendien zullen de in het conceptueel model genoemde begrippen uitgelegd worden.

4.1 Gereguleerde marktwerking

In 1987 verscheen het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Dekker. In het rapport werden twee belangrijke veranderingen aanbevolen: herstructurering van de zorgverzekering via de invoering van een basisverzekering met een breed pakket voor de gehele bevolking en de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking (Maarse 2001). Na de verschijning van het rapport zijn deze veranderingen niet meteen uitgevoerd. Er hebben veel andere veranderingen plaatsgevonden in de gezondheidszorg. Op 1 januari 2006 was de nieuwe zorgverzekering voor alle Nederlanders een feit, hiermee zijn het ziekenfonds en de particuliere verzekering vervangen door één basisverzekering. Ook vindt er heden ten dage enige marktwerking in de gezondheidszorg plaats. Hoewel de basisverzekering een wezenlijk onderdeel is van de introductie van gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg, is het begin-noch eindpunt (Schut 2003:21).

In de inleiding is aangegeven waar de behoefte aan gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg uit voortkomt. Nu zal allereerst in worden gegaan op de vraag wat marktwerking precies is. Marktwerking is het (automatisch) tot stand komen van een geschikte prijs voor een goed of voor een dienst wanneer er evenwicht ontstaat tussen vraag en aanbod (Wikipedia 2006). De vraag naar en het aanbod van economische goederen hangen ceteris paribus af van de prijs die ervoor wordt gevraagd (ibid.). Ceteris paribus houdt in dat de overige omstandigheden, zoals de prijs van een ander goed, gelijk blijven. In het algemeen geldt: Wanneer de prijs stijgt neemt de vraag af en het aanbod toe en wanneer de prijs daalt neemt de vraag toe en het aanbod af. Door dit marktmechanisme ontstaat een evenwicht waarbij vraag en aanbod bij een bepaalde prijs gelijk zijn.

In de gezondheidszorg werkt dit mechanisme niet op deze manier. De oorzaak ligt onder andere in de aanwezigheid van zorgverzekeringen. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat zorgvragers zich minder bewust zijn van de prijs van zorg. Dit is helemaal het geval bij een naturastelsel. In dit stelsel hebben verzekerden recht op een vergoeding in zorg. Verzekeraars hebben de plicht voldoende zorg in te kopen. Doordat zorgvragers zich minder bewust zijn van de prijs van gezondheidszorg wordt het marktmechanisme voor een gedeelte uitgeschakeld. Bij een eventuele eigen bijdrage ligt de betaling in ieder geval nog

ver onder de kostprijs (Lapré et al. 2001:15). De gedeeltelijke uitschakeling van het marktmechanisme kan moral hazard tot gevolg hebben. Dit houdt in dat vragers en aanbieders vaak anders kunnen en zullen handelen dan wanneer er wel een reële prijs betaald zou moeten worden (ibid:15).

Lapré et al. (2001:14-17) noemen nog 8 andere verschillen tussen de gezondheidszorg en een doorsnee markt. Het belangrijkste verschil is de onzekerheid en informatieasymmetrie op de gezondheidszorgmarkt. Er is onzekerheid over het tijdstip van de behoefte aan gezondheidszorg, maar ook over de aard, de omvang en het effect ervan. Er bestaat daarover bovendien ongelijkheid in kennis en informatie bij de verschillende partijen: de vragers, de aanbieders en derde partijen als de verzekeraars en de overheid (ibid.:14). Informatieasymmetrie beperkt patiënten in hun keuzevrijheid. Volgens Schut (2003:3) kan de markt alleen goed werken als vragers en aanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en goed geïnformeerd zijn over de prijs en de kwaliteit van de dienstverlening. Deze verschillen tussen de gezondheidszorg en een doorsnee markt hebben tot gevolg dat de gezondheidszorgmarkt niet als een 'gewone' markt kan functioneren. Bovendien staan deze verschillen marktwerking en concurrentie in de gezondheidszorg in de weg.

Binnen de gezondheidszorg bestaan 3 markten: De zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Op de zorgverleningsmarkt spelen vragers (patiënten) en aanbieders van gezondheidszorg een rol. Op de zorginkoopmarkt komen verzekeraars en zorgaanbieders elkaar tegen en op de zorgverzekeringsmarkt draait het om zorgvragers en verzekeraars. Op al deze markten is sprake van informatieasymmetrie.

4.2 Transparantie in de gezondheidszorg

Op 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd. Verwacht wordt dat zorgaanbieders hierdoor meer prestatiegericht gaan werken. Concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders speelt een belangrijke rol in het nieuwe zorgstelsel. Door meer ruimte te scheppen voor concurrentie nemen de prikkels op decentraal niveau toe om efficiënt en klantgericht te werken. Een belangrijke voorwaarde voor effectieve concurrentie is transparantie van prijs en kwaliteit. In de notitie 'Versterking van de positie van de consument' van het Ministerie van VWS (2001) wordt transparantie als volgt gedefinieerd: Consumenten hebben voldoende inzicht in de aanbieders, de prijs, en de kwaliteit van goederen en diensten, zodat zij een afgewogen keuze kunnen maken.

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat informatieasymmetrie in de gezondheidszorg een belangrijke belemmering is voor marktwerking. Indien verzekerden niet beschikken over

voldoende informatie over prijs en kwaliteit of hier niet op reageren, dan hebben verzekeraars geen prikkel om hierover scherp te onderhandelen met zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben op hun beurt weer geen prikkel om zich van andere aanbieders te onderscheiden door een gunstige prijs/ kwaliteitverhouding (Centraal Planbureau 2003).

Voor een goed werkende markt is transparantie over prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders dus gewenst. Met de toegenomen betekenis van concurrentie is ook de noodzaak van transparantie toegenomen (ibid.). Deze bachelorscriptie focust op de transparantie van kwaliteit van zorg. In de volgende paragraaf zal het begrip 'kwaliteit van zorg' nader worden toegelicht.

4.2.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit vormt een belangrijk begrip in deze bachelorscriptie, met name kwaliteit van zorg. De op 1 april 1996 ingevoerde Kwaliteitswet Zorginstellingen kan instellingen verplichten gegevens over de kwaliteit van zorg aan te leveren. Het uitgangspunt van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Deze wet stelt vier kwaliteitseisen: Instellingen moeten verantwoorde zorg leveren, op kwaliteit gericht beleid ontwikkelen, kwaliteitssystemen opzetten en een jaarverslag over de kwaliteit van zorg uitbrengen. Kwaliteit is een lastig begrip. Om deze reden zal in deze paragraaf aandacht worden besteed aan dit begrip. Tevens wordt in deze paragraaf uitgelegd hoe kwaliteit van zorg gemeten kan worden.

Patiënten hebben vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. Men verwacht dat de door een specialist verleende zorg van een zeer acceptabel niveau is, effectief en wetenschappelijk onderbouwd (Westert 2006). Een gevolg hiervan is dat ziekenhuizen vooral bezocht worden door patiënten uit de directe woonomgeving. Bij het bestaan van wachtlijsten kiezen patiënten voor het ziekenhuis dat op korte termijn plaats heeft. Afstand en tijd lijken voor patiënten de belangrijkste criteria te zijn bij hun keuze voor een ziekenhuis, terwijl er in Nederland grote verschillen zijn in de kwaliteit van de geleverde zorg (ibid.). Wat houdt kwaliteit van zorg nu precies in?

Avedis Donabedian, één van de grondleggers van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg definieert kwaliteit van zorg als volgt: '(...) its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society' (Harteloh & Casparie 1998). Voorts maakt Donabedian onderscheid tussen een technische definitie van kwaliteit van zorg, een geïndividualiseerde definitie en een sociale definitie. De technische definitie omvat de professionele blik op kwaliteit: 'The quality of care was defined in terms of practitioners'

decisions and behaviors that were expected to yield the highest net benefit to individuals and to society' (ibid.). Bij de geïndividualiseerde definitie speelt de visie van de patiënt op kwaliteit een belangrijke rol. De sociale definitie gaat ervan uit dat op die wijze wordt gehandeld, zodat het grootste nut voor het grootste aantal personen wordt gerealiseerd (ibid.). Volgens Donabedian zijn, naast voorkeur en waardering, verwachtingen met betrekking tot de resultaten van zorgverlening erg belangrijk. Wanneer verwachtingen niet uitkomen zal het oordeel over de kwaliteit van zorg (mogelijk) niet gunstig zijn (ibid.).

Harteloh en Casparie hebben naar aanleiding van hun analyse de volgende definitie opgesteld: Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg (1998). Naast de theoretisch definitie noemen Harteloh en Casparie een empirische definitie van kwaliteit in hun artikel: De mate waarin gezondheidszorg zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten. In deze bachelorscriptie zal de Nederlandse definitie van het begrip kwaliteit worden gebruikt: De mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan eraan gestelde eisen, die voortvloeien uit het gebruiksdoel (Berkestein & Colsen 1989).

4.2.2 Het meten van kwaliteit

Zorginstellingen kunnen bij het meten van hun kwaliteit van zorg gebruik maken van indicatoren. Colsen en Casparie (1995) omschrijven een indicator als een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie. Met een indicator wordt dus een bepaald aspect van de gezondheidszorg gemeten, bijvoorbeeld het tijdsinterval tussen het ontslag van een patiënt en de berichtgeving aan de huisarts. Naar aanleiding van de meting wordt een relatie met de mate van kwaliteit gelegd. Een indicator heeft daarmee een functie bij de operationalisatie van kwaliteit (Casparie & Hommes 1997). Mogelijke kwaliteitsproblemen op het spoor komen om zo gebieden te ontdekken waarvan de kwaliteit van zorg mogelijk verbeterd moet worden is het doel van het gebruik van indicatoren (ibid.).

Het beleid van de overheid richt zich de laatste jaren steeds meer op het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren (Wollersheim et al. 2006). Een belangrijke oorzaak is het streven om patiënten of consumenten meer keuzevrijheid te bieden en daarmee zowel hun autonomie als hun eigen verantwoordelijkheid te versterken. Dit nieuwe beleid sluit aan bij het grotere geheel van de veranderingen en hervormingen die de laatste jaren in de gezondheidszorg zijn

doorgevoerd en waarin marktwerking, competitie, prestatiecontracten en financiële prikkels centrale begrippen zijn (ibid.).

Wollersheim et al. (2006) noemen risico's van de verdere ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren: de mogelijke onrechtvaardige afrekening, de averechtse effecten die ervan uitgaan, de toenemende bureaucratie en kosten daarvan, het verlies van motivatie bij zorgverleners. Daar tegenover wordt gewezen op het recht van de burger om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de verleende zorg en op de prikkel die daarvan zal uitgaan om de zorg te verbeteren.

Er kunnen verschillende typen indicatoren worden onderscheiden. Allereerst wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren hebben betrekking op de organisatorische voorwaarden waarbinnen een ziekenhuis verantwoord zorg kan leveren. Hierbij kan gedacht worden aan de hoeveelheid operatiekamers in een ziekenhuis. Procesindicatoren hebben betrekking op de behandeling van patiënten vanaf het moment dat een patiënt binnenkomt tot het ontslag van de patiënt. De uitkomstindicatoren kijken naar behaalde resultaten, zoals de tevredenheid van patiënten en mortaliteitscijfers.

Naast dit onderscheid bestaat er een verdeling in externe en interne indicatoren. Interne kwaliteitsindicatoren zijn indicatoren die de aanbieders van zorg kunnen gebruiken ter sturing en verbetering van de zorgprocessen (Berg & Schellekens 2002). De overheid, Inspectie en zorgverzekeraars gebruiken indicatoren om te beoordelen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit leveren en om zorgaanbieders onderling te vergelijken. Deze indicatoren worden externe indicatoren genoemd (ibid.).

Berg & Schellekens (2002) zijn van mening dat interne indicatoren voor een vergelijking tussen instellingen niet relevant zijn, zorgconsumenten en verzekeraars zijn volgens hun voornamelijk geïnteresseerd in de globale patiëntensatisfactie en algemene kwaliteitsindicaties, zoals de accreditering van een instelling of de reputatie van een arts. Externe indicatoren zijn vaak bedoeld voor publiek gebruik, terwijl interne indicatoren vaak niet interessant zijn voor het grote publiek (ibid.). Het zijn dus voornamelijk de externe indicatoren die belangrijk zijn voor deze bachelorscriptie. Berg (2005: persoonlijke communicatie) noemt drie risico's van externe indicatoren. Allereerst noemt zij de perverse effecten van externe indicatoren. Hierbij moet gedacht worden aan het feit dat scores beïnvloed kunnen worden. Als tweede noemt zij het risico op 'gaming the numbers', dit houdt in dat ziekenhuizen slechte 'gevallen' weren en zich concentreren op makkelijke 'gevallen'.

Tot slot vreest zij voor een rem op innovaties als indicaties behaald zijn. Dit risico speelt vooral een rol bij de proces- en structuurindicatoren.

Uitputtende validering is van groot belang bij externe indicatoren om een eerlijke vergelijking te kunnen maken. Voor alle mogelijke relevante verschillen in zorgcontexten moet daarom worden gecorrigeerd (Berg & Schellekens 2002). Uitputtende validering biedt echter nog geen garantie op een eerlijke vergelijking. Berg & Schellekens (2002) stellen dat het publiceren van externe indicatoren aanleiding kan zijn voor kwaliteitsverbetering. De bijdrage van deze indicatoren aan interne kwaliteitsverbetering ontstaat volgens hun met name doordat instellingen en professionals door slechte cijfers wakker worden geschud.

Volgens Casparie & Hommes (1997) blijken indicatoren in de praktijk een goede aanzet te kunnen geven tot verbeteracties en kwaliteitsverbetering. Toch bestaat er ook nog al wat kritiek op indicatoren. Schellekens et al. (2003) vinden dat een oordeel dat uitsluitend op indicatoren is gebaseerd snel tot verkeerde conclusies leidt. Daarnaast zijn zij van mening dat ranglijsten, ontstaan door het in rangorde zetten van indicatoren, een vergelijkbaarheid suggereren die er niet is. Verder bestaat er in Nederland veel weerstand onder artsen tegen het publiceren van prestatiegegevens (Crommentuyn 2003). Volgens Hibbard & Jewett (1997:220) brengen kwaliteitsindicatoren problemen met betrekking tot complexiteit met zich mee: het niet begrijpen van termen, het niet begrijpen of een laag of hoog cijfer verwijst naar goede prestaties en het niet begrijpen van wat een indicator zegt over de kwaliteit van de zorg.

4.3 Ranglijsten in de gezondheidszorg

Een belangrijke voorwaarde voor marktwerking is dus transparantie, transparantie over prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders. In de inleiding is gebleken dat er steeds vaker ranglijsten van ziekenhuizen worden opgesteld. Deze ranglijsten bevatten informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders. Ranglijsten kunnen wellicht de informatieasymmetrie op de zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt voor een gedeelte wegnemen, waardoor de transparantie in de gezondheidszorg wordt vergroot.

Naast de AD ziekenhuis Top 100 en de enquête 'De beste ziekenhuizen' van Elsevier zijn er de afgelopen jaren ook andere ranglijsten van ziekenhuizen verschenen, zoals de wellicht minder bekende jaarlijkse ziekenhuisstudie van Roland Berger Strategy Consultants en het rapport van Gupta Strategists. De hiervoor genoemde initiatieven zijn vanuit particulier initiatief ontstaan, maar ook het beleid van de overheid richt zich steeds meer op het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Met behulp van prestatie-

indicatoren moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar en vergelijkbaar worden gemaakt, zodat voor alle betrokken partijen direct duidelijk is waar de zorg op niveau is en waar de zorg achterblijft (Gezondheidsraad & Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006). Transparantie en kwaliteitsverbetering moeten met dit beleid worden bereikt.

De toename van de beschikbare informatie over de kwaliteit van zorg vormt een prikkel voor onderzoek naar de effecten van deze informatie. Tevens vormen de verschillende plaatsen die ziekenhuizen in ranglijsten behalen aanleiding tot onderzoek naar de betrouwbaarheid van deze lijstjes.

5. Literatuuronderzoek naar informatie over de kwaliteit van zorg

In veel sectoren is benchmarking een veel gebruikt instrument om processen en prestaties te verbeteren. Tomlinson (1998) definieert benchmarking als volgt: “An objective and comparative evaluation of processes using indicators established through direct research among a representative group of similar or competing organizations, which can lead to the implementation of best practice”. Ziekenhuizen voeren zelf geen benchmark uit. Er zijn echter andere organisaties die op basis van indicatoren ziekenhuizen met elkaar vergelijken. Of op basis van deze vergelijkingen ziekenhuizen processen en prestaties gaan verbeteren zal blijken in hoofdstuk 9. In Nederland nemen de initiatieven die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken toe. Ook in het buitenland bestaat veel informatie over de kwaliteit van zorg in zorginstellingen. In dit hoofdstuk zullen zowel de Nederlandse initiatieven als de initiatieven in het buitenland besproken worden. De deelvraag die in dit hoofdstuk beantwoord zal worden luidt: *Welke initiatieven bestaan er zowel in Nederland als in het buitenland die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken?* Door middel van literatuuronderzoek is naar een antwoord op deze deelvraag gezocht.

5.1 Initiatieven in Nederland

Het Algemeen Dagblad publiceert ieder jaar een Ziekenhuis Top 100, evenals de Elsevier die ieder jaar de enquête ‘De beste ziekenhuizen’ uitgeeft in samenwerking met onderzoeker-adviseur Peter Lagendijk. Minder bekende ranglijsten zijn die van Roland Berger Strategy Consultants en van Gupta Strategists. Ook de consumentenbond kent een ziekenhuisvergelijker. Daarnaast bestaan er diverse vergelijkende websites, zoals <http://independ.nl> en <http://mediquest.nl>. Naast deze initiatieven is ook het beleid van de overheid steeds meer gericht op het transparanter maken van zorg. Daarnaast ondernemen zorgverzekeraars initiatieven om de kwaliteit van zorg te meten. In deze paragraaf zal de hierboven genoemde informatie over kwaliteit van zorg nader worden toegelicht.

5.1.1 Ranglijsten

‘De beste ziekenhuizen van Nederland’ volgens de Elsevier is het oudste initiatief. Deze ranglijst is al elf keer gepubliceerd. Elsevier beoordeelt elk ziekenhuis op 54 aspecten, onderscheiden naar de medisch-verpleegkundige kwaliteit, en vervolgens op de kwaliteit van de organisatie en service aan de patiënt. Daarnaast is de deskundigen gevraagd te oordelen over 19 specialismen, voor zover een ziekenhuis die aanbiedt (Leeuwen & Wansink 2006).

De ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad wordt sinds 2004 samengesteld. Deze samenstelling vindt plaats op basis van 30 kwaliteitsaspecten. Deze criteria zijn opgesteld

door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de brancheorganisaties van alle ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Enkele indicatoren die door het Algemeen Dagblad zijn gebruikt zijn: de registratie van doorligwonden, wondinfecties en complicaties, percentage heupoperaties na breuk binnen 24 uur en snelle uitslag borsttumor. Bij het onderzoek wordt niet naar alle denkbare operaties gekeken, maar sommige kwaliteitsaspecten zeggen meer over een bepaald ziekenhuis dan alleen maar de prestaties bij een bepaalde behandeling. Het Algemeen Dagblad noemt het volgende voorbeeld: klinieken die galblaasproblemen vaak via een kijkoperatie opereren, zullen ook bij andere ingrepen eerder kiezen voor deze vorm van chirurgie (2006).

De ziekenhuizen hebben de informatie zelf openbaar gemaakt met de bedoeling patiënten inzicht te geven in hun prestaties. Het Algemeen Dagblad heeft deze criteria vervolgens punten toegekend (ibid.). In de ziekenhuis top 100 die in 2006 verscheen is voor het eerst het oordeel van patiënten meegenomen. Deze gegevens zijn afkomstig van Independer. In samenwerking met Mediquest, verzamelt Independer permanent gegevens van alle ziekenhuizen en klinieken in Nederland. Op de website van Independer kunnen mensen, die de afgelopen twee jaar onder behandeling zijn geweest bij een ziekenhuis of kliniek, hun mening geven over de betreffende zorginstelling. Er wordt gevraagd naar verschillende aspecten zoals 'deskundigheid van de arts' en 'verzorging in het ziekenhuis' (Rond 2007).

De 30 kwaliteitsaspecten konden maximaal 67 punten opleveren en het oordeel van de patiënten maximaal 12. In totaal konden ziekenhuizen dus 79 punten halen. Niet alle kwaliteitsaspecten worden door het Algemeen Dagblad even belangrijk gevonden, aspecten die van groot belang zijn voor de gezondheid van de patiënt leverden meer punten op, zoals het percentage doorligwonden (Algemeen Dagblad 2006). Het aantal punten dat een ziekenhuis behaalde werd gedeeld door het maximum aantal punten dat dat ziekenhuis kon halen. Immers, niet ieder ziekenhuis heeft elk specialisme in huis, waardoor niet ieder ziekenhuis het maximum aantal punten kan scoren. Het percentage bepaalde de plaats in de ranglijst (ibid.).

Er zijn enkele signalen dat de ranglijsten van het Algemeen Dagblad tot prestatieverbetering leidt. Het Sint Jans Gasthuis in Weert constateerde dat hun registratiesysteem onvoldoende functioneerde, maar ook de organisatie was niet goed. Vervolgens hebben zij de organisatie anders ingericht en is het aantal vrouwen dat binnen vijf dagen te horen kreeg of een tumor goed- of kwaadaardig is enorm toegenomen (Algemeen Dagblad 2006). Een andere vooruitgang is geboekt op het kwaliteitsaspect pijnmeting. 58 ziekenhuizen hebben in 2006 standaard gemeten hoe erg de pijn was na een operatie, terwijl in de Top 100 van 2005 30

ziekenhuizen dat deden. Naar aanleiding van een pijnmeting kan worden gekeken of met medicijnen moet worden bijgesprongen (ibid.).

Roland Berger Strategy Consultants kiest het beste ziekenhuis aan de hand van financiële, operationele en medische prestaties. Gupta Strategists kijkt eveneens naar financiële prestaties, hiervoor onderzoeken zij de netto resultaten en de solvabiliteiten van ziekenhuizen. Daarnaast houdt Gupta Strategists rekening met operationele prestaties, hierbij wordt onder andere naar de gemiddelde verblijfsduur gekeken. Tot slot kijkt Gupta Strategists naar de markt, bijvoorbeeld het verlies of de winst in marktaandeel. Opvallend is dat Gupta Strategists geen ranglijst van alle ziekenhuizen in Nederland maakt, net als het Algemeen Dagblad en de Elsevier doen. Gupta Strategists heeft de ziekenhuizen in Nederland in zes groepen verdeeld. In deze groepen zijn ziekenhuizen opgenomen die met elkaar vergelijkbaar zijn. Een ander verschil met bijvoorbeeld de ranglijst van het Algemeen Dagblad is dat Gupta Strategists alleen onderscheid maakt in 'outperformers', 'on-par performers' en 'underperformers'. Ook Roland Berger Strategy Consultants maakt geen ranglijst, zij presenteren een rangschikking van alle ziekenhuizen, exclusief de academische ziekenhuizen en een oncologisch centrum, in vier kwartielen van de 25% beste, de 25% slechtste en twee tussenliggende categorieën (Giard 2006).

De consumentenbond heeft voor een aantal veel voorkomende aandoeningen de kwaliteit van de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen beoordeeld. Zij letten met name op de organisatie en de patiëntgerichtheid van de zorg in ziekenhuizen op basis van wat patiënten belangrijk vinden. Daarnaast werd per ziekenhuis de aanwezigheid van medisch specialismen, medische en algemene voorzieningen en praktische informatie over bijvoorbeeld wachttijden en maaltijdvoorziening geïnterpreteerd (Consumentenbond 2007). Het Mediquesthuisartspanel oordeelde over de specialismen in ziekenhuizen. De huisartsen bekeken zes aspecten: Totaalindruk, medische deskundigheid, bereidheid en mogelijkheid tot samenwerking, communicatie gedurende het behandeltraject, logistiek en organisatie en patiëntvriendelijkheid (ibid.). Daarnaast werd informatie uit de basisset prestatie-indicatoren 2003 tot en met 2005 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt.

5.1.2 Initiatieven van de overheid

De overheid wil de kwaliteit en veiligheid van de zorg garanderen en deze voor het publiek zichtbaar maken, om deze reden maken zij gebruik van indicatoren (Wollersheim et al. 2006). Sinds 2003 doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ieder jaar onderzoek naar de prestaties van alle Nederlandse ziekenhuizen. Voor dit onderzoek heeft de IGZ een basisset van prestatie-indicatoren ontwikkeld in samenwerking met de Nederlandse

Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS). Het gebruik van prestatie-indicatoren heeft naast een verhoging van kwaliteit en veiligheid ook tot doel te komen tot effectiever en efficiënter toezicht. Ziekenhuizen maken hun prestatiescores openbaar op hun website of op de website <http://ziekenhuizen transparant.nl>. Vanaf 2006 worden de prestatie-indicatoren tevens opgenomen in het Jaardocument maatschappelijke verantwoording. Daarnaast worden de gegevens uit de basisset prestatie-indicatoren ter beschikking gesteld aan de website <http://www.kiesBeter.nl> (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2006a). Op deze website kunnen zorggebruikers ziekenhuizen vergelijken. De website wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ook geeft de website informatie weer over wachttijden van ziekenhuizen. Tevens kunnen op de website andere zorginstellingen worden vergeleken en verzekeraars en polissen. Naast al deze initiatieven publiceert ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg steeds vaker informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen op hun website, bijvoorbeeld als zij een organisatie onder verscherpt toezicht stellen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006b) signaleert dat ziekenhuizen steeds meer gegevens verstrekken over de door hen verleende zorg. Er zijn echter nog steeds ziekenhuizen die geen of slechts gedeeltelijk gegevens kunnen verstrekken.

5.1.3 Initiatieven van zorgverzekeraars

Indicatoren worden dus voor uiteenlopende doelen ontwikkeld en gebruikt. Verzekeraars kunnen indicatoren gebruiken om ziekenhuizen of praktijken op kwaliteit te contracteren of honoreren (Wollersheim et al. 2006). Zorgverzekeraars Nederland hebben in samenwerking met het Kenniscentrum DBC een set van aandoeningsspecifieke kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die zorgverzekeraars en instellingen/ medische staven kunnen gebruiken bij het komen tot kwaliteitsafspraken. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren door Zorgverzekeraars Nederland is een gevolg van de invoering van de DBC-systematiek. Voor zorg in het B-segment kunnen instellingen en zorgverzekeraars sinds 2005 voor het eerst vrije prijs- en kwaliteitsafspraken maken (Bos et al. 2006). Voor acht aandoeningen in het B-segment, waaronder liesbreuk, staaroperaties en heupen en knieën en voor drie aandoeningen in het A-segment, waaronder borstkanker zijn indicatoren ontwikkeld die gebruikt kunnen worden bij de inkoop van zorg. In de set van kwaliteitsindicatoren zijn zowel structuur-, als proces-, als uitkomstindicatoren opgenomen. Een voorbeeld van een procesindicator die bij de behandeling van een liesbreuk wordt gehanteerd is het gebruik van de mesh-techniek. Deze techniek is de meest effectieve chirurgische behandeling van patiënten met een liesbreuk (ibid.). Uit een recent verschenen rapport van de Nederlandse

Zorgautoriteit bleek echter dat verzekeraars alle aanbieders contracteren en daarbij nauwelijks selecteren op kwaliteit en prijs (Nederlandse Zorgautoriteit 2007).

Naast particuliere organisaties, verzekeraars en de overheid maken ook instellingen gebruik van indicatoren, met name om de informatie voor het interne beleid. Wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen indicatoren in het kader van deelname aan programma's als Sneller Beter of Doorbraak (Wollersheim et al. 2006).

5.1.4 De impact van de initiatieven in Nederland

Bewijs over de effectiviteit van het publiceren van kwaliteitsgegevens met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren ontbreekt nog grotendeels (Wollersheim et al. 2006). Uit een aantal recentelijk gepubliceerde randomized controlled trials (rct's) bleek dat het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de zorg leidt tot meer initiatieven om de zorg te verbeteren (Hibbard et al. 2005), angst voor imagooverlies speelde daarbij een belangrijke rol. Maar over het algemeen ondernemen ziekenhuizen weinig actie na het publiceren van prestatiescores, met name als het presteren voldoende is in de ogen van de ziekenhuizen zelf, wordt geen actie ondernomen (Luce et al. 1996).

De consumentenbond heeft onderzoek gedaan naar hoe consumenten de basisset prestatie-indicatoren beoordelen. Uit het onderzoek bleek dat consumenten vooral interesse hebben in informatie over medische effectiviteit en patiëntveiligheid van ziekenhuizen. Ziekenhuiservaring, de aard van de aandoening (chronisch of acuut), opleiding en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) speelden een rol bij de mate waarin de kwaliteitsinformatie in het keuzeproses werd gebruikt (Consumentenbond 2005). Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) maakt het overgrote deel van de consumenten nauwelijks een vergelijking tussen verschillende zorgaanbieders. De consumenten die wel een vergelijking maken ($\pm 26\%$ van de bevolking), letten vooral op de kwaliteit van de geleverde zorg, de aanwezigheid van een specialisme, de reputatie van de betreffende zorgaanbieder en de wachttijd van de instelling (ibid.). Damman et al. (2007) zijn van mening dat consumenten vergelijkende kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders waarderen, maar dat ze over het algemeen moeite hebben met het verwerken, interpreteren en gebruiken ervan. Complexe informatie wordt dan ook vaak niet meegenomen in de besluitvorming (ibid.). Voor verwijzende artsen en verzekeraars belemmert met name het wantrouwen in de data het gebruik (Wollersheim et al. 2006).

5.2 Keuzeondersteunende informatie in het buitenland

Niet alleen in Nederland ontstaat steeds meer informatie waarmee zorgvragers ziekenhuizen

kunnen vergelijken, ook in het buitenland zien we deze trend. In deze paragraaf zullen enkele initiatieven uit het buitenland worden besproken. Ook zal naar de effecten van deze initiatieven worden gekeken. ZonMw deed eerder onderzoek naar keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuze-ondersteuning in de gezondheidszorg. Hun doelstelling was het leren van het buitenland. Zij selecteerden vijf landen. Het criterium hierbij was dat de zorgstelsels van de te selecteren landen keuzemogelijkheden boden aan zorggebruikers en dat zorggebruikers bovendien bewust en verantwoordelijk werden gemaakt voor het maken van weloverwogen keuzen in de zorg (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). De volgende vijf landen werden in hun onderzoek opgenomen: Australië, Denemarken, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten. In deze paragraaf zullen de door ZonMw gevonden initiatieven meegenomen worden.

In Australië is nog maar weinig informatie beschikbaar op basis waarvan consumenten ziekenhuizen kunnen vergelijken, terwijl burgers in Australië steeds meer keuzemogelijkheden krijgen op het gebied van de gezondheidszorg (Lugtenberg & Westert 2007:20). De 'Australian Council on Healthcare Standards' (ACHS) verzamelt informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. De ACHS is een onafhankelijke not-for-profit organisatie. Het doel van de organisatie is de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren. Hoewel publicaties hierover in toenemende mate beschikbaar komen, is er nog lang geen sprake van voor het brede publiek toegankelijke kwaliteitsinformatie (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Naast de ACHS meet de 'National Health Performance Committee (NHPC) prestaties in de gezondheidszorg. Deze commissie, opgericht op verzoek van de overheid heeft het National Health Performance Framework ontwikkeld. Het doel van dit raamwerk is het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg door het stimuleren van benchmarking en door het aanbieden van informatie omtrent de kwaliteit van de nationale gezondheidszorg in Australië (Lugtenberg & Westert 2007:20). De prestatiegegevens die de ACHS en de NHPC aanbieden zijn echter niet ontwikkeld voor consumenten (ibid.:20).

In Denemarken krijgt het meten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg al jaren veel aandacht (Lugtenberg & Westert 2007:25). Een bekend initiatief is het 'Danish National Indicators Project' dat door de Deense overheid is ontwikkeld. Dit project meet met behulp van prestatie-indicatoren de kwaliteit van ziekenhuiszorg voor patiënten met diabetes, longkanker, schizofrenie, hartfalen, heupfracturen, CVA en acute chirurgie voor maagbloedingen. Het doel is dat patiënten, familieleden, dokters en verpleegkundigen zich realiseren hoe de uitvoering en uitkomsten van de zorg in 'hun' ziekenhuis zich verhouden tot de gouden standaard (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Het National Indicators Project verzamelt informatie uit de patientendossiers over de behandeling, de ernst van de

aandoening en het resultaat van de behandeling. Daarnaast wordt door de 'Unit of Patiënt Evaluation' de 'Danish National Survey of Patiënt Experiences' uitgevoerd. Het doel van deze survey is om vergelijkingen van patiëntenoordelen tussen ziekenhuizen te verkrijgen (Lugtenberg & Westert 2007:27). Ook worden in Denemarken wachttijden voor (specialismen in) ziekenhuizen via internet bekend gemaakt (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Een recent opgericht initiatief in Denemarken dat specifiek op de consument is gericht is 'Sundhedskvalitet' (Health Quality). Dit is een online scoringssysteem dat de kwaliteit van ziekenhuizen vastlegt met behulp van sterren, variërend van 1 tot 5 (Lugtenberg & Westert 2007:28).

In Duitsland bestaat de wettelijke verplichting deel te nemen aan een externe kwaliteitscontrole. Ziekenhuizen zijn verplicht prestatie-indicatoren te meten en te publiceren (Wollersheim et al. 2006). Vervolgens kunnen zij hun eigen prestaties vergelijken met andere zorginstellingen in Duitsland (Lugtenberg & Westert 2007:30). Toch wordt de keuzevrijheid van patiënten in Duitsland momenteel eerder ingeperkt dan verruimd. Het huidige beleid richt zich namelijk vooral op het vergroten van de poortwachterfunctie van de huisarts (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Er zijn tot op heden weinig initiatieven die kwaliteit voor consumenten inzichtelijk maken. Slechts eenmalig is er een vergelijking van ziekenhuizen in de Duitse krant Fokus gepubliceerd. De kwaliteit van het eten en de bejegening door het (medisch) personeel werden als indicatoren gebruikt (ibid). Een initiatief dat momenteel in ontwikkeling is en specifiek bedoeld is om consumenten te voorzien van adequate informatie over de kwaliteit van de zorg is de 'Weisse liste' (Lugtenberg & Westert 2007:32). Naar verwachting zal deze informatie in 2008 via de website <http://weisse-liste.de> worden aangeboden (ibid.:33). Tevens is het de bedoeling dat er op korte termijn een nieuwe onafhankelijke, door de overheid gefinancierde organisatie wordt gevormd die belast is met prestatiemeting en rapportage in alle sectoren van de zorg (ibid.:33).

In Engeland wordt het in 2000 door het ministerie van Volksgezondheid ingevoerde Star Rating System gehanteerd. Dit systeem geeft met behulp van nul, één, twee of drie sterren de prestaties weer van spoedeisende hulpen, specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, ambulance zorg en eerstelijnszorg. De beoordeling is gebaseerd op een set van indicatoren, die afgeleid zijn van het 'Performance Assessment Framework' (Lugtenberg & Westert 2007:34). Het aantal sterren dat een voorziening scoort heeft directe consequenties, zowel de financiering van de voorzieningen zijn afhankelijk van de prestaties (pay for performance) als de carrière van de directeur van een voorziening (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Naast het Star Rating System kent Engeland een meer voor de consument bedoeld initiatief: Dr. Foster. Dr. Foster was oorspronkelijk een initiatief van de

Engelse krant The Times om een 'good hospital guide' te publiceren, maar inmiddels is Dr. Foster uitgegroeid tot de keuzesite in de zorg voor Engeland. De informatie die op deze website te vinden is presenteert zowel kwaliteitsgegevens op het niveau van het ziekenhuis als op het niveau van de maatschap van specialisten (ibid). Ook is er op de officiële website van de National Health Service informatie over zorgaanbieders te vinden (ibid.).

De Verenigde Staten kennen veruit de meeste initiatieven die kwaliteit van zorg inzichtelijk maken (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Bekend zijn de report cards die zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Aan deze report cards zijn echter enkele nadelen verbonden. Allereerst hebben de report cards vaak alleen betrekking op het zorgaanbod in een staat of regio. Daarnaast ontstaan de report cards op particulier initiatief (ibid.). De report cards in de Verenigde Staten worden opgesteld op basis van performance indicators, zoals het percentage patiënten van wie cholesterolniveaus worden gecontroleerd na het doormaken van een hartaanval en het percentage diabetespatiënten met te hoge HBA1c-waarde (Berg & Schellekens 2002).

Ook op de website van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid kan de kwaliteit van zorgaanbieders worden vergeleken (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Daarnaast bieden grote health plans en ook publieke programma's als Medicare en Medicaid (gezamenlijk zo'n 100 miljoen verzekerden) informatie aan beleidsmakers en burgers over de kwaliteit van de zorg (Wollersheim et al. 2006). Verder bestaan er diverse ranglijsten, zoals 'The America's Best Hospitals' in de US News. Deze ranglijst houdt rekening met de reputatie, mortaliteit en een aantal zorggerelateerde factoren in ziekenhuizen, zoals de verpleging. Verder biedt de website <http://www.healthgrades.com> de mogelijkheid voor consumenten om zorgaanbieders per ingreep of diagnose met elkaar te vergelijken. De website 'Leapfrog' ondersteunt consumenten bij het maken van weloverwogen keuzen in de zorg en beoogt de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door het bieden van beloningen aan zorgaanbieders (Lugtenberg & Westert 2007:42).

Hoewel men in Australië, Denemarken en Duitsland in toenemende mate aandacht besteedt aan het onderwerp keuzen in de zorg en keuze-informatie voor burgers, ontbreken in deze landen grotendeels nog initiatieven die specifiek zijn ontwikkeld om consumenten te voorzien van keuze-informatie. Daarentegen heeft men in Engeland en de Verenigde Staten al ruime ervaring met het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen voor consumenten (Lugtenberg & Westert 2007:7).

5.2.1 De impact van de initiatieven in het buitenland

In Australië is (nog) niet bewezen dat informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen positief bijdraagt aan het keuzegedrag van zorggebruikers of andere positieve effecten heeft. De beperktheid van de informatie en het versnipperde karakter zijn belangrijke oorzaken (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Ook in Denemarken is er weinig tot geen bewijs over de effecten van de in de vorige paragraaf genoemde initiatieven. De informatie over de kwaliteit van zorg in Denemarken is in eerste instantie bedoeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren (Lugtenberg & Westert 2007:29). Voor Duitsland geldt eigenlijk hetzelfde. Het enige effect van de vergelijking van ziekenhuizen in de krant Focus was een storm van kritiek onder zorgaanbieders (ibid.).

Over de effecten van de Engelse initiatieven is meer bekend. Het Star Rating System leidt tot een verbetering van de gerapporteerde kwaliteit van zorg- en dienstverlening bij de getoetste zorgaanbieders. In hoeverre dit effect wordt vertekend door de nadelige effecten van 'gaming' is onbekend (Groenewoud & Kreuger & Huijsman 2006). Het percentage patiënten dat bijvoorbeeld langer dan zes maanden op een wachtlijst stond daalde in de periode van 1999 tot 2005 van 26,1% naar 5,0% (Bevan & Hood 2006). Over het gebruik van prestatiegegevens van het Star Rating System door consumenten bestaat nog weinig overtuigend bewijs (Lugtenberg & Westert 2007:37). Naar de effecten van de Dr. Foster gidsen is nog maar weinig onderzoek gedaan.

Terwijl er weinig bewijs is over de effecten van report cards op het gedrag van consumenten, neemt de inzet van report cards in de Verenigde Staten snel toe (Hibbard & Jewett:218-219). Er is wel enig onderzoek gedaan, onder andere door The Minnesota Health Data Institute. Resultaten van het onderzoek lieten zien dat het grootste gedeelte van de consumenten de verspreide report card hadden gelezen, maar minder dan de helft van deze consumenten vonden de report card behulpzaam. Consumenten waren van mening dat de report card moeilijk hanteerbaar was, complex en gedetailleerd (Hibbard & Jewett:219). Ook overige prestatie-informatie wordt door consumenten nauwelijks gebruikt bij het maken van keuzen (Lugtenberg & Westert 2007:42).

6. De vier kernvragen van beleid

In het vorige hoofdstuk zijn allerlei initiatieven besproken die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Zowel particuliere initiatieven als initiatieven van de overheid kwamen aan bod. In dit hoofdstuk zal met behulp van de vier kernvragen van beleid van Anton Hemerijck na worden gegaan of het opstellen van ranglijsten van ziekenhuizen een juiste manier is om marktwerking in Nederlandse gezondheidszorg te bevorderen. De vier kernvragen van beleid worden met name gebruikt voor het beoordelen van overheidsbeleid. In deze scriptie zal het model echter ook worden gebruikt voor de beoordeling van particuliere initiatieven die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. In de volgende paragraaf wordt het door Hemerijck opgestelde model toegelicht. In paragraaf 6.2 zal het model worden toegepast.

6.1 Het model van Anton Hemerijck

Vier kernvragen van beleid (Hemerijck 2003)

<u>Handelingsoriëntatie</u>	<u>Criteria van legitimiteit</u>	
	<u>Output-legitimiteit</u>	<u>Input-legitimiteit</u>
Logic of apropriateness	Politiek-bestuurlijke slagvaardigheid ('Past het?')	Maatschappelijke aanvaardbaarheid ('Hooft het?')
Logic of consequence	Instrumentele doelmatigheid ('Werkt het?')	Consttutionele rechtmatigheid ('Mag het')

Anton Hemerijck maakt onderscheid tussen output-legitimiteit en input-legitimiteit. Volgens Scharpf (1999) gaan politici eerst de strijd aan met elkaar om de gunst van de kiezer, collega-parlementsleden en vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties, over de doelen van beleid aan de inputkant van het politieke proces. Dan volgt het bestuurlijke vraagstuk over de effectieve uitvoering in termen van output. Het opstellen van ranglijsten van ziekenhuizen is geen beleid dat door de overheid wordt uitgevoerd. Politici hoeven daarom niet te strijden om de gunst van de kiezer, collega-parlementsleden en vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. Toch kan input-legitimiteit in de context van ranglijsten in de gezondheidszorg worden gebruikt. Er kan hierbij worden gekeken of het opstellen van de lijsten niet in strijd is met bestaande normen en waarden in de samenleving.

Niet alleen de legitimiteit van beleid is van belang, ook moet gekeken worden of doelen en instrumenten 'passen' in de politieke en maatschappelijke context waarin ze totstandkomen (Hemerijck & Hazeu 2004). March en Olsen (1989) onderscheiden de 'logica van passendheid' en de 'logica van consequentie'. De logica van passendheid let op de politiek maatschappelijke context die de vaststelling van doelen en regels kanaliseert en mede bepaalt, terwijl bij de logica van consequentie de oriëntatie op gewenste doelen en regels van belang is (Hemerijck 2003). Bij de logica van consequentie moet ook naar beschikbare alternatieven en de verwachte resultaten worden gekeken.

Uit de combinatie van de criteria van legitimiteit en de handelingsoriëntaties heeft Anton Hemerijck zoals in de figuur te zien is vier kernvragen afgeleid: past het, hoort het, werkt het en mag het? Beleid behoort aan deze vier criteria te voldoen. Deze vier criteria zullen ook toegepast worden op de ranglijsten van ziekenhuizen. Nu zullen de vier kernvragen kort toegelicht worden. Bij de 'past het' vraag wordt gekeken of beleidsmaatregelen passen of ingepast kunnen worden in de institutionele structuur van het politieke systeem (ibid.). Het gaat erom of beleid politiek haalbaar is en bestuurlijk uitvoerbaar. 'Hoort het' gaat om de vraag of beleid maatschappelijk aanvaardbaar is (ibid.). De 'werkt het' vraag richt de aandacht op het feit of een beleidsinstrument bijdraagt aan de realisering van politieke doelstellingen (Hemerijck & Hazeu 2004). Tot slot de 'mag het' vraag, hierbij wordt gekeken of beleid volgens de regels en procedures van de rechtsstaat mag (Hemerijck 2003).

6.2 De toepassing van het model

Democratische besluitvorming is de 'motor' achter de ontwikkeling van beleid (Hemerijck 2003). Bestuurders leggen rekenschap af aan gekozen volksvertegenwoordigers (ibid.). In deze paragraaf zullen de vier kernvragen van beleid worden toegepast op informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, waaronder ranglijsten. De hoeveelheid informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen is de laatste jaren flink toegenomen. Er worden ranglijsten van ziekenhuizen gepubliceerd die burgers informeren over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. De consumentenbond heeft voor een aantal veel voorkomende aandoeningen de kwaliteit van de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen beoordeeld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een basisset van prestatie-indicatoren ontwikkeld. De overheid gebruikt de gegevens uit deze basisset voor de website <http://www.kiesBeter.nl>. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een set van aandoeningspecifieke kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. De website <http://www.kiesBeter.nl> schept de voorwaarden voor een goedgeïnformeerde, kiezende burger (Loon & Tolboom 2005). De vraag naar goedgeïnformeerde, kiezende burgers komt voort uit de groeiende marktwerking in de gezondheidszorg. Hierdoor hebben ook ziekenhuizen meer behoefte aan informatie over de kwaliteit van zorg (Inspectie voor de

Gezondheidszorg 2006a).

De 'past het' vraag vestigt de aandacht op het vraagstuk van het politieke en maatschappelijke draagvlak voor beleidskeuzen en de uitvoerbaarheid (Hemerijck 2003). Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006a) doet een 'waardeoordeel' over het gehele ziekenhuis geen recht aan de verscheidenheid in ziekenhuizen. Een ziekenhuis is een complexe organisatie waar diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een grote diversiteit van aandoeningen plaatsvindt (ibid.). Daarnaast is de Inspectie (ibid.) van mening dat in alle ziekenhuizen, ongeacht welke rangorde dan ook, zorg moet worden geleverd van voldoende niveau. Om deze redenen publiceert de Inspectie voor de Gezondheidszorg geen ranglijst van ziekenhuizen, maar een jaarlijks terugkerend rapport over de resultaten die de prestatie-indicatoren hebben opgeleverd. Ook op de website <http://www.kiesBeter.nl> wordt geen ranglijst gepubliceerd. Het Algemeen Dagblad, de Elsevier, Roland Berger Strategy Consultants en Gupta Strategists maken wel ranglijsten openbaar. De minister van Volksgezondheid juicht het transparant maken van de zorg toe; hij ziet deze initiatieven als een vooruitgang (Giard 2006). Het past immers goed in het nieuwe klimaat van marktwerking in de zorg (ibid.). Ook vanuit de samenleving neemt de druk toe om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de gezondheidszorg (Gezondheidsraad & Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006).

Hoort het? Sluiten ranglijsten aan bij de verlangens, verwachtingen, noden, gevoelens, waarden en normen van de burgers (Hemerijck & Hazeu 2004)? De behoefte van burgers naar informatie over de kwaliteit van zorg neemt toe. Veel informatie die momenteel beschikbaar is, is echter te complex. Daarnaast kunnen ranglijsten een verkeerd beeld schetsen. Wellicht gaan burgers er vanuit dat het Medisch Centrum Leeuwarden het beste ziekenhuis van Nederland is, omdat dit ziekenhuis in 2006 in de AD Top 100 op nummer 1 stond. Deze plaats in de ranglijst wil echter niet zeggen dat patiënten voor iedere aandoening het beste naar dit ziekenhuis kunnen gaan. Het gebruik van keuze-informatie kan worden bevorderd door informatie aan te bieden die beter aansluit bij de behoeften van burgers (Lugtenberg & Westert 2007:46).

De 'Werkt het' vraag bevat 2 criteria: Beleid moet zo doelmatig en doeltreffend mogelijk zijn (Hemerijck 2003). Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat het publiceren van kwaliteitsinformatie kan leiden tot verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Er is echter weinig bewijs dat burgers de kwaliteitsinformatie daadwerkelijk gebruiken bij het maken van keuzen in de zorg (Lugtenberg & Westert 2007:44). Of de Nederlandse ranglijsten bijdragen aan de politieke doelstellingen zal blijken in hoofdstuk 9 en 10. Een belangrijk probleem van

onderzoek naar de mate waarin beleid 'werkt' is dat beleidsalternatieven causale inzichten in bestaande maatschappelijke problemen en in de mogelijke consequenties van beleidsinterventies veronderstellen (Hemerijck 2003). Dit probleem speelt ook bij het onderzoek naar de werkzaamheid van ranglijsten. Er zijn naast ranglijsten immers tal van andere initiatieven die burgers informeren over de kwaliteit van zorg, waardoor zij een weloverwogen keuze kunnen maken.

Tot slot wordt de 'Mag het' vraag beantwoord. In Nederland is een uitgebreid juridisch kader gecreëerd dat individuele hulpverleners wettelijk verplicht goede zorg te leveren en zorginstellingen opdraagt om hun kwaliteit te waarborgen (Giard 2007). Daarnaast zijn instellingen verplicht ieder jaar hun kwaliteit openbaar te maken met behulp van de prestatie-indicatoren. Het openbaar maken van de kwaliteit van een ziekenhuis vindt zijn grondslag in het recht op informatie binnen een democratische samenleving (Giard 2006). De vraag is wel hoe publieke verantwoording zich verhoudt tot de professionele autonomie van artsen en andere hulpverleners (Gezondheidsraad & Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006). Professionele autonomie is echter geen vrijbrief voor professionals om zich aan verantwoording voor hun handelen te onttrekken (ibid.).

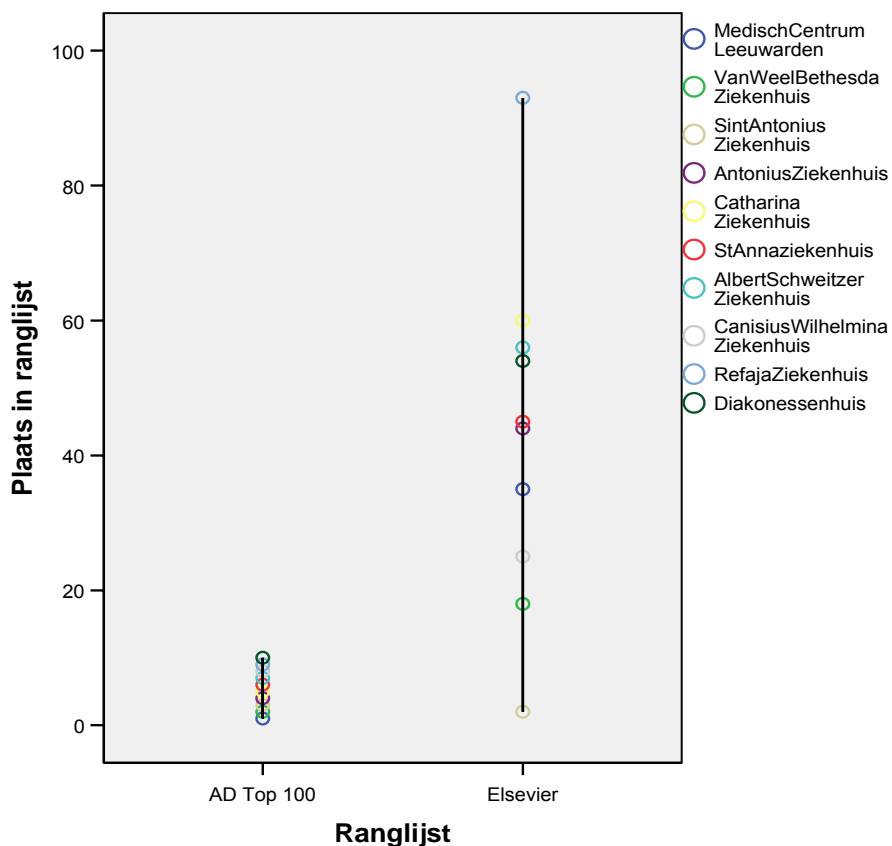
Ranglijsten van ziekenhuizen passen volgens de minister van Volksgezondheid in het nieuwe klimaat van marktwerking in de zorg. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006a) doet een 'waardeoordeel' over het gehele ziekenhuis echter geen recht aan de verscheidenheid in ziekenhuizen. Voor burgers is veel informatie over de kwaliteit van zorg te complex. De informatie kan gemakkelijk verkeerd geïnterpreteerd worden. Het publiceren van kwaliteitsinformatie kan leiden tot verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Er is echter weinig bewijs dat burgers de kwaliteitsinformatie daadwerkelijk gebruiken bij het maken van keuzen in de zorg. Ranglijsten in ziekenhuizen zijn niet in strijd met regels en procedures van de rechtsstaat. Dus ranglijsten mogen, maar er bestaat kritiek op de vraag of ranglijsten passen en horen. De vraag of ranglijsten werken krijgt later in deze scriptie nog aandacht.

7. Een vergelijking van de ranglijsten in Nederland

In dit hoofdstuk zal een antwoord op deelvraag 2 worden gegeven. Deelvraag 2 luidt: *In hoeverre komen de resultaten van de Nederlandse ranglijsten overeen?*

Een eerste oogopslag leert dat de resultaten uit de verschillende ranglijsten niet erg overeenkomen. Ter illustratie: op nummer één van de ranglijst van Elsevier staat in 2006 het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam. Opvallend is dat dit ziekenhuis in de AD ziekenhuis Top 100 2006 slechts de 64^e plaats heeft behaald. In deze ranglijst staat het Medisch Centrum Leeuwarden op de eerste plaats. Dit ziekenhuis stond in 2006 in de Elsevier op nummer 35. Bij de ziekenhuisstudie van Roland Berger staat het Wilhelmina Ziekenhuis Assen in 2006 bovenaan. Het OLVG en het Medisch Centrum Leeuwarden behalen in deze scorelijst slechts een plaats in het respectievelijk laagste en derde kwart.

Volgens de contactpersoon binnen het MCRZ staan zes of zeven van de ziekenhuizen die in de top 10 staan van de AD Top 100, in de onderste helft van de ranglijst van de Elsevier. Uit onderstaande figuur blijkt dat deze uitspraak niet geheel klopt.



Vier van de tien ziekenhuizen staan in de onderste helft van de ranglijst van de Elsevier.

Maar alleen het Sint Antonis Ziekenhuis in Nieuwegein staat in 2006 zowel in de AD Top 100 als in de ranglijst van de Elsevier in de top 10.

In SPSS zijn de ranglijsten van het Algemeen Dagblad en de Elsevier van 2004, 2005 en 2006 ingevoerd. Wanneer de ranglijst die in 2006 in het Algemeen Dagblad verscheen naast de ranglijst uit de Elsevier van 2006 wordt gelegd kan bekeken worden of de uitkomsten correleren. Met correlatie worden de sterkte en de richting van het verband tussen twee (of meer) interval- of ratiovariabelen bepaald (Vocht 2003). Dit verband wordt weergegeven met een correlatiecoëfficiënt. Hoe hoger de (absolute) waarde van de correlatiecoëfficiënt is. Des te sterker is het verband (ibid.).

De door ziekenhuizen behaalde plaatsen in de verschillende ranglijsten worden op ratio niveau gemeten, de variabelen kennen immers een absoluut nulpunt. Onderstaande tabel laat de correlatiematrix zien.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2006	Plaats in de Elsevier ranglijst 2006
Plaats in de AD Top 100 2006	Pearson Correlation	1	,100
	Sig. (2-tailed)		,336
	N	97	94
Plaats in de Elsevier ranglijst 2006	Pearson Correlation	,100	1
	Sig. (2-tailed)	,336	
	N	94	95

Uit de correlatiematrix blijkt dat de correlatiecoëfficiënt niet significant is (bij $\alpha=0,05$). Er bestaat dus geen significant verband tussen de ranglijsten van het Algemeen Dagblad en de Elsevier in 2006.

De volgende correlatiematrix laat zien dat er ook in 2005 geen significant verband (bij $\alpha=0,05$) bestond tussen de ranglijsten van het Algemeen Dagblad en de Elsevier.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2005	Plaats in de Elsevier ranglijst 2005
Plaats in de AD Top 100 2005	Pearson Correlation	1	,154
	Sig. (2-tailed)		,133
	N	98	97
Plaats in de Elsevier ranglijst 2005	Pearson Correlation	,154	1
	Sig. (2-tailed)	,133	
	N	97	97

Ook voor 2004 is de correlatiecoëfficiënt achterhaald. Uit de onderstaande correlatiematrix blijkt dat er ook in 2004 geen significant verband (bij $\alpha=0,05$) was tussen de ranglijsten van het Algemeen Dagblad en de Elsevier.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2004	Plaats in de Elsevier ranglijst 2004
Plaats in de AD Top 100 2004	Pearson Correlation	1	,162
	Sig. (2-tailed)		,143
	N	87	83
Plaats in de Elsevier ranglijst 2004	Pearson Correlation	,162	1
	Sig. (2-tailed)	,143	
	N	83	91

Wat opvalt is dat de absolute waarden van de correlatiecoëfficiënten zijn afgenomen (0,162 – 0,154 – 0,100). Dit houdt in dat de sterkte van het verband zelfs is verminderd.

Gupta Strategists heeft alle ziekenhuizen in Nederland is zes groepen verdeeld: Small/rural, Small/urban, Lage/rural, Large/urban, STZ en UMC. Vervolgens hebben zij geen ranglijst van de ziekenhuizen gemaakt, maar de ziekenhuizen in drie groepen geplaatst: Outperformers, On-par performers en Underperformers. De meeste ziekenhuizen bevinden zich in de groep 'Small/rural'. Voor de 35 ziekenhuizen in deze groep is onderzocht of zij volgens het Algemeen Dagblad en de Elsevier in 2005 ook Outperformers, On-par performers of Underperformers waren. De 12 bestscorende ziekenhuizen volgens het Algemeen Dagblad en de Elsevier uit deze groep van 35 ziekenhuizen zijn betiteld als outperformers, de 12 daaropvolgende ziekenhuizen als On-par performers en de 11 slechtst scorenden als Underperformers. Vervolgens is onderzocht of er een correlatie bestaat tussen de uitkomsten. Zie de correlatiematrix hieronder.

Correlations

		Prestatie volgens Gupta Strategists 2005	Prestatie volgens het AD 2005	Prestatie volgens de Elsevier 2005
Prestatie volgens Gupta Strategists 2005	Pearson Correlation	1	,173	,129
	Sig. (2-tailed)		,321	,459
	N	35	35	35
Prestatie volgens het AD 2005	Pearson Correlation	,173	1	,216
	Sig. (2-tailed)	,321		,212
	N	35	35	35
Prestatie volgens de Elsevier 2005	Pearson Correlation	,129	,216	1
	Sig. (2-tailed)	,459	,212	
	N	35	35	35

Uit bovenstaande correlatiematrix kan geconcludeerd worden dat ook tussen de uitkomsten van Gupta Strategists en het Algemeen Dagblad en de Elsevier geen correlatie bestaat.

Wanneer alleen naar de uitkomsten van het Algemeen Dagblad wordt gekeken in 2004, 2005 en 2006 blijkt uit onderstaande correlatiematrix dat de correlatiecoëfficiënten significant zijn (bij $\alpha=0,01$). Er bestaat dus een significant verband tussen de uitkomsten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2004	Plaats in de AD Top 100 2005	Plaats in de AD Top 100 2006
Plaats in de AD Top 100 2004	Pearson Correlation	1	,395(**)	,354(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,001
	N	87	87	86
Plaats in de AD Top 100 2005	Pearson Correlation	,395(**)	1	,298(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,003
	N	87	98	97
Plaats in de AD Top 100 2006	Pearson Correlation	,354(**)	,298(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,003	
	N	86	97	97

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ook bij de ranglijsten van de Elsevier van 2004, 2005 en 2006 is sprake van een significant verband, zoals blijkt uit onderstaande correlatiematrix.

Correlations

		Plaats in de Elsevier ranglijst 2006	Plaats in de Elsevier ranglijst 2005	Plaats in de Elsevier ranglijst 2004
Plaats in de Elsevier ranglijst 2006	Pearson Correlation	1	,551(**)	,444(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	95	94	90
Plaats in de Elsevier ranglijst 2005	Pearson Correlation	,551(**)	1	,597(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	94	97	91
Plaats in de Elsevier ranglijst 2004	Pearson Correlation	,444(**)	,597(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	90	91	91

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

De absolute waarden van de correlatiecoëfficiënten van de ranglijsten van de Elsevier zijn hoger dan de correlatiecoëfficiënten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad, dit

betekent dat er tussen de ranglijsten van de Elsevier een sterker verband bestaat. De oorzaak kan liggen in het feit dat de prestatie-indicatoren waarop de AD Top 100 is gebaseerd ieder jaar worden aangepast.

Uit bovenstaande analyses blijkt dat de uitkomsten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad, de Elsevier en Gupta Strategists niet correleren. In hoofdstuk 5 is gebleken dat de ranglijsten op basis van verschillende indicatoren zijn opgebouwd. Hierdoor kunnen de verschillen in de uitkomsten worden verklaard. Verbetering van de bedrijfsvoering blijkt echter vaak een positieve impuls te leveren aan de kwaliteit van de geleverde zorg (Alma 2005). Hierdoor was het mogelijk dat er toch correlaties tussen de ranglijsten werden gevonden. Dit was echter niet het geval.

Volgens de respondent van het Spaarneziekenhuis zijn er verschillen tussen de ranglijst van het Algemeen Dagblad en de ranglijst van de Elsevier, doordat de Elsevier op de naam van ziekenhuizen afgaat en naar meningen vraagt, terwijl de prestatie-indicatoren waar de ranglijst van het Algemeen Dagblad op is gebaseerd emoties proberen uit te schakelen (Persoonlijke communicatie 2007b). Het Hofpoort Ziekenhuis in Woerden stond in 2006 in de AD Top 100 op de 78^e plaats, terwijl het ziekenhuis in de ranglijst van de Elsevier op nummer 11 stond. Het ziekenhuis scoorde in de Elsevier goed op patiënttevredenheid, vriendelijke artsen, samenwerking met huisartsen en een goede organisatie (Persoonlijke communicatie 2007g). Het oordeel van patiënten wordt in de AD Top 100 ook meegenomen. Maar de overige indicatoren waarop het Hofpoort Ziekenhuis goed scoort worden door het Algemeen Dagblad niet gebruikt.

Tussen de uitkomsten van de ranglijsten van het Algemeen Dagblad in 2004 tot en met 2006 bestaat wel een verband. Maar omdat veel indicatoren in de loop der jaren anders gedefinieerd zijn, is het niet goed mogelijk trends weer te geven. Dit geldt ook voor de ranglijsten van de Elsevier.

8. De betrouwbaarheid van de ranglijsten in Nederland

In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de resultaten van de verschillende ranglijsten nauwelijks overeenkomen. De verschillen tussen de ranglijsten ontstaan doordat verschillende methoden worden toegepast. Patiënten krijgen hierdoor geen helder beeld welk ziekenhuis zij nu het beste kunnen kiezen (Giard 2006). Ondanks het feit dat de verschillen verklaarbaar zijn kan het twijfel veroorzaken aan de betrouwbaarheid van de lijsten in Nederland. De volgende vraag zal in dit hoofdstuk beantwoord worden: *Hoe betrouwbaar zijn de ranglijsten in de gezondheidszorg?*

Over het algemeen hadden de betrokken contactpersoon bij dit onderzoek meer vertrouwen in de ranglijst van het Algemeen Dagblad dan in de ranglijst van de Elsevier (Persoonlijke communicatie 2007a, 2007d, 2007e). Met name omdat de AD Top 100 gebaseerd is op de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie herzielt de basisset prestatie-indicatoren ieder jaar, waardoor ze steeds beter worden (Persoonlijke communicatie 2007b). De definities waren in het begin heel breed, waardoor veel interpretatieverschillen ontstonden (ibid.). Ter illustratie: Bij de indicator 'percentage doorligwonden' wordt een exclusiefactor gehanteerd. De exclusiefactor houdt in dat mensen die al binnenkomen met doorligwonden niet moeten worden meegeteld. Het Spaarneziekenhuis telde deze patiënten wel mee, waardoor zij daalde in de ranglijst (Persoonlijke communicatie 2007b). Ook komt het voor dat ziekenhuizen ergens al mee bezig zijn, maar nog niet over de gehele breedte van het ziekenhuis. Moet het ziekenhuis dan invullen dat zij het wel doen of niet doen? (Persoonlijke communicatie 2007f)

Over de ranglijst van de Elsevier waren de meningen verdeeld. De Elsevier laat de ziekenhuizen beoordelen door professionals met ervaring in de gezondheidszorg (specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en bestuurders). De ranglijst van de Elsevier is een imago-onderzoek, omdat medewerkers van een ziekenhuis moeten oordelen over andere ziekenhuizen (Persoonlijke communicatie 2007a). Ook de respondent uit het IJsselland Ziekenhuis is van mening dat het imago van ziekenhuizen een belangrijke rol speelt. Met name wanneer andere mensen worden gevraagd om te oordelen over een ziekenhuis (Persoonlijke communicatie 2007f). Als voorbeeld wordt het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag genoemd. Dit ziekenhuis heeft een heel goed imago, maar het is maar de vraag of de zorg er ook heel goed is. Ziekenhuizen die negatief in het nieuws zijn geweest zakken naar beneden in de lijst. De respondent van het MCRZ verwacht dat het Universitair Medisch Centrum St. Radboud dat problemen heeft gehad met de hartchirurgie in de volgende ranglijst van de Elsevier onderaan zal staan (Persoonlijke communicatie 2007a).

Vanwege de concurrentie in de gezondheidszorg is het mogelijk dat informanten negatief oordelen over andere ziekenhuizen (ibid.). De respondent van het Diaconessenhuis in Utrecht vindt de ranglijst van de Elsevier volstrekt onbetrouwbaar (Persoonlijke communicatie 2007d). Op basis van zijn werkervaring in vier ziekenhuizen is hij er zeker van dat er ziekenhuizen zijn die hun personeel sterk aanmoedigen om de enquête van de Elsevier in te vullen (ibid.). Bovendien is de respons niet erg hoog. In 2006 werd bijvoorbeeld het Ziekenhuis Zevenaar beoordeeld op basis van 18 informanten. Een voordeel van de ranglijst van de Elsevier is dat het ook iets zegt over specialismen. Ook bij de methode die het Algemeen Dagblad hanteert kunnen kanttekeningen geplaatst worden. Ziekenhuizen moeten immers zelf de getallen aanleveren, waarbij het mogelijk is om de getallen hier en daar te manipuleren. Bovendien is het soms maar van twee punten afhankelijk of een ziekenhuis op de 40^e of de 80^e plaats eindigt (Persoonlijke communicatie 2007b).

Wanneer de verschillende contactpersonen bij dit onderzoek werd gevraagd of zij van mening waren dat de plaats van het ziekenhuis in de verschillende ranglijsten overeenkomt met de werkelijkheid, antwoordden veel contactpersonen ontkennend (Persoonlijke communicatie 2007a, 2007b, 2007d, 2007e, 2007f). Met name de contactpersonen van ziekenhuizen die laag scoren wisten redenen te noemen voor hun lage score en waren het niet eens met de behaalde plaats in de ranglijst. De meest genoemde redenen waren het niet aanleveren van gegevens of een foute invoer van gegevens, waardoor de ziekenhuizen minder punten scoorden. Ook de contactpersoon van het Diaconessenhuis in Utrecht gaf toe dat zij in 2004 op nummer 1 stonden in de AD Top 100, louter omdat zij alle gegevens hadden ingevuld (Persoonlijke communicatie 2007d). Het Hofpoort Ziekenhuis in Woerden stond in de AD Top 100 in 2005 op de 37^e plaats. In 2006 zakte het ziekenhuis naar de 78^e plaats. Het beeld dat hierdoor ontstaat is dat de kwaliteit in het Hofpoort Ziekenhuis slechter is geworden. Dit is echter niet het geval. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn erg klein (Persoonlijke communicatie 2007g). Ook volgens de respondent uit het IJsselland Ziekenhuis worden de verschillen tussen ziekenhuizen steeds kleiner (Persoonlijke communicatie 2007f).

Ook bestaan er grote verschillen binnen ziekenhuizen. In het IJsselland Ziekenhuis behoren de darm, maag en leverartsen sinds 2005 bijvoorbeeld tot de top van Nederland volgens de uitverkiezing van 'De beste specialisten' van de Elsevier (Leeuwen & Wansink 2007). Volgens de op de prestatie-indicatoren gebaseerde ranglijst van het Algemeen Dagblad behoort het IJsselland Ziekenhuis echter tot een minder goed scorend ziekenhuis. Daarnaast wil het niet zeggen dat als een ziekenhuis op de eerste plaats staat in het Algemeen Dagblad of de Elsevier dat bijvoorbeeld de afdeling orthopedie of cardiologie in dat ziekenhuis ook

goed is. Ziekenhuizen maken niet één product. Bovendien bestaat het beste ziekenhuis niet. Om ranglijsten betrouwbaarder te maken moeten de lijsten niet over het gehele ziekenhuis gaan, maar zich op aparte specialismen focussen (Persoonlijke communicatie 2007a). Ook kunnen aandoeningsspecifieke ranglijsten de betrouwbaarheid verhogen.

Ziekenhuizen die in 2006 NIAZ geaccrediteerd werden scoorden laag in de AD Top 100 (Persoonlijke communicatie 2007b), zoals het IJsselland Ziekenhuis dat eind 2006 een NIAZ accreditatie ontving, terwijl dit ziekenhuis in de AD Top 100 op de 87^e plaats stond. Ook deze bevinding brengt twijfel te weeg over de betrouwbaarheid van deze ranglijst. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen toetst of zorginstellingen hun organisatie zó hebben ingericht, dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen (NIAZ 2007). Het NIAZ heeft een instellingsbrede kwaliteitsnorm opgesteld. Deze norm beschrijft aan welke organisatorische voorwaarden een ziekenhuis moet voldoen om kwaliteitszorg te borgen: wat moet er allemaal geregeld zijn om te zorgen dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van personen of toeval afhankelijk is? Naast de instellingsbrede kwaliteitsnorm kent het NIAZ 38 afdelings- of dienstgebonden normen. Deze normen omvatten voornamelijk kwaliteitscriteria voor de verschillende afdelingen binnen een zorginstelling (ibid). Het blijkt dus dat het NIAZ weer hele andere criteria bekijkt bij het beoordelen van ziekenhuizen dan de indicatoren die worden gebruikt bij het opstellen van ranglijsten. Hierdoor is het mogelijk dat een ziekenhuis laag scoort in een ranglijst, maar wel een NIAZ accreditatie ontvangt.

Volgens Dishoeck (2007) geven Top 100 lijsten geen betrouwbaar beeld van de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuizen, de positie van een ziekenhuis in de top 100-lijsten wordt vooral door het toeval bepaald. De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen kan niet op basis van een beperkt aantal indicatoren worden gemeten.

8.1 De betrouwbaarheid van indicatoren

In de literatuur worden ook kanttekeningen bij sommige indicatoren geplaatst, zo ook bij de indicator 'percentage heupoperaties na breuk binnen 24 uur'. Patiënten hebben er in het algemeen baat bij zo snel mogelijk operatief behandeld te worden, maar lopen wij niet het gevaar dat niet optimaal voorbereide patiënten te snel worden geopereerd omwille van het gewenste percentage? (Pillay et al. 2007) Wanneer de indicator 'percentage doorligwonden' wordt bekeken moet opgemerkt worden dat de prevalentie van decubitus sterk wordt beïnvloed door een aantal variabelen: hoge leeftijd, voedingstoestand, bedlegerigheid, verlamming, uitdroging en incontinentie. Het is goed mogelijk dat bij patiënten in bepaalde instellingen relatief veel van deze ongunstige factoren voorkomen (Bours 2003).

Over indicatoren valt te twisten (Persoonlijke communicatie 2007f). De respondent van het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal is van mening dat prestatie-indicatoren niet hetgeen meten waar het daadwerkelijk omdraait (Persoonlijke communicatie 2007e). Deze uitspraak werd geïllustreerd aan de hand van de indicator 'snelle uitslag borsttumor'. Ziekenhuizen die vrouwen snel, binnen 5 dagen, laten weten of een tumor goed- of kwaadaardig is, besparen patiënten een lange periode van onzekerheid. In het Medisch Centrum Leeuwarden, het ziekenhuis dat in 2006 de eerste plaats behaalde in de AD Ziekenhuis Top 100, kregen 97 procent van de vrouwen binnen vijf dagen te horen of een tumor goed- of kwaadaardig was, terwijl dit percentage in het Sint Jans Gasthuis in Weert 41,5 procent is (Algemeen Dagblad 2006). Deze indicator meet niet de kwaliteit van zorg. "Je kan wel een snelle uitslag krijgen, maar als je vervolgens wordt geholpen door een slechte arts schiet je daar niets mee op" (Persoonlijke communicatie 2007e). De respondent van het Diaconessenhuis is het hiermee niet eens. Het Algemeen Dagblad gebruikt bepaalde parameters die voor allerlei specialisme gelden, zoals het percentage doorligwonden. Deze score zegt wel degelijk iets over de kwaliteit van het ziekenhuis (Persoonlijke communicatie 2007d).

De respondent van het Diaconessenhuis in Utrecht is van mening dat mortaliteitscijfers aan de prestatie-indicatoren moeten worden toegevoegd (Persoonlijke communicatie 2007d). Het is moeilijk om mortaliteitscijfers van ziekenhuizen met elkaar te vergelijken, omdat sommige ziekenhuizen veel complexere zorg aanbieden, waardoor zij een hoger mortaliteitscijfer zouden kunnen hebben. Volgens de respondent van het Diaconessenhuis moeten ziekenhuizen deze cijfers op die manier wegeven dat ze toch betekenis krijgen. Er sterven mensen in ziekenhuizen, waarvan veel mensen een natuurlijke dood sterven. Maar er gebeuren ook incidenten enz. Dat mortaliteitsgegevens niet worden verstrekt door ziekenhuizen is eigenlijk te gek voor woorden (ibid.).

Doordat de Nederlandse ranglijsten verschillende aspecten van kwaliteit bekijken, is het mogelijk dat zij ondanks de verschillende uitkomsten een betrouwbaar beeld schetsen. Maar het beste ziekenhuis bestaat niet, er bestaan grote kwaliteitsverschillen tussen afdelingen in een ziekenhuis. Toch wijzen het Algemeen Dagblad en de Elsevier ieder jaar het beste ziekenhuis van Nederland aan. Het onderzoek van de Elsevier is gebaseerd op meningen van deskundigen. Voor het onderzoek voor de AD Top 100 leveren ziekenhuizen zelf gegevens aan. Bij beide methoden kan informatie gemanipuleerd worden. Daarnaast bestaat er wantrouwen bij sommige indicatoren, bijvoorbeeld bij de indicator 'percentage heupoperaties na breuk binnen 24 uur'. Kortom beide initiatieven proberen een betrouwbaar beeld te schetsen van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Maar de ranglijsten die uit hun onderzoeken voortvloeien zijn niet erg betrouwbaar.

9. Prestatieverbetering

In hoofdstuk 7 bleek dat de resultaten van de Nederlandse ranglijsten nauwelijks overeenkomen. Vanwege de grote verschillen tussen de ranglijsten, de methoden die worden gehanteerd bij het opstellen van de lijsten en de kritiek op sommige indicatoren bestaat er twijfel over de betrouwbaarheid van de ranglijsten. In dit hoofdstuk wordt bekeken of ziekenhuizen naar aanleiding van hun score in de verschillende ranglijsten hun prestaties gaan verbeteren. De deelvraag luidt: *Gaan ziekenhuizen naar aanleiding van de ranglijsten hun prestaties verbeteren?* Paragraaf 9.1 gaat in op de kwaliteit van zorg. In paragraaf 9.2 wordt een relatie gelegd met de financiële score.

9.1 Kwaliteitsverbetering

Alle respondenten die betrokken zijn bij dit onderzoek gaven aan dat zij de plaats die hun ziekenhuis behaald in ranglijsten belangrijk vinden. Veel ziekenhuizen voeren na het verschijnen van de verschillende ranglijsten, met name de AD Top 100 een analyse uit (Persoonlijke communicatie 2007a, 2007b, 2007d, 2007f). In het IJsselland Ziekenhuis wordt deze analyse tot aan de Raad van Toezicht besproken (ibid.). In het Spaarneziekenhuis komt de analyse bij de Raad van Bestuur terecht (Persoonlijke communicatie 2007b). Ziekenhuizen onderzoeken waar zich knelpunten bevinden en gaan vervolgens kijken hoe het verbeterd kan worden. Het MCRZ had bijvoorbeeld een hoog percentage afgezegde operaties bleek uit het onderzoek van het Algemeen Dagblad in 2006 (4,6%). Naar aanleiding van deze uitkomst is in dit ziekenhuis een werkgroep gestart die de hele opnameplanning onder de loep neemt (Persoonlijke communicatie 2007a). Naar aanleiding van de resultaten in 2005 is in het Hofpoort Ziekenhuis in Woerden een plan van aanpak opgesteld ten behoeve van het verbeteren van de decubitus prevalentie. Verder is het aantal uren ten behoeve van de verbetering van decubitus verhoogd en zijn materialen aangeschaft, is er scholing gegeven en zijn protocollen geactualiseerd (Persoonlijke communicatie 2007g). In het Hofpoort Ziekenhuis zal hier blijvend aandacht voor bestaan totdat het percentage doorligwonden is gezakt tot een acceptabel percentage (ibid.).

Het Diakonessenhuis in Utrecht daalde in de AD Top 100 van de 1^e plaats in 2004 naar de 3^e plaats in 2005, naar de 10^e plaats in 2006. In 2006 scoorde het ziekenhuis op de indicator 'slokdarmoperatie' 0 punten, terwijl maximaal 3 punten konden worden behaald. Bij deze operatie wordt een deel van de slokdarm operatief verwijderd en opnieuw aan de maag gehecht. Chirurgische teams die deze ingreep vaak uitvoeren hebben meer ervaring, waardoor het risico op ernstige complicaties bij de patiënt - die soms tot een vroegtijdige dood leiden - daalt. Ziekenhuizen moeten deze operatie, volgens experts in

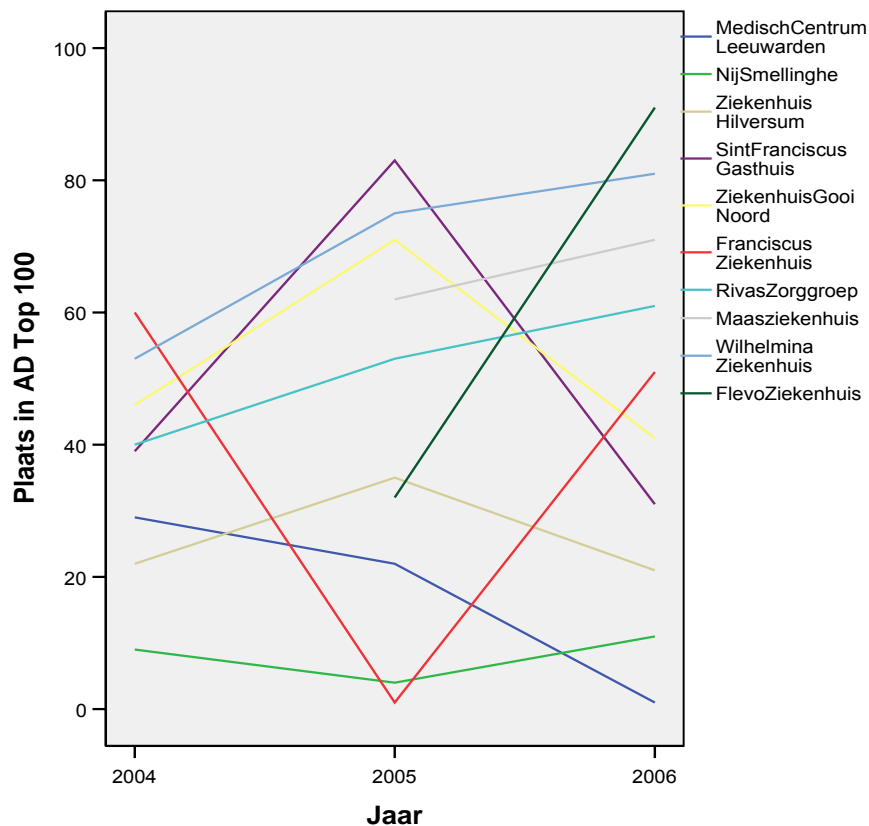
wetenschappelijke literatuur en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, jaarlijks minimaal 10 keer uitvoeren om kennis en ervaring op peil te houden (Algemeen Dagblad 2006). Op basis van de uitkomst van de AD Top 100 in 2006 heeft men in het Diakonessenhuis in Utrecht besloten deze operatie niet meer uit te voeren (Persoonlijke communicatie 2007e). In de regio Utrecht hebben de ziekenhuizen een afspraak gemaakt welke ziekenhuizen de operatie nog wel verrichten en welke ziekenhuizen niet. De beslissing van het Diakonessenhuis om de operatie niet meer uit te voeren levert geen garantie dat het ziekenhuis weer zal stijgen in de ranglijst, omdat ook andere ziekenhuizen aandacht besteden aan ranglijsten (ibid.).

Echter, aan veel uitslagen van indicatoren waarop ziekenhuizen slecht scoren wordt al gewerkt. Zij gaan hun prestaties niet verbeteren naar aanleiding van het verschijnen van de ranglijst. Het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal behaalde een slechte score op de indicator 'snelle uitslag borsttumor' (56,2%). Voor het verschijnen van de ranglijst werd hieraan al gewerkt (Persoonlijke communicatie 2007e). Het ziekenhuis is gestart met een mammapoli. Het Spaarneziekenhuis behaalde 1 punt, waar 3 punten behaald konden worden bij de indicator 'registreren complicaties' (29%). Toen de ranglijst verscheen werkte het ziekenhuis al aan het invoeren van een complicatieregistratie in het elektronisch patiëntendossier (Persoonlijke communicatie 2007b). Momenteel worden de complicaties voor 100% geregistreerd. Het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda behaalde in de AD Top 100 slechts twee van de twaalf punten bij de indicator 'oordeel van patiënten'. Deze resultaten worden gebruikt om interne - reeds lopende - acties, zoals op het gebied van gastvrijheid en patiëntenvoorlichting prioriteit te geven (Persoonlijke communicatie 2007h).

Ranglijsten helpen in ieder geval om de discussie op gang te brengen (Persoonlijke communicatie 2007a). Ziekenhuizen worden aangezet tot nadenken en extra op slechte prestaties gewezen. Ze kunnen zich het niet permitteren er niet mee aan de slag te gaan, zeker niet in een omgeving als Rotterdam waar veel ziekenhuizen zijn (Persoonlijke communicatie 2007f). Ziekenhuizen gebruiken de ranglijsten als interne prikkel, met name de prestatie-indicatoren die door het Algemeen Dagblad worden vertaald (Persoonlijke communicatie 2007d). Bovendien neemt de gemiddelde kwaliteit toe. Naar aanleiding van het verschijnen van de oliebollenlijstjes, is de kwaliteit van de gemiddelde oliebol toegenomen. Dat komt doordat niemand onderaan in een ranglijst wil staan en dat geldt ook voor de ziekenhuizen in de AD Top 100 en de ranglijst van de Elsevier (ibid). Volgens de respondent van het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal is met name de gemiddelde kwaliteit van bepaalde voorzieningen toegenomen. Voor decubitus is bijvoorbeeld extra aandacht ontstaan (Persoonlijke communicatie 2007e). Momenteel wordt er een nieuwe

prestatie-indicator met betrekking tot ondervoeding ontworpen. Ook hiervoor zal de aandacht nu toenemen (ibid.).

Uit de verschillende interviews is dus gebleken dat ziekenhuizen wel degelijk actie ondernemen na het verschijnen van de ranglijsten. In hoeverre dit resulteert in het stijgen op de ranglijst is in de onderstaande figuur te zien. In de figuur zijn 10 ziekenhuizen opgenomen. Deze ziekenhuizen stonden in 2006 op de 10^e 20^e ... 90^e plaats.



Wat opvalt is dat ziekenhuizen grote smakken maken. Het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal bijvoorbeeld gaat van de 60^e naar de 1^e naar de 51^e plaats. Het Flevoziekenhuis ging van een 32^e plaats in 2005 naar een 90^e plaats in 2006. Volgens de respondent van het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal zakte het ziekenhuis 51 plaatsen, doordat andere ziekenhuizen beter zijn geworden, terwijl het Franciscus Ziekenhuis even goed bleef (Persoonlijke communicatie 2007e). Bovendien hebben ze enkele foute gegevens aangeleverd. Andere ziekenhuizen zijn hun uiterste best gaan doen om te verbeteren, terwijl het Franciscus Ziekenhuis dat op de 1^e plaats stond niet zoveel aandacht heeft besteed aan het verbeteren van hun prestaties (Ibid.). De respondent van het Franciscus Ziekenhuis gaf aan dat het ziekenhuis na de daling van het ziekenhuis naar de 51^e plaats weer terug wil naar de top. Hieruit blijkt dat ziekenhuizen daadwerkelijk door de ranglijsten worden geprikkeld.

Het OLVG stond in 2006 op de 1^e plaats van de ranglijst van de Elsevier. De respondent van het OLVG gaf aan dat het ziekenhuis marketingtechnisch veel aan zo een uitslag heeft. Steeds meer patiënten gaan op dergelijke kwaliteitsinformatie letten. Ook raadplegen steeds meer patiënten internet voordat zij naar een ziekenhuis gaan (Persoonlijke communicatie 2007c).

Ziekenhuizen vergelijken hun prestaties met de prestaties van andere ziekenhuizen, met name met de prestaties van ziekenhuizen in de omgeving, omdat dat concurrenten zijn (Persoonlijke communicatie 2007b, 2007e). Door de concurrentie in de gezondheidszorg neemt de openheid in elkaars keuken af, tenzij ziekenhuizen gaan samenwerken of fuseren (Persoonlijke communicatie 2007f). Vooral ziekenhuizen die bij elkaar in de buurt liggen zullen minder open zijn over de manier waarmee zij bepaalde resultaten behalen.

9.2 Kwaliteitsscore in vergelijking met de score op het financiële resultaat

Het bieden van goede kwaliteit leidt tot tevreden patiënten en een goede reputatie, waarvan de financiële positie van de instelling kan profiteren (Alma 2005). Ook kan andersom geredeneerd worden, door financiële problemen van ziekenhuizen kan de continuïteit en kwaliteit van zorgverlening in gevaar komen (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002). In SPSS zijn de solvabiliteitsratio's van de ziekenhuizen toegevoegd om te onderzoeken of er een correlatie bestaat tussen de kwaliteitsscore en de score op het financiële resultaat van ziekenhuizen. De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin instellingen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Bij een hogere solvabiliteit beschikt de organisatie verhoudingsgewijs over meer financiële buffers (NVZ 2007). De gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg brengt een hogere mate van onzekerheid voor ziekenhuizen met zich mee, waardoor een hogere solvabiliteit gewenst is. Wanneer ziekenhuizen slecht scoren in de Nederlandse ranglijsten lopen zij het gevaar dat patiënten voor andere ziekenhuizen gaan kiezen. Financiële reserves zijn van groot belang.

De solvabiliteitsratio's van de ziekenhuizen zijn in rangorde geplaatst en vervolgens is onderzocht of er een verband bestaat. Uit onderstaande correlatiematrix blijkt dat er in 2006 een significant verband was tussen de plaats in de AD Top 100 en de solvabiliteitsratio's (bij $\alpha=0,05$). De correlatiecoëfficiënt bedraagt 0,224.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2006	Plaats in de Elsevier ranglijst 2006	Rank of Solvabiliteit 2006
Plaats in de AD Top 100 2006	Pearson Correlation	1	,100	,224(*)
	Sig. (2-tailed)		,336	,048
	N	97	94	79
Plaats in de Elsevier ranglijst 2006	Pearson Correlation	,100	1	,206
	Sig. (2-tailed)	,336		,073
	N	94	95	77
Rank of Solvabiliteit2006	Pearson Correlation	,224(*)	,206	1
	Sig. (2-tailed)	,048	,073	
	N	79	77	80

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

In de volgende correlatiematrix is te zien dat er in 2005 een significant verband bestond tussen de plaats in de ranglijst van Elsevier en de solvabiliteitsratio's (bij $\alpha=0,05$). De correlatiecoëfficiënt bedraagt 0,247.

Correlations

		Plaats in de AD Top 100 2005	Plaats in de Elsevier ranglijst 2005	Rank of Solvabiliteit 2005
Plaats in de AD Top 100 2005	Pearson Correlation	1	,154	,010
	Sig. (2-tailed)		,133	,936
	N	98	97	71
Plaats in de Elsevier ranglijst 2005	Pearson Correlation	,154	1	,247(*)
	Sig. (2-tailed)	,133		,039
	N	97	97	70
Rank of Solvabiliteit2005	Pearson Correlation	,010	,247(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,936	,039	
	N	71	70	71

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

In 2004 werd bij beide ranglijsten geen significant verband gevonden met de solvabiliteitsratio's. Door het Algemeen Dagblad wordt de financiële positie van ziekenhuizen niet meegewogen bij het opstellen van de Top 100. Dit geldt ook voor de ranglijst van de Elsevier. De financiële positie van ziekenhuizen kan invloed hebben op de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Tevens kan de kwaliteit van zorg van invloed zijn op de financiële positie van ziekenhuizen. In bovenstaande correlatiematrixen is echter geen eenduidig verband gevonden.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de ranglijsten ziekenhuizen prikkelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn enkele concrete voorbeelden genoemd van maatregelen die ziekenhuizen

troffen naar aanleiding van het verschijnen van de ranglijsten. Veel respondenten gaven aan dat zij in het verleden als een ranglijst verscheen al bezig waren met het doorvoeren van verbeteringen. Dit gebeurt dus niet altijd naar aanleiding van een ranglijst. Ziekenhuizen weten vaak waarin zij slechter zijn dan andere ziekenhuizen. Verder is gebleken dat door de opkomende concurrentie ziekenhuizen minder bereid zijn informatie over processen met andere ziekenhuizen te delen.

Tot slot zijn in dit hoofdstuk de kwaliteitsscores met de scores op het financiële resultaat vergeleken. Uit deze analyses kunnen echter geen conclusies worden getrokken, omdat alleen in 2006 een significant verband werd gevonden tussen de plaats in de AD Top 100 en de solvabiliteitsratio's en alleen in 2005 werd een significant verband gevonden tussen de plaats in de ranglijst van Elsevier en de solvabiliteitsratio's

10. Gevolgen van het verschijnen van ranglijsten

Trotse Raad van Besturen van ziekenhuizen, cadeautjes en gebak voor alle medewerkers in het ziekenhuis. Dit zijn de gevolgen voor goedscorende ziekenhuizen na het verschijnen van de ranglijsten. Dit zijn natuurlijk niet de gevolgen waar het werkelijk om draait, maar opvallend genoeg zijn dit wel de eerste gevolgen waar veel geïnterviewden uit goedscorende ziekenhuizen aan denken. In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de ranglijsten ziekenhuizen prikkelen om prestaties te verbeteren. In dit hoofdstuk zal gekeken worden wat voor gevolgen ranglijsten hebben op patiënten, huisartsen en verzekeraars. De deelvraag luidt: *Wordt informatie uit ranglijsten door de andere partijen in de gezondheidszorg gebruikt?*

10.1 Patiënten

Een doorsnee burger in Nederland kijkt naar de ranglijsten en vormt vervolgens een oordeel over ziekenhuizen (Persoonlijke communicatie 2007f). Voor veel burgers zijn indicatoren en ranglijsten echter te complex (ibid.). De meeste personen die bij dit onderzoek zijn betrokken gaven aan dat een slechte score op de ranglijst niet resulteert in minder patiënten (Persoonlijke communicatie 2007b, 2007f). Het Medisch Centrum Rijnmond Zuid ziet zelfs sinds 2006 dat hun patiëntenstroom toeneemt, terwijl zij in de AD Top 100 in 2006 op de 89^e plaats stonden. Bovendien bevindt dit ziekenhuis zich in een gebied waar ook veel andere ziekenhuizen werkzaam zijn. Juist in deze regio is de afstand naar andere ziekenhuizen dus niet groot, waardoor dat voor patiënten geen belemmering kan zijn. Ook het IJsselland Ziekenhuis ziet de patiëntenstroom licht stijgen, terwijl zij in 2006 zowel in de ranglijst van het Algemeen Dagblad als in de ranglijst van Elsevier op de 87^e plaats stonden. Het IJsselland Ziekenhuis heeft een adherentie van 56% in Capelle aan den IJssel. Dat is bovengemiddels voor een ziekenhuis in een omgeving met veel concurrentie (Persoonlijke communicatie 2007f). Een kanttekening die hierbij geplaatst kan worden is dat geen enkel ziekenhuis in Rotterdam of omgeving erg hoog scoort. Het Hofpoort Ziekenhuis neemt hetzelfde waar. Het ziekenhuis stond in 2006 op de 78^e plaats in de AD Top 100, maar in 2007 komen er meer patiënten naar het Hofpoort Ziekenhuis dan ooit.

Volgens de contactpersoon uit het IJsselland Ziekenhuis kiezen patiënten toch voor een ziekenhuis waar zij vertrouwd mee zijn. Bovendien zijn veel patiënten trouw aan één ziekenhuis. De meeste patiënten gaan niet voor de oogarts naar het ene ziekenhuis en voor de longarts naar het andere ziekenhuis, terwijl de kwaliteit van specialismen wel degelijk verschilt (Persoonlijke communicatie 2007f). Ook de huisarts speelt een belangrijke rol in het keuzeprocess van een patiënt, evenals de nabijheid van het ziekenhuis (Persoonlijke

communicatie 2007d). Patiënten hechten er ook veel waarde aan of een arts aardig is of niet (Persoonlijke communicatie 2007f). Dit zegt echter niets over het feit of de arts vakinhoudelijk goed is. Uit verschillende publicaties blijkt wel dat de invloed van de huisarts kleiner wordt in de beslissing van de patiënt (Persoonlijke communicatie 2007c). Ook de respondent van het MCRZ is niet van mening dat ranglijsten patiënten helpen bij het kiezen van het beste ziekenhuis (Persoonlijke communicatie 2007a). Ranglijsten zijn op het moment van uitkomen even actueel, maar daarna verwateren ze snel (ibid.).

De respondent van het OLVG is van mening dat ranglijsten wel een rol spelen bij het keuzegedrag van patiënten, met name bij operaties die niet acuut zijn en planbaar zijn. De leeftijd van de patiënt speelt hierbij een rol. Tevens bekijken de patiënten de verschillende wachttijden (Persoonlijke communicatie 2007c).

Op de zorgverleningsmarkt, waar artsen en patiënten samen komen neemt de informatieasymmetrie af. Patiënten komen steeds beter beslagen ten ijs (Persoonlijke communicatie 2007c). Dit wordt niet alleen veroorzaakt door ranglijsten, ranglijsten dragen er alleen aan bij. Patiënten raadplegen steeds vaker het internet om informatie te verzamelen over een aandoening. Ook wordt de patiënt steeds mondiger. Slechts één respondent was van mening dat ranglijsten worden gebruikt bij het keuzeprocess van patiënten (ibid.). Cijfers wijzen echter uit dat patiëntenstromen van slechtscorende ziekenhuizen niet afnemen.

10.2 Huisartsen

Huisartsen zijn belangrijke verwijzers. In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat zij een belangrijke rol spelen bij de keuze van patiënten voor een ziekenhuis. Veel respondenten zijn van mening dat huisartsen hun advies aan patiënten met name op persoonlijke ervaringen baseren (Persoonlijke communicatie 2006a, 2007d, 2007e). Ranglijsten hebben daar niet of nauwelijks invloed op.

10.3 Verzekeraars

Ook verzekeraars hechten weinig tot geen belang aan de plaatsen die ziekenhuizen in ranglijsten behalen. Volgens de respondent van het OLVG gebruikt Multizorg (dit is een onderneming die voor aangesloten zorgverzekeraars de landelijke zorginkoopfunctie vervult) de verschillende ranglijsten bij de inkoop van zorg. Multizorg benadrukte dat het ziekenhuis niet zoveel noot op haar zang moest hebben, omdat het ziekenhuis niet in alle ranglijsten op de eerste plaats staat (Persoonlijke communicatie 2007c).

Andere respondenten gaven aan dat verzekeraars vooral hun eigen aandoeningsspecifieke

kwaliteitsindicatoren gebruiken. Deze indicatoren zijn speciaal ontwikkeld voor het maken van kwaliteitsafspraken bij het inkopen van zorg. Ze zijn er nu voor een aantal aandoeningen, met name voor de belangrijke DBC's in het b-segment, zoals de heup en de knie. Ook hebben zorgverzekeraars indicatoren ontwikkeld voor de staaroperatie. Dat is een operatie die veel wordt gedaan door zbc's en privéachtige klinieken, waardoor het een concurrentiegevoelige DBC is (Persoonlijke communicatie 2007c).

Toch besteedden zorgverzekeraars momenteel nog maar weinig aandacht aan kwaliteit, de prijs van de zorg speelt voor hun een veel belangrijker rol. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) komt marktwerking niet voldoende op gang, omdat zorgverzekeraars hun taak niet goed uitvoeren, ze kopen overal zorg in. Aan de voordeur van zorgverzekeraars bestaat ontzettend veel concurrentie, daar gaat het om mensen die een polis af moeten sluiten. Aan de achterdeur, de zorgverzekeraar die zorg gaat inkopen, daar bestaat nauwelijks concurrentie (Persoonlijke communicatie 2007d). In tegendeel, het Diaconessenhuis in Utrecht is de laatste twee jaar gigantisch gegroeid in productie, ongeveer 12%, terwijl de stijging in Nederland gemiddeld 4% was. Het Diaconessenhuis is een relatief goedkoop ziekenhuis voor zorgverzekeraars. Bovendien stond dit ziekenhuis drie keer achter elkaar in de Top 10 van de AD Top 100. Er wordt verwacht dat een zorgverzekeraar veel zal inkopen bij een relatief goedkoop ziekenhuis. Dit was voor 2007 echter niet het geval, omdat volgens de zorgverzekeraars ziekenhuizen in de omgeving klaagden dat er te veel zorg bij het Diaconessenhuis werd ingekocht. Als een ziekenhuis duur is of slechte prestaties heeft kan een verzekeraar besluiten om meer zorg bij een ziekenhuis in de omgeving in te kopen, momenteel gebeurt dit zelden. Ook volgens de respondent van het OLVG komt het slechts zelden voor dat zorgverzekeraars bij ziekenhuizen geen zorg inkopen (Persoonlijke communicatie 2007c).

Zowel patiënten, als huisartsen en verzekeraars laten zich nauwelijks beïnvloeden door ranglijsten bij het maken van keuzen. De respondenten bij dit onderzoek verwachten dat het belang van de ranglijsten in de toekomst zal toenemen (Persoonlijke communicatie 2007a, 2007f).

11. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal de probleemstelling beantwoord worden. De probleemstelling luidt: *In hoeverre dragen ranglijsten van ziekenhuizen bij aan de bevordering van marktwerking in de gezondheidszorg?* Bij de beantwoording van de probleemstelling zullen literatuur, meningen van sleutelfiguren en uitkomsten van statistische analyses worden gebruikt. Tot slot zal in een tabel de conclusie worden samengevat met behulp van de vier kernvragen van beleid volgens Anton Hemerijck.

Gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg moet ervoor zorgen dat zorgaanbieders en verzekeraars binnen een geheel van overheidsregels gaan concurreren. Ziekenhuizen, maar ook huisartsen en medisch specialisten moeten hun kwaliteit, toegankelijkheid en prijskaartje inzichtelijk maken, zodat verzekeraars en burgers de mogelijkheid hebben om te kiezen voor een optimaal product (Westert 2006). Ook volgens Schut (2003:3) kan de markt alleen goed werken als vragers en aanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en goed geïnformeerd zijn over de prijs en de kwaliteit van de dienstverlening. Met de toegenomen betekenis van concurrentie is dus de noodzaak van transparantie toegenomen (Centraal Planbureau 2003).

Ziekenhuizen ondernemen steeds meer initiatieven waarmee zij hun kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Sommige ziekenhuizen geven op hun website informatie over de kwaliteit van zorg die zij leveren. Daarnaast besteden de media gretig aandacht aan medische misslagen en publiceren periodiek kwaliteitsranglijsten van ziekenhuizen (Giard 2007). Ook bestaan er andere organisaties die aandacht besteden aan de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, zoals Gupta Strategists en Roland Berger Strategy Consultants. Daarnaast bestaan er initiatieven van de Consumentenbond, zorgverzekeraars en de overheid. Ook in het buitenland wordt veel informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen gepubliceerd. Echter, in landen waar al relatief veel ervaring bestaat met het bieden van keuze-informatie (Engeland en de Verenigde Staten) bestaat er weinig bewijs dat burgers de informatie ook daadwerkelijk gebruiken (Lugtenberg & Westert 2007:45). De ervaring in andere landen leert wel dat het openbaar maken van prestatiegegevens leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg (ibid.45).

Uit de analyses in dit onderzoek bleek dat er geen significant verband bestaat tussen de ranglijsten van het Algemeen Dagblad, de Elsevier en Gupta Strategists. De verschillen tussen de ranglijsten kunnen worden verklaard doordat de ranglijsten zijn opgebouwd op basis van verschillende indicatoren. Zijn hier appels met peren vergeleken? Nee, de indicatoren waar de verschillende ranglijsten op zijn gebaseerd zeggen allemaal iets over

kwaliteit, waardoor een correlatie gevonden zou kunnen worden. Ter illustratie: verbetering van de bedrijfsvoering blijkt vaak een positieve impuls te leveren aan de kwaliteit van de geleverde zorg (Alma 2005). Door de grote verschillen tussen de ranglijsten kan twijfel ontstaan over de betrouwbaarheid van ranglijsten. Ook de respondenten gaven argumenten voor de onbetrouwbaarheid van ranglijsten. De indicatoren die het Algemeen Dagblad gebruikt worden soms verschillend geïnterpreteerd. De Elsevier heeft niet altijd een hoge respons. Bovendien twijfelen sommige respondenten aan de betrouwbaarheid van de antwoorden die worden ingevuld. Daarnaast waren veel respondenten van mening dat de plaats van het ziekenhuis in de verschillende ranglijsten niet overeenkomt met de werkelijkheid. Om ranglijsten betrouwbaarder te maken moeten de lijsten niet over het gehele ziekenhuis gaan, maar zich op aparte specialismen focussen (Persoonlijke communicatie 2007a). Ook kunnen aandoeningsspecifieke ranglijsten de betrouwbaarheid verhogen, want het beste ziekenhuis bestaat niet.

Voor zorgaanbieders is het van belang te innoveren en de kwaliteit van zorg te verbeteren bij het verwerven van een goede concurrentiepositie (Dooper 2005). Uit een aantal recentelijk gepubliceerde rct's bleek dat het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de zorg leidt tot meer initiatieven om de zorg te verbeteren (Hibbard et al. 2005), angst voor imagooverlies speelde daarbij een belangrijke rol. Maar over het algemeen ondernemen ziekenhuizen weinig actie na het publiceren van prestatiescores, met name als het presteren voldoende is in de ogen van de ziekenhuizen zelf, wordt geen actie ondernomen (Luce et al. 1996). Uit de interviews die voor dit onderzoek zijn afgenomen ontstond een ander beeld. Veel ziekenhuizen ondernemen wel degelijk actie naar aanleiding van het verschijnen van ranglijsten om prestaties te verbeteren. Ranglijsten helpen, ondanks het feit dat ze misschien niet in zijn geheel betrouwbaar zijn in ieder geval om de discussie op gang te brengen. Dit effect kan versterkt worden door aan hoge of lage scores al dan niet financiële beloningen of sancties te koppelen (Gezondheidsraad & Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006).

Naarmate ranglijsten beter en betrouwbaarder worden kunnen ranglijsten marktwerking bevorderen. Maar op het moment is dit niet het geval. Marktwerking ontstaat met name door de vrije tarieven in het b-segment waar ziekenhuizen mee kunnen concurreren. Ook het beter presteren dan ziekenhuizen in de omgeving en dat zichtbaar maken bevordert marktwerking. Maar ranglijsten zijn op dit moment nog te algemeen, omdat ze naar het hele ziekenhuis kijken. Bovendien spelen ranglijsten een beperkte rol in het totale aanbod van informatie over kwaliteit van zorg. Alleen de Consumentenbond heeft onderzoek op aandoeningenniveau gedaan, onder andere naar mammapoli's. Wanneer meer van dergelijke onderzoeken worden uitgevoerd blijft het de vraag of de patiënt niet zal kiezen

voor het vertrouwde ziekenhuis om de hoek. Op het moment wordt er door patiënten weinig geshopt. Slechtscorende ziekenhuizen zien geen afname van patiëntenstromen. Ook verzekeraars slaan weinig acht op de uitkomsten van ranglijsten. Zij hechten meer aandacht aan prijzen van zorg. Wellicht vinden er in de toekomst meer verschuivingen plaats.

Kortom, ranglijsten prikkelen ziekenhuizen om prestaties te verbeteren, met name omdat het imago van het ziekenhuis kan worden aangetast. Maar marktwerking wordt niet bevorderd door de ranglijsten. Naar mijn mening zijn het vooral de Raad van Besturen die zich interesseren voor ranglijsten. Zij kunnen zich hiermee profileren tegenover Raad van Besturen van andere ziekenhuizen. Dit effect wordt versterkt door de media-aandacht die ranglijsten krijgen. Ik denk dat ranglijsten inderdaad effect hebben op de kwaliteit van zorg, omdat artsen en andere hulpverleners ook niet graag willen werken in een ziekenhuis dat slecht scoort. Het effect op andere partijen is beperkt. Met name patiënten zijn de uitslagen na korte termijn vergeten en zullen kiezen voor het vertrouwde ziekenhuis.

In onderstaande tabel wordt de conclusie samengevat met behulp van de vier kernvragen van beleid volgens Anton Hemerijck.

<p>Past het?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuis is complexe organisatie, een waardeoordeel over het gehele ziekenhuis doet hier geen recht aan. • In ieder ziekenhuis moet zorg van voldoende niveau worden geleverd. • Ranglijsten passen in nieuwe klimaat van marktwerking in de zorg. • Samenleving vraagt om meer informatie over de kwaliteit van zorg. 	<p>Hoort het?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behoeftte van burgers naar informatie neemt toe, maar vaak is de informatie te complex. • Een risico van ranglijsten is dat uitkomsten verkeerd worden geïnterpreteerd.
<p>Werkt het?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel kritiek op de betrouwbaarheid van de ranglijsten. • Ranglijsten prikkelen ziekenhuizen om de kwaliteit te verbeteren. • Weinig bewijs dat burgers informatie gebruiken bij het maken van keuzen. • Ranglijsten hebben weinig invloed op huisartsen en verzekeraars. 	<p>Mag het?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het openbaar maken van de kwaliteit van een ziekenhuis vindt zijn grondslag in het recht op informatie binnen een democratische samenleving.

Een kanttekening die bij dit onderzoek geplaatst moet worden is dat slechts acht interviews zijn afgenomen, terwijl in de ranglijsten van de Elsevier en het Algemeen Dagblad in 2006 achtereenvolgend 95 en 98 ziekenhuizen zijn opgenomen. De meningen van de respondenten kwamen in het algemeen overeen met conclusies uit de literatuur.

11.1 Aanbevelingen

In de toekomst kan nader onderzoek worden gedaan naar de relatie tussen de posities die ziekenhuizen behalen in ranglijsten en het al dan niet hebben van een NIAZ accreditatie. Ook is het interessant om de betrouwbaarheid van individuele indicatoren te onderzoeken, waardoor meer uitspraken gedaan kunnen worden over de betrouwbaarheid van ranglijsten. Tevens is het interessant om te onderzoeken in hoeverre informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen patiënten beïnvloedt tot een keuze voor goed presterende zorgaanbieders. Uit dit onderzoek is gebleken dat slechtscorende ziekenhuizen in ranglijsten geen dalende patiëntenstroom zien. Nader onderzoek kan uitwijzen wat patiënten doen met informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

12. Literaturopgave

- Algemeen Dagblad. 2006. *AD Ziekenhuis Top 100* [internet]. AD, 2006 [aangehaald 9-05-07]. Bereikbaar op <http://ad.nl/>
- Alma, R. 2005. *Benchmarkstudie ziekenhuizen, Wilhelmina Ziekenhuis Assen het beste van Nederland – Zorgwekkend kwaliteitsverschil dwingt patiënt tot 'shoppen'*. Amsterdam: Roland Berger Strategy Consultants.
- Berg, M. van den. 2005. *College Kwaliteit & Doelmatigheid, Indicatoren in de Zorg*. 3-10-2005. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berg, M. & W.M.L.C.M. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren'. *Medisch Contact* 57(34).
- Berkestein, Th.M.G. van. & P.J.A. Colsen. 1989. 'Kwaliteit van Zorg'. *Medisch Contact* 44:423-426.
- Bevan, R.G. & C. Hood. 2006. 'Have targets improved performance in the English NHS?'. *BMJ* 332.
- Bos, M.A.J.M. et al. 2006. *Zorgverzekeraars Nederland en Kenniscentrum DBC, Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007*.
- Bours, G.J.J.W. 2003. *Pressure ulcers: prevalence measurements as a tool for improving care*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Casparie, A.F. & H. Hommes. 1997. *Indicatoren voor integrale kwaliteitszorg in ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer
- Centraal Planbureau. 2003. *Zorg voor concurrentie, Een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: CPB.
- Colsen, P.J.A. & A.F. Casparie. 1995. 'Indicatorregistratie. Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis'. *Medisch Contact* 1995(50):297-299.
- Consumentenbond. 2005. *Pilotproject Keuze in de zorg, Onderzoek naar de mogelijkheden en wenselijkheid van een vertaling van de basisset prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*.
- Consumentenbond. 2007. *Zorgvergelijker ziekenhuizen* [Internet]. [Aangehaald 18-3-2007]. Bereikbaar op <http://www.consumentenbond.nl>
- Cresswell, John W. 2003. *Research Design, Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Crommentuyn, R. 2003. 'Canadees sterrensysteem gooit de luiken open. Artseninbreng is cruciaal voor prestatievergelijkingssystemen'. *Medisch Contact* 58(23):930-933.
- Damman, O.C. et al. 2007. 'Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan

de consument?' . *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 85(3):136-138.

- Dishoeck, A.M. van. 2007. 'Ziekenhuizentop-100: wisselende ranglijsten, wisselende reputaties'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007(151):994-995.
- Dooper, M. 2005. 'Zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt'. *Mediator* 18 (1).
- Gezondheidsraad & Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Giard, R.W.M. 2006. 'Ziekenhuizentop-100: wisselende ranglijsten, wisselende reputaties'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006(150):2355-2358.
- Giard, R.W.M. 2007. 'Prestatie-indicatoren ongeschikt om complexe zorg te beoordelen en te verbeteren'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007(151):957-959.
- Ginneken, E. van. & E.N. Kertzman & R.T.J.M. Janssen. 2004. 'Transparantie van DBC's (on)gewenst? *ZM Magazine* 2004(6)2-6.
- Groenewoud, S.A., & L. Kreuger & R. Huijsman. 2006. *Keuzevrijheid, Keuzemogelijkheden en Keuze-ondersteuning in de Gezondheidszorg. Een verkennende, internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg*. Den Haag: Zonmw.
- Hart, H. 't & J. van Dijk & M. de Goede. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam/ Meppel: Boom.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1998. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Hemerijck, A.C. 2003. 'Vier kernvragen van beleid'. *Beleid en Maatschappij* 30(1):3-19.
- Hemerijck, A.C. & C.A. Hazeu. 2004. 'Werkt het, past het, mag het en hoort het? De kernvragen van beleidsvorming, toegepast op milieubeleid. *Blad bestuurskunde* 13(2):55-65.
- Hibbard, J.H. & Jacquelyne J. Jewett. 1997. 'Will quality Report Cards Help Consumers?' *Health Affairs* 16 (3):218-228.
- Hibbard, J.H. & J. Stockard & M. Tusler. 2005. 'Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation'. *Health Affairs* 24:1150-1160.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2002. *Kortschrift, de relatie tussen de financiële relatie en de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen: een quick scan*. Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2006a. *Het resultaat telt 2004, Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen*

verleende zorg. Den Haag.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2006b. *Het resultaat telt 2005, Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. Den Haag.
- Lapré, R.M. & F.F.H. Rutten & F.T. Schut. 2001. 'De relevantie van de economie van de gezondheidszorg'. In: R.M. Lapré & F.F.H. Rutten & F.T. Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*, 13-20. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Leeuwen, A. van & W. Wansink. 2006. 'Gezondheidszorg: De beste ziekenhuizen'. *Elsevier* 62(30-9-2006).
- Leeuwen, A. van. & W. Wansink. 2007. 'De beste specialisten'. *Elsevier* 63(30-6-2007):16-20.
- Loon, A.J.M. & R.A.L. Tolboom. 2005. *Ontwerprapport kiesBeter.nl 2006-2007*. Bilthoven: RIVM.
- Luce, J.M. et al. 1996. 'Use of riskadjusted outcome data for quality improvement by public hospitals'. *The Western Journal of Medicine* 164:410-41.
- Lugtenberg, M. & G.P. Westert. 2007. *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers, een internationale verkenning van initiatieven*. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg.
- Maarse, J.A.M. 2001. 'De hervorming van de gezondheidszorg'. *Blad bestuurskunde* 10 (5):186-196.
- Maarse, H. 2004. 'Marktwerking in de gezondheidszorg'. In: J.J. Zuurbier & Y.J.F.M. Krabbe-Alkemade (red.), *Onderhandelen over DBC's, Een thematische benadering*, 11-28. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Maarse, H. et al. 2002. *Marktwerking in de ziekenhuiszorg, Een analyse van de mogelijkheden en effecten*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- March, J. & J. Olsen. 1989. *Rediscovering institutions: the organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Kamerstuk vergaderjaar 2000-2001, 27 979, nr. 2*. Den Haag: MinVWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006a. *Zorgverzekering* [internet]. MinVWS, 24-8-2006 [aangehaald 29-10-06]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006b. *Concurrentie tussen zorgverzekeraars* [internet]. MinVWS, [aangehaald 28-05-07]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2007. *Richting geven aan keuzes*. Utrecht.
- NIAZ. 2007. *Het NIAZ: partner voor verantwoording en verbetering, Instellingsbrede*

- Kwaliteitsnorm Zorginstelling* [internet]. NIAZ, 2007 [aangehaald 25-06-07]. Bereikbaar op <http://niaz.nl/>
- NVZ vereniging van ziekenhuizen. 2007. *Gegevensset 2006, organisatie & financiën* [internet]. NVZ, 2007 [aangehaald 11-06-07]. Bereikbaar op <http://www.ziekenhuizen transparant.nl/>
 - Pillay, J. & J.C. van der Wouden & L.P.H. Leenen. 2007. 'De prestatie-indicator 'heupfractuur: opereren binnen 24 uur' retrospectief toegepast bij 217 patiënten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007(151):967-970.
 - Rond, E. de. 2007. *Mening van patiënt telt in Ziekenhuis Top 100* [internet]. Independer, 2007 [aangehaald 28-05-07]. Bereikbaar op <http://independer.nl/>
 - Sharpf, F. 1999. *Governing in Europe: effective and democratic?* Oxford: Oxford University Press.
 - Schellekens, W.M.L.C.M. & M. Berg & N. Klazinga. 2003. 'Vliegen en gevlogen worden? Mythes en mogelijkheden van prestatie-indicatoren'. *Medisch Contact* 58(8):291-294.
 - Schut, F.T. 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
 - Schut, F.T. & H.F. van der Velden. 1998. 'Zeker van Zorg (1941-2000)'. In: J. van Gerwen & M.H.D. van Leeuwen (red.), *Studies over Zekerheidsarrangementen*, 854-879. Amsterdam/Den Haag: NEHA/Verbond van Verzekeraars.
 - Tomlinson, G. 1998. 'Comparative analysis: Benchmarking' In: V. Ambrosini, G. Johnson & K. Scholes (Eds.), *Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management*, 62-78. Harlow etc.: Prentice Hall.
 - Vocht, A. de. 2003. 'Basishandboek SPSS 1 voor windows'. Utrecht: Bijleveld Press [2002]
 - Westert, G.P. 2006. *Variatie in prestatie, De kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod*. Bilthoven: Uitgeverij RIVM
 - Wikipedia. 2006. *Marktwerking*. [internet]. Wikipedia, 20-10-2006 [aangehaald 7-11-2006]. Bereikbaar op <http://nl.wikipedia.org>
 - Wollersheim, H.C.H. et al. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

Bijlage 1: Geraadpleegde contactpersonen

- Persoonlijke communicatie. 2007a. Alex Dirks, Directeur Zorg, Medisch Centrum Rijnmond Zuid.
- Persoonlijke communicatie. 2007b. Marita Kromhout, Sr. Medewerker stafafdeling prestatiebevordering, Spaarneziekenhuis.
- Persoonlijke communicatie. 2007c. Margriet Witteveen, Adviseur concernstaf, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis.
- Persoonlijke communicatie. 2007d. Roel Steenberg, Voorzitter Raad van Bestuur, Diaconessenhuis Utrecht.
- Persoonlijke communicatie. 2007e. Hans Kevenaar, Lid Raad van Bestuur, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal.
- Persoonlijke communicatie. 2007f. Wilma Bokhoven, Secretaris Raad van Bestuur, tevens verantwoordelijk voor marketing en communicatie, IJsselland Ziekenhuis.
- Persoonlijke communicatie 2007g. Laura van Steenveldt, Stafffunctionaris Medische Zaken, Hofpoort Ziekenhuis Woerden.
- Persoonlijke communicatie 2007h. Wim Stavleu, Groene Hart Ziekenhuis.

Bijlage 2: Impressies

Wat vindt u van ranglijsten in de gezondheidszorg?

Ik heb een artikel gelezen, waarin is gekeken naar de uitkomsten van ziekenhuizen in de AD Top 100 en de uitkomsten van de Elsevier, er werd gekeken naar de mate waarin overlap plaats vond. Nou die is er helemaal niet. Sterker nog er zijn meer verschillen dan dat er overeenkomsten zijn, dus ik denk dat voor de patiënt uiteindelijk zo een ranglijst niks zegt (Persoonlijke communicatie 2006a).

Ranglijsten zijn er vanwege gebrek aan iets beters, als ziekenhuizen zelf bekend maken wat voor kwaliteit zij leveren dan zijn lijsten niet nodig (Persoonlijke communicatie 2007c).

Op zich vind ik het een voortreffelijk iets dat wij gedwongen worden om verantwoording af te leggen over de vraag hoe wij als ziekenhuis functioneren. Dat vind ik volstrekt vanzelfsprekend (Persoonlijke communicatie 2007d).

Ik zit ook in een directiegroepje met leden van Raad van Besturen van andere ziekenhuizen en het is natuurlijk leuk als je van het directiegroepje het hoogste scoort, dat is logisch (Persoonlijke communicatie 2007e).

Vindt u de ranglijsten betrouwbaar?

We hebben een speciale commissie die elk jaar mensen achter de vorden aan zit om alle gegevens voor het Algemeen Dagblad te verzamelen. Ook dit jaar weer was er één afdeling, cardiologie, die drie dagen voordat de cijfers ingeleverd moesten worden nog niet zijn huiswerk had gedaan, daar wordt dan echt achteraan gezeten tot en met de Raad van Bestuur met: "kom op met die cijfers". We willen niet dat we slecht scoren door het ontbreken van cijfers (Persoonlijke communicatie 2007d).

Ik heb moeite met de Elsevier enquête, elk jaar krijg ik een envelop om in te vullen, ik heb het nog nooit gedaan, ik zal het ook nooit gaan doen, omdat het in mijn optiek wetenschappelijk volstrekt niet verantwoord is (Persoonlijke communicatie 2007d).

Wat in het begin ook gebeurde was dat ziekenhuizen zoveel mogelijk vragenlijsten gingen invullen, want dat bevorderde je score (Persoonlijke communicatie 2007f).

Je zou nog 20 lijstjes kunnen maken denk ik, die weer allemaal een andere score hebben (Persoonlijke communicatie 2007c).

Ik geloof niet in het beste ziekenhuis, volgens mij bestaat het beste ziekenhuis ook niet. Ik geloof wel dat je in een ziekenhuis één van de betere specialismen kan hebben (Persoonlijke communicatie 2006a).

Neemt de kwaliteit van zorg toe naar aanleiding van het steeds vaker verschijnen van ranglijsten?

Als je hoog scoort is dat heel mooi, dan zijn mensen trots. Als je wat zakt of laag staat dan werkt dat als een prikkel (Persoonlijke communicatie 2007d).

De AD Top 100 en de ranglijst van de Elsevier, dat zijn lijstjes waarin je als ziekenhuis niet onderaan wil staan. Je wilt tussen de toppers staan en niet tussen de tobbers. Dus in die zin helpen lijstjes om de kwaliteit te verhogen (Persoonlijke communicatie 2006a).

Ik denk dat een lage plaats in de ranglijst misschien ook wel goed is, omdat er een schokeffect door de organisatie gaat. Iedereen sprak er schande van dat we bepaalde gegevens niet hadden aangeleverd, daardoor is het makkelijker om mensen te motiveren dat nu wel te doen (Persoonlijke communicatie 2006a).

Denkt u dat ranglijsten een rol spelen bij het keuzegedrag van patiënten en huisartsen?

Als je op een verjaardagsfeestje vraagt, weet u nog welke ziekenhuizen er in de AD Top 100 in de top 10 stonden, dan blijft het denk ik lang stil en als je vraagt, weet u wat het beste ziekenhuis in de regio Rotterdam was, niemand die het weet (Persoonlijke communicatie 2006a).

In twee van de vier ziekenhuizen waar ik heb gewerkt is in de tijd dat ik er werkte een incident geweest waarbij een patiënt overleed, beide gevallen zijn uitgebreid op televisie geweest. Je meent dan gedurende de eerste 14 dagen daarna een dip te zien, maar daarna is het over. Dat is eigenlijk heel verbazingwekkend (Persoonlijke communicatie 2007d).

De gemiddelde patiënt die hier binnenkomt is meer dan 80 jaar oud, in hoeverre gaat zo iemand nu een ranglijst bekijken? Jonge mensen of mensen die bijvoorbeeld naar een ziekenhuis gaan voor iets cosmetisch die gaan echt shoppen; wat kost het, wat krijg ik ervoor? Maar de meeste mensen gaan gewoon naar het ziekenhuis dat het dichtst bij is (Persoonlijke communicatie 2007b).

Wordt de informatieasymmetrie in de gezondheidszorg door ranglijsten verkleind?

Er komen steeds meer lijstjes bij, patiënten krijgen steeds meer informatie, maar het is de

vraag of het ook helderder wordt (Persoonlijke communicatie 2007b).

Wij moeten erg ons best doen om het niet alleen over prijzen te hebben met zorgverzekeraars (Persoonlijke communicatie 2007c).

Denkt u dat de ranglijsten in de gezondheidszorg marktwerking bevorderen?

Ranglijsten bevorderen marktwerking in de gezondheidszorg niet. We denken dat meer transparantie in de zorg goed is voor marktwerking, maar dan moet het wel gaan om objectieve informatie op een betrouwbare manier verkregen (Persoonlijke communicatie 2007g).