

KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN KEUZE-INFORMATIE VOOR BURGERS

Een internationale verkenning van initiatieven

Drs. M. Lugtenberg
Prof. dr. G. P. Westert

WETENSCHAPPELIJK CENTRUM VOOR TRANSFORMATIE IN ZORG EN WELZIJN



KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN KEUZE-INFORMATIE VOOR BURGERS

Een internationale verkenning van initiatieven

Drs. M. Lugtenberg
Prof. dr. G. P. Westert

Wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn

TRANZO

COLOFON

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (directie Markt en Consument).

Kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor burgers. Een internationale verkenning van initiatieven. M. Lugtenberg en G.P. Westert; Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg

ISBN: 9789078886020

Druk: Universiteitsdrukkerij

© Tranzo, 2007.

Universiteit van Tilburg
Faculteit Sociale Wetenschappen
Postbus 90153
5000 LE Tilburg

Bezoekadres:
Warandelaan 2
Tiasbuilding, 5e etage, kamer T515
Tel. secretariaat 013 466 29 69
Fax secretariaat 013 466 36 37

E-mail: tranzo@uvt.nl

Internet: www.uvt.nl/tranzo

INHOUD

SAMENVATTING	7	
1	INLEIDING	11
1.1	Achtergrond	11
1.2	Vraagstellingen	12
1.3	Opbouw rapport	13
2	OPZET STUDIE	15
2.1	Selectie van landen	15
2.2	Literatuur- en websearch	16
2.3	Raadpleging van contactpersonen	16
3	KWALITEIT VAN DE ZORG EN KEUZE-INFORMATIE IN ANDERE LANDEN	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Australië	19
3.2.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	19
3.2.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	20
3.2.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	21
3.2.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	22
3.3	Canada	22
3.3.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	22
3.3.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	24
3.3.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	24
3.3.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	25
3.4	Denemarken	25
3.4.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	26
3.4.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	28
3.4.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	29
3.4.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	29
3.5	Duitsland	30
3.5.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	30
3.5.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	32
3.5.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	33
3.5.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	33

3.6	Engeland	34
3.6.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	34
3.6.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	35
3.6.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	36
3.6.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	37
3.7	Verenigde Staten	38
3.7.1	<i>Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	38
3.7.2	<i>Keuze-informatie voor burgers</i>	40
3.7.3	<i>Rolverdeling in kwaliteitssysteem</i>	42
3.7.4	<i>Het gebruik van prestatiegegevens</i>	42
3.8	Conclusie	43
4	CONCLUSIE	45
4.1	Lessen voor Nederland	45
4.2	Mogelijkheden voor samenwerking	48
	REFERENTIES	51
	LITERATUUR	55
	BIJLAGEN	59
B1	Kenmerken van het kwaliteitssysteem van de zes geselecteerde landen	60
B2	Geraadpleegde experts	62

KERNPUNTEN:

- Met name Engeland en de VS hebben veel ervaring met keuze-informatie voor burgers
- Het publiceren van kwaliteitsinformatie leidt tot verbeteringen in kwaliteit van zorg
- Er is vooralsnog weinig bewijs dat burgers de kwaliteitsinformatie daadwerkelijk gebruiken bij het maken van keuzen in de zorg
- Het gebruik van keuze-informatie kan worden bevorderd door informatie aan te bieden die beter aansluit bij de behoeften van burgers
- Het publiekelijk maken van kwaliteitsinformatie kan ook leiden tot perverse effecten bij zorgaanbieders
- Samenwerkingsverbanden met verschillende partijen (publiek, privaat, zorgaanbieders en -inkopers) lijken met name effectief te zijn

SAMENVATTING

De invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel heeft geleid tot meer aandacht voor keuzevrijheid en keuzemogelijkheden in de zorg. Om consumenten in staat te stellen weloverwogen keuzes te maken op het gebied van de gezondheidszorg, dient er betrouwbare kwaliteitsinformatie beschikbaar te zijn. In Nederland zijn diverse organisaties betrokken bij het ontwikkelen van indicatoren om zodoende de kwaliteit van het zorgaanbod zichtbaar te maken en te kunnen vergelijken. Ook internationaal is er in toenemende mate aandacht voor het meten van kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor burgers. Sommige landen hebben op dit gebied al jaren ervaring; in andere landen staat dit nog in de kinderschoenen. Doel van deze studie is om de kennis en ervaringen in andere landen op het gebied van kwaliteit van zorg en keuze-informatie te analyseren en hieruit lessen te trekken voor de Nederlandse situatie.

Om de vraag te kunnen beantwoorden wat Nederland kan leren van andere landen op het gebied van het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor consumenten, is een eerste selectie gemaakt van landen die gebruik maken van prestatie-indicatoren in de zorg (Australië, België, Denemarken, Duitsland, Engeland, Oostenrijk, Verenigde Staten en Zwitserland). Vervolgens is deze selectie van landen verder ingeperkt door alleen die landen te selecteren die zich, in meer of mindere mate, bezighouden met keuze-informatie voor burgers. Op basis van deze criteria zijn uiteindelijk zes landen in deze studie betrokken: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten. Door middel van een literatuur- en 'websearch' is relevante informatie gezocht over het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie in deze landen. Bovendien is er in elk geselecteerd land tenminste één contactpersoon benaderd, met adequate kennis op het gebied van het gezondheidszorgsysteem in het betreffende land.

In alle geselecteerde landen wordt relatief veel aandacht besteed aan het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. In zowel Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten houden meerdere organisaties naast elkaar zich bezig met het meten van kwaliteit. Het merendeel van de initiatieven heeft als primair doel de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de gezondheidszorg transparanter te maken. Hoewel men in Australië, Canada, 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.

Ten aanzien van de rolverdeling binnen het kwaliteitssysteem valt op dat de landen verschillen in de mate waarin initiatieven door de overheid worden geïnitieerd en aangestuurd, danwel door andere partijen. Het lijkt er op dat in landen waar al langer ervaring bestaat met het meten van kwaliteit en keuze-informatie (Engeland en de Verenigde Staten), er naast overheidsinitiatieven ook vaak private initiatieven op het gebied van keuze-informatie bestaan. Bovendien heeft met name de Verenigde Staten ervaring met samenwerkingsverbanden, waarin zowel private als publieke partijen vertegenwoordigd zijn. De landen verschillen ook van elkaar in de mate waarin de overheid de kwaliteitsinitiatieven aanstuurt. Waar de overheid in Engeland bijvoorbeeld veel sturing geeft, worden de initiatieven in bijvoorbeeld Duitsland en de Verenigde Staten meer aangestuurd door partijen uit het veld. Op het gebied van het gebruik van de prestatie-informatie is de meeste kennis afkomstig uit Engeland en de Verenigde Staten. Ondanks de ruime ervaring in deze landen met het publiekelijk maken van prestatie-informatie, is er nog weinig empirische grond voor de idee dat consumenten deze informatie ook echt gebruiken bij het maken van keuzen op het gebied van de zorg. Wel blijken consumenten in toenemende mate op de hoogte te zijn van de kwaliteitsinformatie. Bijlage 1 vat de kenmerken van de kwaliteitssystemen in de onderscheiden landen samen.

Op basis van de kennis en ervaringen in andere landen met het meten van kwaliteit en keuze-informatie voor consumenten, kan een aantal lessen worden getrokken voor het verder ontwikkelen van keuze-informatie in Nederland. In de eerste plaats leert de ervaring in andere landen dat het publiekelijk maken van prestatie-informatie leidt tot een verbetering in de kwaliteit van zorg. Los van de vraag of (alle groepen) consumenten de informatie willen en kunnen gebruiken, betekent dit dat consumenten ervan kunnen profiteren door een verbetering van de kwaliteit van zorg. Ten tweede is het van belang dat, indien men het gebruik door consumenten wil bevorderen, de keuze-informatie specifiek op de consument wordt afgestemd door toegankelijke en begrijpelijke informatie aan te bieden die aansluit bij de informatiebehoefte van consumenten.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij het ontwikkelen van keuze-informatie, is dat men zich bewust is van de invloed van de keuze van de indicatoren en de

mogelijke negatieve gevolgen. Het werken met indicatoren kan eraan bijdragen dat zorgverleners eenzijdig hun aandacht richten op deze indicatoren en andere aspecten verwaarlozen. Het kan daarom zinvol zijn om de kwaliteitsbeoordeling aan te vullen met andere metingen, zoals 'audits' en patiëntenervaringen. Negatieve effecten kunnen des te meer optreden wanneer er (financiële) consequenties aan prestaties worden verbonden, zoals in Engeland en de Verenigde Staten het geval is. Anderzijds is het aannemelijk dat juist deze financiële prikkels ook hebben bijgedragen aan het realiseren van kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Ten slotte is het van belang dat men nadenkt over de rol die de overheid zou moeten hebben bij het ontwerpen van een kwaliteitssysteem ten behoeve van keuze-informatie voor consumenten. Het beschikbaar komen van vergelijkende kwaliteitsinformatie zal niet louter door private partijen tot stand komen. Een zekere mate van initiatief vanuit de overheid lijkt dus sowieso wenselijk. Aan de andere kant laat onderzoek in Engeland zien dat consumenten geneigd zijn om overheidsinformatie te wantrouwen en voor zowel het ontwikkelen van indicatoren als het publiceren van informatie de voorkeur geven aan een onafhankelijke instantie. Met name samenwerkingsverbanden waarin zowel private als publieke partijen, evenals aanbieders en purchasers (zorginkopers) vertegenwoordigd zijn lijken in dit kader effectief te zijn.

Al met al kunnen de kennis en ervaring in andere landen belangrijke aandachtspunten opleveren voor het verder vormgeven van de Nederlandse situatie. Naast de bovengenoemde leerpunten lijken er voor Nederland met name mogelijkheden voor kennisuitwisseling en eventuele samenwerking te liggen bij drie landen: Engeland, Denemarken en de Verenigde Staten. Engeland biedt veel leermogelijkheden vanwege de ruime ervaring met het bieden van kwaliteitsinformatie, zowel voor zorgaanbieders als voor consumenten. Bovendien bestaat er in Engeland al ervaring met de voor- en nadelen van pay-for-performance. Leermogelijkheden in Denemarken liggen er met name omdat men het systeem van keuze-informatie volop aan het ontwikkelen is. Ook wordt al veel kwaliteitsinformatie publiekelijk gemaakt, hoewel deze informatie nu nog niet primair bedoeld is voor de consument. De Verenigde Staten ten slotte, bieden naast de algemene ervaring op het gebied van kwaliteitsinformatie, interessante leermogelijkheden op het gebied van de positionering van publieksinformatie (onafhankelijk, overheid, niet-overheid, samenwerkingsverbanden). Dit vanwege hun ervaring met zowel publieke non-profit initiatieven, private initiatieven als samenwerkingsverbanden waarin verschillende partijen vertegenwoordigd zijn.

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

In Nederland is de laatste jaren steeds meer aandacht voor het verbeteren en het zichtbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen meten, wordt onder andere gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Diverse organisaties zijn betrokken bij het ontwikkelen van indicatoren, waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De indicatoren verschaffen zorgaanbieders informatie omtrent de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en maken het mogelijk prestaties te vergelijken met andere zorgaanbieders. Het gebruik van indicatoren zou daarmee een gunstige werking hebben op de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Indicatoren voor kwaliteit van de gezondheidszorg zijn niet alleen relevant voor zorgaanbieders. Zij kunnen ook een belangrijke functie vervullen als het gaat om consumenten in staat te stellen om verantwoorde keuzes te maken op het gebied van de gezondheidszorg. Met de komst van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is er meer aandacht voor keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van burgers in de gezondheidszorg. Om ervoor te zorgen dat burgers het zorgaanbod en de zorgverzekering kunnen kiezen die het beste bij hen past, dient keuze-informatie beschikbaar gesteld te worden. Recentelijk zijn diverse initiatieven ontplooid, zoals de website 'Kies Beter', die proberen in deze behoefte te voorzien.

De website 'Kies Beter', die sinds begin 2005 beschikbaar is, is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Door het bieden van vergelijkende informatie over onder meer ziekenhuizen en zorgverzekeraars, beoogt deze website de consument in staat te stellen om verantwoorde keuzes te maken op het gebied van zorg en gezondheid. Er worden drie typen keuze-informatie onderscheiden: 1. *Etalage-informatie* (feitelijke informatie over zorginstellingen); 2. *Kwaliteitsinformatie* (medisch-inhoudelijke en zorginhoudelijke prestaties van zorgaanbieders) en 3. *Ervaringsinformatie* (prestaties van zorgaanbieders zoals zorggebruikers die ervaren) (Van Loon & Tolboom 2005). Andere initiatieven in Nederland op dit gebied zijn de ziekenhuis top-100 van het Algemeen Dagblad, de Beste ziekenhuizen van Elsevier en vergelijkende websites zoals *Independer.nl* en *Mediquest.nl*.

Ook internationaal is er in toenemende mate aandacht voor het meten van kwaliteit ten behoeve van keuze-informatie voor burgers. Hoe ver men is varieert echter sterk tussen landen. In sommige landen, zoals de Verenigde Staten en Engeland, heeft men al ruime tijd ervaring met keuzevrijheid van burgers en zijn er diverse initiatieven ontplooid om burgers te ondersteunen bij het maken van keuzes e.g. (Davies & Marshall 1999, Groenewoud et al 2006). In andere landen zoals België, bestaat er nauwelijks aandacht voor het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen in de gezondheidszorg voor consumenten. Nederland neemt wat dit betreft een middenpositie in. Hoewel de laatste tijd verschillende initiatieven op dit gebied zijn ontplooid, is er nog geen sprake van een samenhangend geheel.

Deze studie, die wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (directie Markt en Consument), heeft als doel om internationale kennis over en ervaringen met het systematisch meten van de kwaliteit van de zorg ten behoeve van keuze-informatie voor burgers maximaal te benutten. Hiervoor wordt de situatie in een aantal andere landen geanalyseerd en worden lessen getrokken voor de Nederlandse situatie. Door te kijken hoe andere landen omgaan met keuze-informatie voor burgers en op welke manier die wordt geïntegreerd in hun kwaliteitssysteem, kan inzicht verkregen worden voor het verder vormgeven van de Nederlandse situatie. Daarnaast beoogt deze studie enkele landen te selecteren, waarmee mogelijk in een later stadium een samenwerkingsverband kan worden aangegaan of waarmee kennis kan worden uitgewisseld.

1.2 Vraagstellingen

De volgende vragen worden beantwoord in deze studie:

1. Welke landen houden zich net als Nederland bezig met het meten van de kwaliteit van de zorg en keuze-informatie voor burgers?
2. Wat zijn de kenmerken van het kwaliteitssysteem in deze landen ten aanzien van:
 - Het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen?
 - Het bieden van keuze-informatie aan consumenten en patiënten?
 - De rol van diverse actoren in het kwaliteitssysteem?
 - Het gebruik van prestatie-informatie door de diverse actoren?
3. Welke lessen kan Nederland trekken uit de situatie van andere landen?
 - Wat zijn de voor- en nadelen van de diverse systemen in de geselecteerde landen?

- Welke elementen zijn in de Nederlandse situatie bruikbaar?
4. Met welke (partners binnen de geselecteerde) landen kan in een later stadium mogelijk een samenwerkingsverband worden aangegaan, danwel kennis worden uitgewisseld?

1.3 Opbouw rapport

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van deze studie beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de kwaliteitssystemen van de geselecteerde landen. Nadat per land kort een beeld is geschetst van de manier waarop kwaliteit van de gezondheidszorg over het algemeen wordt gemeten, wordt ingegaan op de keuze-informatie die voor burgers beschikbaar is. Vervolgens wordt bekeken wat er bekend is over de rol van diverse actoren binnen het kwaliteitssysteem en in hoeverre de prestatiegegevens ook daadwerkelijk worden gebruikt. Ten slotte worden in hoofdstuk 4 conclusies getrokken over de lessen die Nederland kan trekken uit de situatie van andere landen en worden aanbevelingen gedaan voor leer- en samenwerkingsmogelijkheden.

2 OPZET STUDIE

2.1 Selectie van landen

Doel van deze studie is het maximaal benutten van kennis en ervaringen uit het buitenland op het gebied van het meten van kwaliteit ten behoeve van keuze-informatie voor burgers. Vanwege de beperkte tijdspanne van deze studie en om de toepasbaarheid van de gegevens zo groot mogelijk te houden, wordt in dit hoofdstuk een eerste selectie van landen gemaakt die worden betrokken in dit onderzoek. Hiervoor is gebruik gemaakt van twee verschillende selectiecriteria:

1. Men maakt gebruik van prestatie-indicatoren in de zorg

Een eerste criterium voor selectie was dat men in de te selecteren landen ook bezig moet zijn met het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Landen die op dit punt nog niet of nauwelijks initiatieven hebben ontwikkeld zullen voor Nederland weinig bruikbare kennis opleveren. De volgende landen maken gebruik van prestatie-indicatoren in relatie tot de kwaliteit van de gezondheidszorg (Becker 2005):

Australië, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Oostenrijk, Verenigde Staten, Zwitserland

2. Men houdt zich bezig met keuze-informatie voor burgers

Het tweede selectie criterium was dat men zich in de te selecteren landen ook bezighoudt met keuze-informatie voor burgers op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Landen die al langer ervaring hebben met dergelijke initiatieven zullen voor de Nederlandse situatie leerzamer zijn dan landen waar het ontwikkelen en beschikbaar maken van keuze-informatie voor burgers nog nauwelijks aandacht krijgt. Ook landen die nog weinig ervaring op dit gebied hebben, maar zich wel bezighouden met het ontwikkelen van een dergelijk systeem, kunnen voor Nederland zinvolle informatie bieden. Van de eerder geselecteerde landen hebben vooral Engeland en de Verenigde Staten veel ervaring met keuzevrijheid van burgers en het bieden van keuze-informatie e.g. (Davies & Marshall 1999, Groenewoud et al 2006). Ook in Australië, Canada, Denemarken en Duitsland krijgt men steeds meer ervaring met de kiezende zorggebruiker, hoewel concrete initiatieven ten aanzien van het bieden van keuze-informatie vaak nog ontbreken.

In de overige landen (België, Oostenrijk en Zwitserland) speelt het bieden van keuze-informatie nog nauwelijks een rol.

Op grond van bovenstaande selectiecriteria zullen de volgende zes landen in deze studie worden betrokken:

Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Verenigde Staten

2.2 Literatuur- en websearch

Om relevante documenten te vinden op het gebied van kwaliteit van de gezondheidszorg in de verschillende landen is gebruik gemaakt van een combinatie van een literatuur- en een websearch. De literatuursearch bestond uit een systematische search in de literatuurbase PubMed. Hiervoor is gebruik gemaakt van de volgende (combinaties van) trefwoorden: *quality of health care, quality indicators, consumer information* en *performance information*.

Daarnaast is er een gerichte websearch uitgevoerd. Via de zoekmachine Google (www.google.com) is met gebruikmaking van relevante zoektermen als *performance (information), quality of health care, quality indicators, consumer information* en de namen van de geselecteerde landen een eerste search uitgevoerd. Bij de relevante websites is bovendien gekeken naar links die verwijzen naar meer informatie over projecten en / of organisaties op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

In deze studie hebben we ons beperkt tot de curatieve gezondheidszorg. Voor zowel de literatuur- als de websearch gold verder dat alleen Nederlands- en Engelse documenten verder werden bestudeerd. De relevante websites zijn per land geordend in de referentielijst (zie p 51-54).

2.3 Raadpleging van contactpersonen

Ten slotte zijn er in de geselecteerde landen contactpersonen geraadpleegd die veel kennis hebben op het gebied van prestatie meting en keuze-informatie. In ieder land is ten minste één contactpersoon benaderd. Aan de contactpersonen werden vragen gesteld die betrekking hadden op drie onderwerpen: 1. Kwali-

teitsmeting in het algemeen; 2. Keuze-informatie voor burgers en 3. Het gebruik van prestatiegegevens. De gegevens die deze bronnen hebben opgeleverd zijn verwerkt in de resultaten. De namen van de contactpersonen zijn te vinden in bijlage 2.

3 KWALITEIT VAN DE ZORG EN KEUZE-INFORMATIE IN ANDERE LANDEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de kwaliteitssystemen van de geselecteerde landen beschreven. Per land wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de wijze waarop de kwaliteit van de gezondheidszorg wordt gemeten¹. Vervolgens wordt achtereenvolgend ingegaan op de keuze-informatie die voor consumenten beschikbaar is, de rolverdeling binnen het kwaliteitssysteem en de mate waarin de prestatiegegevens door de verschillende actoren worden gebruikt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

3.2 Australië

In Australië kent men een lange traditie ten aanzien van het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Drie bekende organisaties die zich bezighouden met het meten en verbeteren van kwaliteit van de gezondheidszorg zijn de *Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)*, de *National Health Performance Committee (NHPC)* en de *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*. Hoewel burgers in Australië steeds meer keuzemogelijkheden krijgen op het gebied van de gezondheidszorg, is er tot op heden nog nauwelijks vergelijkende consumenteninformatie beschikbaar. Landelijke, grootschalige initiatieven ontbreken. Wel zijn er enkele lokale initiatieven gericht op consumenten, zoals het *Consumer participation & information program* in de staat Victoria.

3.2.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)

De Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) is een onafhankelijke, non-profit organisatie, opgericht in 1974, die als doel heeft de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Hiervoor houdt men zich enerzijds bezig met het op continue basis meten van de kwaliteit van de geleverde zorg en anderzijds met het verlenen van accreditaties aan gezondheidszorginstellingen. De ACHS is opge-

¹ Deze beschrijving is bedoeld om een algemene indruk te geven van de manier waarop kwaliteit van de gezondheidszorg wordt gemeten in het betreffende land en beoogt geen totaalbeeld te geven.

richt door professionele beroepsgroepen en werkt samen met zorgverleners, overheid en consumenten. Sinds zijn oprichting hebben meer dan 800 ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen in Australië geparticipeerd in het accreditatieprogramma. De gegevens worden gepubliceerd in de vorm van rapporten.

National Health Performance Committee (NHPC)

De National Health Performance Committee (NHPC) (tot 1999 de National Health Ministers' Benchmarking Working Group, ofwel NHMBWG) is opgericht op verzoek van de overheid met als doel een nationaal systeem voor prestatiemeting op het gebied van de gezondheidszorg te ontwikkelen. Hiervoor is in 2000 het *National Health Performance Framework* ontwikkeld. Dit raamwerk beoogt de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door het stimuleren van benchmarking en door het aanbieden van informatie omtrent de kwaliteit van de nationale gezondheidszorg in Australië. Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen: Health Status and Outcomes, Determinants of Health and Health System Performance. De gegevens worden in de vorm van rapporten openbaar gemaakt en gepresenteerd op het niveau van de staat.

Naast deze twee organisaties is in het jaar 2000 de *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* opgericht door het ministerie. Doel van deze organisatie is het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg door het identificeren van risico's in de gezondheidszorg (o.a. het analyseren van adverse events). Sinds kort heet de organisatie de *Australian Commission on Quality and Safety in Health Care*.

3.2.2 Keuze-informatie voor burgers

Hoewel de keuzemogelijkheden voor burgers in Australië de laatste tijd zijn toegenomen, is er voor burgers nog nauwelijks vergelijkende keuze-informatie beschikbaar (informatie verkregen via expert). De prestatiegegevens die de ACHS en de NHPC aanbieden zijn niet ontwikkeld voor consumenten. Wel zijn er enkele websites ontwikkeld vanuit de overheid, zoals *HealthInsite*, die consumenten gezondheidsinformatie aanbieden (informatie verkregen via expert). Het gaat hier echter niet om keuze-informatie, maar om algemene informatie over allerlei ziekten en aandoeningen. Op lokaal niveau zijn er wel enkele initiatieven ontwikkeld om burgers actiever te betrekken bij keuzes op het gebied van de gezondheidszorg. Zo heeft men in de staat Victoria de Consumer participation & information program en Your Hospitals opgezet. In enkele andere staten zijn soortgelijke initiatieven ontwikkeld.

Victorian Government Health information

- *Consumer participation & information program*: dit project betreft een reeks van initiatieven die onder andere tot doel hebben de betrokkenheid van consumenten te vergroten ten aanzien van beslissingen over hun eigen behandelingen en de geboden zorg. Het project is een eerste stap in het ontwikkelen van consumenteninformatie en participatiebeleid. Hiervoor is men bezig met het beoordelen van de kwaliteit en de relevantie van consumenteninformatie ten aanzien van zes aandoeningen. Het project levert gidsen met informatie over het ontwikkelen en meten van consumenteninformatie, die gebruikt kunnen worden door ziekenhuizen, medisch professionals en consumenten.
- *Your hospitals*: dit initiatief is bedoeld om informatie over het presteren van publieke ziekenhuizen in Victoria te bieden aan patiënten, verzorgers en medisch professionals. Via het Your Hospitals report worden de gegevens iedere zes maanden openbaar gemaakt. Het rapport bevat voornamelijk geaggregeerde informatie op het niveau van de staat, maar ook enkele prestatiegegevens van individuele ziekenhuizen, zoals het aantal patiënten dat binnen een bepaalde tijd wordt behandeld en de gerapporteerde tevredenheid door patiënten.

3.2.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

De kwaliteitsinitiatieven in Australië zijn grotendeels door de overheid geïnitieerd of worden onder andere door de overheid aangestuurd. Het NHPC is opgericht op verzoek van de overheid en wordt uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie. Ook de Australian Council for Safety and Quality in Health Care werd door het ministerie opgericht om zodoende meer aandacht te vestigen op het onderwerp patiëntveiligheid op nationaal niveau. Een uitzondering hierop is de ACHS, die is opgericht door professionele beroepsgroepen en is belast met het accrediteren van organisaties. Op het gebied van keuze-informatie heeft de overheid tot op heden een minder actieve rol gehad. In enkele staten is op initiatief van de lokale overheid het een en ander gedaan, maar grootschalige landelijke initiatieven ontbreken. Wel zijn er op initiatief van de overheid enkele websites ontwikkeld, zoals HealthInsite, die consumenten gezondheidsinformatie aanbieden.

3.2.4 Het gebruik van prestatiegegevens

Het merendeel van de prestatie-informatie die in Australië openbaar wordt gemaakt is niet gericht op consumenten. De gegevens van de ACHS en de NHPC worden gebruikt door zorginstellingen en beleidsmakers en zijn niet goed toegankelijk voor de gewone consument. Hoewel consumenten in Australië de mogelijkheid hebben om keuzen te maken op het gebied van de gezondheidszorg, ontbreekt het hen voornamelijk aan de informatie om weloverwogen keuzes te maken (informatie verkregen via expert). Van de enkele lokale initiatieven die wel gericht zijn op de consument zijn nog geen gegevens beschikbaar over de mate waarin consumenten de gegevens ook daadwerkelijk gebruiken.

3.3 Canada

In Canada zijn op landelijk niveau met name drie organisaties actief op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg: de *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*, de *Canadian Institute for Health Information (CIHI)* en de *Canadian Patient Safety Institute (CPSI)*. Daarnaast zijn er enkele lokale initiatieven, zoals de *Hospital Report Research Collaborative (HRRC)* in Ontario, die zich bezighouden met het meten en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Ten aanzien van het bieden van keuze-informatie aan burgers zijn er in Canada nog nauwelijks initiatieven ontplooid. De *Hospital Report Research Collaborative (HRRC)* in Ontario biedt op lokaal niveau wel vergelijkende informatie aan, maar deze is niet specifiek voor de consument bedoeld.

3.3.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)

De *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)* is een onafhankelijke, non-profit organisatie die voornamelijk belast is met accreditatie van de zorg. De organisatie is in 1917 opgericht door de *American College of Surgeons (ACS)*. Met behulp van het accreditatieprogramma beoogt de CCHSA gezondheidszorginstellingen te assisteren bij het meten en het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het accreditatieprogramma is gebaseerd op nationale standaarden, die worden ontwikkeld door experts in het veld. Deelname door zorginstellingen gebeurt op vrijwillige basis. Sinds 2002 gebruikt de CCHSA de gegevens voor de jaarlijkse rapportage van de '*Canadian Health Accreditation Report*'. Dit rapport be-

oogt zowel zorgaanbieders als consumenten inzicht te verschaffen in de kwaliteit van de gezondheidszorg, door informatie te bieden over de kwaliteit van de zorg in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. In het rapport worden geen gegevens over individuele ziekenhuizen gepresenteerd.

Canadian Institute for Health Information (CIHI)

Een tweede belangrijke organisatie die zich bezighoudt met het meten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg is de *Canadian Institute for Health Information (CIHI)*. Dit is een onafhankelijke, non-profit organisatie die door het aanbieden van gezondheidsinformatie de gezondheid van Canadezen en het gezondheidszorgsysteem wil verbeteren. Hiervoor is men onder andere samen met *Statistics Canada* betrokken bij het *Health Indicators Project*. Aan de hand van verschillende indicatoren volgens het *Health Indicator Framework* wordt op regionaal niveau gezondheid en het functioneren van de lokale gezondheidszorg in kaart gebracht. CIHI wil hiermee regionale zorgautoriteiten ondersteunen in het monitoren van de gezondheid en het functioneren van de lokale gezondheidszorg. De gegevens die CIHI verzamelt worden gepubliceerd in verschillende rapporten en zijn bedoeld voor zorginstellingen, zorgprofessionals, onderzoekers en ander publiek dat geïnteresseerd is in de kwaliteit van de gezondheidszorg in Canada.

In 2000 heeft de CIHI in het kader van het project *Comparable health and health system performance indicators* een uitgebreid raamwerk ontwikkeld met vergelijkende indicatoren op het gebied van gezondheidsstatus, gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van de service. Dit deed de CIHI in opdracht van het ministerie en in samenwerking met *Statistics Canada*, *Health Canada* en lokale overheden. In 2002 hebben alle regio's voor het eerst een rapport uitgebracht met 67 indicatoren. Hierdoor zijn prestaties regionaal vergelijkbaar. De resultaten op landelijk niveau zijn gepubliceerd in het rapport *Health Care in Canada*.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI)

De *Canadian Patient Safety Institute (CPSI)* is een onafhankelijke, non-profit organisatie, opgericht in 2003, die door samenwerking met gezondheidszorgprofessionals, -instellingen, overheden en andere regulerende instanties, een veiliger gezondheidszorgsysteem voor Canadezen wil bewerkstelligen. CPSI heeft zowel een coördinerende als een leidende rol tussen gezondheidszorgsectoren en -systemen, stimuleert projecten op het gebied van patiëntveiligheid en draagt bij aan het creëren van meer bewustzijn bij stakeholders, patiënten en het bredere publiek ten aanzien van patiëntveiligheid. CPSI heeft geen regulerende, maar een adviserende en faciliterende functie.

Naast deze landelijke initiatieven hebben de afzonderlijke provincies soms zelf initiatieven ontwikkeld om prestaties te meten en openbaar te maken. Een bekend initiatief is het *Hospital Report Research Collaborative (HRRC)*.

Hospital Report Research Collaborative (HRRC)

De Hospital Report Research Collaborative (HRRC) is een onafhankelijke onderzoeksgroep, gevestigd in de universiteit van Toronto, die als doel heeft om de kwaliteit van de gezondheidszorg geleverd door ziekenhuizen in Ontario te verbeteren. In het samenwerkingsverband zitten verder de *Ontario Hospital Association (OHA)*, de CIHI en de lokale overheid. Jaarlijks wordt door hen het Hospital Report uitgebracht, welke inzicht geeft in het presteren van ziekenhuizen in Ontario. Daarnaast krijgen ziekenhuizen een individuele beoordeling, variërend van onder tot boven het gemiddelde. Hoewel deelname door ziekenhuizen uit de regio vrijwillig is, participeert het overgrote deel (99%) van de ziekenhuizen in het project. Het initiatief wordt beschouwd als een van de meest ontwikkelde initiatieven in Noord-Amerika om prestaties van ziekenhuizen in kaart te brengen (Becker 2005).

3.3.2 Keuze-informatie voor burgers

De meeste Canadese initiatieven hebben als primair doel om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door zorgaanbieders informatie te verschaffen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Er bestaan op landelijk niveau geen initiatieven die specifiek zijn ontwikkeld om consumenten keuze-informatie te bieden (Morris & Zelmer 2005). CCHSA en CIHI bieden echter wel gezondheidszorginformatie aan die ook door de consument kan worden gebruikt. Een voorbeeld hiervan zijn de Health Care in Canada rapporten van de CIHI. De informatie wordt op geëigend niveau aangeboden en biedt dus geen informatie over het presteren van individuele ziekenhuizen. Het lokale initiatief van de Hospital Report Research Collaborative (HRRC) biedt met het Hospital Report consumenten de mogelijkheid om het presteren van ziekenhuizen in Ontario te vergelijken. Echter, ook deze informatie is niet ontwikkeld voor consumenten en het gebruik van deze informatie door consumenten bij het kiezen van een ziekenhuis, wordt zelfs expliciet afgeraden door de Ontario Hospital Report series (Morris & Zelmer 2005).

3.3.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

De Canadese initiatieven die gericht zijn op het meten en verbeteren van kwaliteit van de gezondheidszorg worden grotendeels uitgevoerd door onafhankelijke

organisaties, waarbij er veel wordt samengewerkt met de overheid. Zo werkt de CIHI onder andere samen met de overheid en lokale overheden, maar ook met ziekenhuizen, regionale zorgautoriteiten en zorgverleners. Ook in projecten van de CPSI participeren zowel de overheid als andere partners in het veld. De CCHSA is, net als andere accreditatieorganisaties, opgericht door professionele beroepsgroepen en heeft als voornaamste doel om organisaties te accrediteren. Verder hebben enkele lokale overheden soms zelf nog onafhankelijke organisaties opgericht met als doel de kwaliteit van de zorg te monitoren, te evalueren en hierover te rapporteren (Morris & Zelmer 2005). Een voorbeeld hiervan is de Hospital Report Research Collaborative (HRRC).

3.3.4 Het gebruik van prestatiegegevens

Het publiekelijk maken van prestatiegegevens heeft in Canada niet als primair doel om de consument informatie te verschaffen over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Hoewel vroegere Canadese studies aantoonde dat het grotere publiek weinig weet had van de prestatie-informatie, lijkt hier langzaam verandering in te komen (Morris & Zelmer 2005). Zo blijken de Health Care in Canada rapporten een groot bereik te hebben. The Health Indicators E-publication van CIHI en Statistics Canada leverde tussen 2002 en 2003 1.2 miljoen bezoekers op (Statistics Canada 2003). Onduidelijk is echter of dit hoge aantal wordt veroorzaakt door consumenten of door andere belanghebbenden. Vooralsnog ontbreekt in Canada bewijs dat consumenten de prestatie-informatie ook daadwerkelijk gebruiken bij het maken van keuzen op het gebied van de gezondheidszorg. Wel zorgt het publiceren van prestatiegegevens voor acties op het gebied van kwaliteitsverbetering. Zo gaf 92% van de ziekenhuizen in Ontario aan dat zij binnen een jaar na het openbaar maken van prestatiegegevens veranderingen op het gebied van de zorg hadden aangebracht (Canadian Institute for Health Information (CIHI) et al 2003).

3.4 Denemarken

Het meten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg krijgt in Denemarken al jaren veel aandacht. Ook speelt keuzevrijheid voor consumenten in toenemende mate een rol en zijn de keuzemogelijkheden voor burgers in de zorg de laatste jaren verruimd. Wat betreft het meten van kwaliteit van de zorg met behulp van indicatoren zien we een verschuiving van regionaal naar landelijk. Waar kwaliteitsmeting eerst voornamelijk de verantwoordelijkheid van de provincies

was, worden er de laatste tijd steeds meer landelijke, vergelijkende initiatieven ontwikkeld. De bekendste initiatieven in Denemarken zijn de *National Indicator Project (NIP)*, de *Danish Quality Model (DQM)*, de *Danish Health Care Quality Assessment Program* en de *Unit of Patient Evaluation*. Op het gebied van keuze-informatie voor burgers zien we dat er in Denemarken steeds meer aandacht komt voor dit onderwerp. Een recentelijk ontwikkeld initiatief op dit gebied is *Sundhedskvalitet (Health Quality)*.

3.4.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

National Indicator Project (NIP)

De National Indicator Project (NIP) is in 2000 ontwikkeld door de Deense overheid. In samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid en verschillende veldpartijen worden prestatie-indicatoren ontwikkeld om zo verschillende ziekenhuizen in het land met elkaar te kunnen vergelijken. Het project beoogt niet alleen de kwaliteit van de gezondheidszorg te meten en te verbeteren, maar wil ook de kwaliteit van de zorg transparanter maken door het aanbieden van informatie aan consumenten en patiënten. Tussen 2000 en 2002 zijn door de betrokken medische professionals voor zes verschillende aandoeningen (beroerte, heupfractuur, schizofrenie, acute chirurgie, hartfalen, longkanker) indicatorensets ontwikkeld (Mainz et al 2004). Recentelijk zijn daar nog twee aandoeningen aan toegevoegd: diabetes en COPD (informatie verkregen via expert). Een voorbeeld van een indicator op het gebied van beroerte is 'het percentage patiënten met acute hersenberoerte dat binnen 24 uur wordt toegelaten tot de intensive care unit'. Alle ziekenhuizen en andere zorginstellingen die zich bezighouden met deze aandoeningen, zijn verplicht om hun prestaties op de indicatoren kenbaar te maken. Maandelijks worden de resultaten teruggekoppeld aan de ziekenhuizen. De gegevens worden op nationaal niveau, per provincie en per ziekenhuis gepubliceerd, zodat onderlinge vergelijking mogelijk is. Op deze manier wil men patiënten, families, artsen en andere zorgverleners bewust maken van de mate waarin de zorg die men ergens ontvangt of verleent, overeenkomt met de standaard die verwacht mag worden binnen een goed functionerende zorginstelling.

Danish Quality Model (DQM)

In 2001 werd door de overheid het Danish Quality Model geïntroduceerd: een initiatief om bestaande kwaliteitsinitiatieven systematisch te integreren. Met dit model wil men ziekenhuizen in Denemarken certificeren om zodoende de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. De informatie die het DQM levert

is bedoeld voor zowel zorgverleners als consumenten en patiënten en beoogt de gezondheidszorg transparanter te maken. Het reeds eerder genoemde National Indicator Project maakt deel uit van het Danish Quality Model door hen expert knowledge te leveren (informatie verkregen via expert). De resultaten worden gepubliceerd op een recentelijk gecreëerde geïntegreerde web portal voor gezondheidszaken in Denemarken. Deze portal is zowel bedoeld voor professionals als voor het grote publiek. Via de webportal kunnen consumenten onder andere hun eigen medisch dossier inzien.

Danish Health Care Quality Assessment Programme

Dit landelijke initiatief is in 2004 opgericht en beoogt de effectiviteit van klinische zorgpaden te stimuleren om zodoende de kwaliteit van de zorg voor patiënten te vergroten. Het programma richt zich op het vergroten van transparantie en op continue kwaliteitsverbeteringen van alle aspecten die te maken hebben met klinische zorgpaden, zowel tussen als binnen verschillende zorginstellingen. Patiëntervaringen, behandelingsuitkomsten en activiteiten die klinische zorgpaden stimuleren krijgen hierbij extra aandacht. Verder ligt de nadruk op strategische activiteiten die de kwaliteit van de klinische zorgpaden beïnvloeden. Het leveren van kwaliteitsgegevens is in principe verplicht voor alle publiekelijk gefinancierde gezondheidszorginstellingen in Denemarken. Aangezien de Danish Health Care Quality Assessment Programme pas in 2006 is geïmplementeerd is er nog geen sprake van een volledige integratie in het Deense gezondheidszorgsysteem (informatie verkregen via expert).

Unit of Patient Evaluation

De Unit of Patient Evaluation is een organisatie die zich specifiek bezighoudt met de evaluatie van de zorg door patiënten en die onder andere de *Danish National Survey of Patient Experiences* uitvoert. Hiervoor is een werkgroep opgericht bestaande uit onder andere afgevaardigden van de verschillende councils en van het Deense ministerie voor Volksgezondheid. Het doel van deze survey is om vergelijkingen van patiëntenoordelen tussen ziekenhuizen te verkrijgen. Verschillende thema's komen aan de orde, waaronder: patiëntveiligheid, zorg, continuïteit, patiëntbetrokkenheid en wachttijden. Het onderzoek werd in 2000 voor het eerst uitgevoerd en vervolgens in 2002, 2004 en 2006 herhaald. Hierdoor werd het mogelijk om patiëntervaringen over de tijd te vergelijken. De resultaten worden samen met informatie van andere nationale kwaliteitsprojecten gebruikt voor het verbeteren van kwaliteit in ziekenhuizen (informatie verkregen via expert).

3.4.2 Keuze-informatie voor burgers

Hoewel er in Denemarken steeds meer aandacht is voor het kiezen van burgers in de gezondheidszorg, is het aantal concrete initiatieven dat zich richt op het bieden van keuze-informatie vooralsnog beperkt. Wel houdt men zich in Denemarken in toenemende mate bezig met het onderwerp. De genoemde kwaliteitsinitiatieven hebben allemaal als primair doel om (bepaalde aspecten van) de kwaliteit van de zorg te verbeteren en zijn niet ontwikkeld om consumenten te voorzien van keuze-informatie. De gegevens van de NIP zijn echter ook bedoeld om consumenten te laten zien of de zorg die men ergens ontvangt van voldoende niveau is. Ook de Unit of Patient Evaluation publiceert informatie voor consumenten, maar alleen op nationaal niveau zodat vergelijkingen tussen ziekenhuizen niet mogelijk zijn. Verder zijn er inmiddels verschillende websites, zoals *Sundhed.dk*, die patiënten kunnen voorzien van informatie op het gebied van de gezondheidszorg. Het gaat hierbij om informatie met betrekking tot onder andere wachttijden, behandelingsmogelijkheden, nazorg en aantal operaties, van zowel publieke als private ziekenhuizen in Denemarken en een selectie van ziekenhuizen in het buitenland (informatie verkregen via expert). Een recent opgericht initiatief dat specifiek gericht is op de consument is *Sundhedskvalitet (Health Quality)*.

Sundhedskvalitet (Health Quality)

In 2006 is door het ministerie voor Volksgezondheid *Sundhedskvalitet (Health Quality)* geïntroduceerd. Dit is een online scoringssysteem dat de kwaliteit van ziekenhuizen vastlegt. Ziekenhuizen krijgen op basis van dit systeem een aantal sterren toegekend, variërend van 1 tot 5. Hiermee beoogt men patiënten te stimuleren om meer invloed uit te oefenen op hun eigen behandelingen. Door het aanbieden van gegevens over bijvoorbeeld verblijfsduur, het aantal heropnamen en wachttijden, kunnen patiënten ziekenhuizen onderling en met het landelijk gemiddelde vergelijken. De data die hiervoor worden gebruikt zijn afkomstig van bestaande informatiebronnen zoals de National Indicator Project en de National Survey of Patient Experiences. Het initiatief heeft echter al flink wat kritiek over zich afgeroepen. Zo heeft onder andere de Danish Society of Quality in Healthcare verklaard dat het gebruik van dit instrument door consumenten problematisch is vanwege de beperkte validiteit van het scoringssysteem (informatie verkregen via expert).

3.4.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem in Denemarken wordt gekenmerkt door relatief veel initiatief vanuit de overheid. Anderzijds geven de initiatieven veel ruimte voor inbreng van partijen in het veld. Zo is de NIP door de overheid opgericht in samenwerking met wetenschappelijke en beroepsverenigingen. De betrokken professionals hebben samen indicatoren ontwikkeld volgens een transparant proces en ziekenhuizen en andere zorginstellingen zijn verplicht gegevens aan de NIP te leveren. Ook de Danish Health Care Quality Assessment Programme en de Unit Patient Evaluation, zijn beide initiatieven die worden geleid door een werkgroep met onder andere afgevaardigden van het ministerie. Ten aanzien van keuze-informatie voor burgers zijn er zoals gezegd nog weinig concrete initiatieven ontwikkeld. Websites, zoals *Sundhed.dk*, die patiënten kunnen voorzien van (algemene) informatie op het gebied van de gezondheidszorg worden gemaakt in samenwerking met de Deense overheid. Ook lijkt de overheid op het gebied van keuze-informatie een actieve rol te willen gaan spelen, zoals blijkt uit het recentelijk door de overheid opgerichte initiatief *Sundhedskvalitet*.

3.4.4 Het gebruik van prestatiegegevens

De prestatie-informatie die in Denemarken wordt aangeboden is in eerste instantie bedoeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Om dit te bereiken hebben de overheid, de verschillende regio's en ziekenhuizen onderling afspraken met elkaar gemaakt over het gebruik van de kwaliteitsinformatie. In hoeverre de verschillende partijen de kwaliteitsinformatie ook daadwerkelijk (systematisch) gebruiken is onbekend, maar duidelijk is dat er in ieder geval grote verschillen tussen ziekenhuizen bestaan (informatie verkregen via expert). Over het gebruik van kwaliteitsinformatie door consumenten is nog weinig bekend. Wat betreft de toegenomen keuzemogelijkheden voor burgers, bleek in 2002 (Dixon & Mossialos 2002) dat nog slechts weinig patiënten gebruik maakten van de mogelijkheid om een ziekenhuis buiten de grenzen van de eigen provincie te kiezen. In de laatste jaren zou er echter sprake zijn van een stijging (Bech 2004).

3.5 Duitsland

Kwaliteit van de gezondheidszorg is een onderwerp dat in Duitsland veel aandacht krijgt. Verschillende organisaties houden zich bezig met de kwaliteit van de zorg en maken gebruik van indicatoren om de kwaliteit van de zorg vast te leggen. Bekende organisaties op dit gebied zijn de *Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)*, de *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*, de *Bertelsmann Stiftung* en het *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*. Hoewel keuzevrijheid in de zorg in Duitsland een belangrijk gegeven is (RVZ 2003), staat keuze-informatie voor burgers ook in Duitsland nog in de kinderschoenen. Er zijn enkele initiatieven om burgers te voorzien van gezondheidsinformatie, maar gegevens over prestaties van zorgaanbieders zijn slechts zeer beperkt beschikbaar.

3.5.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)

De Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) is een door de overheid ingestelde onafhankelijke organisatie die zich op nationaal niveau bezighoudt met het meten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Sinds 2001 is de organisatie verantwoordelijk voor klinische prestatiemetingen in het Duitse gezondheidszorgsysteem. Hiervoor verzamelt BQS aan de hand van prestatie-indicatoren gegevens bij ziekenhuizen, welke verplicht zijn om hieraan mee te werken. Indien ziekenhuizen de gegevens niet (op tijd) aanleveren krijgen zij een boete. De resultaten worden door BQS in de vorm van kwaliteitsrapporten met concrete aanbevelingen aan de ziekenhuizen teruggekoppeld. Ziekenhuizen kunnen hiermee hun eigen prestaties vergelijken met andere zorginstellingen in Duitsland.

BQS werkt samen met verschillende andere organisaties, zoals: Bundesärztekammer (BÄK) (vereniging voor artsen), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Duitse vereniging van ziekenhuizen), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (organisatie van private verzekeringen) en patiënten- en consumentenorganisaties. Waar de BQS op nationaal niveau verantwoordelijk is voor kwaliteitsmeting, worden de taken op regionaal niveau uitgevoerd door de *Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS)*. Dit zijn per deelstaat opgesplitste onderdelen van BQS.

De ontwikkeling van indicatoren gebeurt door expert teams bestaande uit artsen, informatiedeskundigen en epidemiologen. Deze expert teams werken nauw

samen met zg. Fachgruppen. Dit zijn teams van specialisten en verpleegkundigen die per specialisme zijn gevormd met daarnaast afgevaardigden van zorgverzekeraars en patiënten. In 2004 werden 212 indicatoren gebruikt in de BQS national survey; in 2005 waren dit er 169.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

De Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) is op nationaal niveau belast met de kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg. De G-BA bepaalt de eisen waaraan ziekenhuizen minimaal moeten voldoen en heeft hiermee de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid. Hiervoor is een subcomité voor klinische prestatiemeting opgericht die G-BA advies geeft over alles wat te maken heeft met de verplichte prestatiemetingen in ziekenhuizen. Tot op heden heeft BQS, in opdracht van G-BA, de kwaliteitsmetingen in ziekenhuizen uitgevoerd. Ziekenhuizen die niet aan de eisen voldoen kunnen door de G-BA uitgesloten worden voor vergoeding door de zorgverzekeraar van de betreffende behandeling.

Bertelsmann Stiftung

Een andere organisatie die zich onder meer richt op de kwaliteit van de Duitse gezondheidszorg is de Bertelsmann Stiftung. Doel van de projecten is om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de transparantie in de gezondheidszorg te vergroten. Zo voert men jaarlijks de 'gezondheidsmonitor' uit die inzicht verschaft in de gezondheidszorg in Duitsland. Hiervoor vraagt men op regelmatige basis individuele gebruikers en medische professionals naar hun ervaringen en behoeften op het gebied van de gezondheidszorg.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) is een in 2004 opgericht onafhankelijk wetenschappelijk instituut dat zich bezighoudt met het evalueren van de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg. Het primaire doel van IQWiG is het verbeteren van kwaliteit van de Duitse gezondheidszorg door het stimuleren van *evidence based* beslissingen in de gezondheidszorg. Hiervoor houdt men zich onder andere bezig met de evaluatie van diagnostische tests en klinische richtlijnen volgens de principes van *evidence based medicine*. IQWiG beoogt bovendien de gezondheidszorg transparanter te maken door gezondheidsinformatie aan consumenten en patiënten aan te bieden (zie ook keuze-informatie voor burgers).

3.5.2 Keuze-informatie voor burgers

Het Duitse systeem van de gezondheidszorg kenmerkt zich door relatief veel keuzevrijheid voor burgers (Groenewoud et al 2006, RVZ 2003). Toch bestaat er in Duitsland nog weinig aandacht voor het bieden van keuze-informatie om zodoende burgers te ondersteunen bij het maken van keuzen in de zorg (informatie verkregen via expert). De activiteiten van BQS op het gebied van kwaliteitsmeting en indicatoren zijn primair bedoeld om zorgverleners inzicht te verschaffen in de prestaties van hun ziekenhuizen. BQS mag geen gegevens over individuele ziekenhuizen publiceren. De gegevens worden daarom in anonieme vorm gepresenteerd en kunnen zodoende niet als keuze-informatie voor burgers fungeren. Echter, ziekenhuizen zouden in de laatste twee jaar zelf steeds meer prestatie-informatie naar buiten brengen (informatie verkregen via expert). Verder zijn er twee bekende websites die gezondheids(zorg)informatie voor consumenten aanbieden: *Gesundheitsinformation* en *Patienten-information*. Een ander 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*.

Gesundheitsinformation (IQWiG)

Gesundheitsinformation is een website die wordt uitgegeven door het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). De website is in 2006 gelanceerd en geeft *evidence-based* informatie over allerlei ziekten en behandelingen bestemd voor patiënten en consumenten. Feitelijke informatie over kwaliteitsinformatie over individuele ziekenhuizen in Duitsland wordt echter niet gegeven.

Patienten-information (ÄZQ)

Patienten-information is een website die is opgericht door patiëntenorganisaties in samenwerking met de *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)*, een onafhankelijke non-profit organisatie die zich onder meer richt op de ontwikkeling van instrumenten om patiëntparticipatie in kwaliteitsinitiatieven te vergroten. *Patienten-information* biedt overzichten met op kwaliteit getoetste gezondheidsinformatie over meer dan 1000 verschillende ziekten. Daarnaast is er onder meer informatie te vinden over het beoordelen en het gebruik van de beschikbare patiënteninformatie. Ook hier ontbreken echter kwaliteitsgegevens over individuele ziekenhuizen.

Weisse Liste (Bertelsmann Stiftung)

Een van de doelen van de Bertelsmann Stiftung is om eraan bij te dragen dat consumenten kunnen beschikken over adequate transparante informatie over de kwaliteit van de zorg die wordt geboden. Om dit te bereiken is de Bertelsmann Stiftung gestart met het project de *Weisse Liste* (informatie verkregen via expert). Doel van dit project is het ontwikkelen van een uitgebreid informatiesysteem met betrouwbare informatie op het gebied van kwaliteit van de zorg. Hierbij streeft men naar zoveel mogelijk transparantie ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg en naar onafhankelijke en uitgebreide informatie voor patiënten die is afgestemd op de wensen van verschillende gebruikersgroepen. Via de website *weisse-liste.de* zal de kwaliteitsinformatie uiteindelijk (naar verwachting in 2008) worden aangeboden.

3.5.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

De kwaliteitsinitiatieven in Duitsland worden voor een groot deel door de overheid geïnitieerd en gefinancierd. Anderzijds worden de kwaliteitsinitiatieven vaak aangestuurd door veldpartijen die hierbij relatief veel invloed hebben. Een belangrijk kenmerk van het Duitse gezondheidszorgsysteem is namelijk de rol die wordt toebedeeld aan onafhankelijke koepelorganisaties van artsen en verzekeraars (informatie verkregen via expert). Het hoogste beslissingsorgaan hierbij is de *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*, die volgens de wet onder andere belast is met kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg. In het kader van de hervormingen is het de bedoeling dat er op korte termijn een nieuwe onafhankelijke, door de overheid gefinancierde organisatie wordt gevormd die belast is met prestatie-meting en rapportage in alle sectoren van de zorg. Het is nog niet duidelijk hoe deze organisatie er precies uit zal zien, maar het ziet er naar uit dat ook hierin onafhankelijke organisaties van artsen en verzekeraars een belangrijke rol zullen spelen (informatie verkregen via expert).

3.5.4 Het gebruik van prestatiegegevens

De kwaliteitsinitiatieven in Duitsland zijn primair bedoeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. In hoeverre er werkelijk een kwaliteitsimpuls uit gaat van deze initiatieven is niet bekend. Ziekenhuizen zijn in Duitsland echter verplicht om gegevens aan BQS te leveren en in 2005 bleek 98% van de ziekenhuizen aan deze eis te hebben voldaan (informatie verkregen via expert). Bovendien kunnen ziekenhuizen worden gekort in vergoedingen door G-BA als ze niet aan bepaalde prestaties voldoen. Hierdoor zal de druk om aan bepaalde kwaliteitsei-

sen te voldoen in ieder geval toenemen.

Zoals gezegd is er voor burgers nog weinig keuze-informatie beschikbaar. Bovendien zou de beperkte informatie die er is weinig gebruiksvriendelijk zijn (informatie verkregen via expert). Patiënten blijken zelf ook van mening dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om de door hun wenselijk geachte informatie te verkrijgen (Schaeffer 2006). Verder blijkt dat patiënten bij het inwinnen van informatie over ziekenhuizen vooral gebruik maken van hun behandelend arts en hun sociale netwerk. Oorzaak hiervoor is onder meer het ontbreken van andere goede mogelijkheden om te komen aan gebruiksvriendelijke informatie die door patiënten als betrouwbaar wordt ervaren (Schaeffer 2006).

3.6 Engeland

In Engeland houdt men zich al sinds halverwege de jaren tachtig bezig met prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Ten aanzien van het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren is het Engelse *Star rating system* het bekendste initiatief. Een recenter initiatief om de kwaliteit van de 'primary care trusts' te meten is de *Quality and Outcomes Framework*. Naast het meten van kwaliteit ten behoeve van kwaliteitsverbetering heeft Engeland, als een van de weinige landen, al veel ervaring met het bieden van keuze-informatie aan consumenten. Hiervan is *Dr Foster* het meest bekend. Een ander voorbeeld van een initiatief dat specifiek is ontwikkeld voor consumenten is *Your GP Guide*.

3.6.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

Star rating system

De *Healthcare Commission (HC)* (voorheen de *Commission for Health Improvement (CHI)*) is in Engeland het belangrijkste instituut op het gebied van het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg van de NHS (National Health Services) trusts (onder te verdelen in acute hospital trusts en primary care trusts). Deze organisatie is onder andere belast met het meten van de prestaties van de gezondheidszorg, met behulp van het zg. *Star rating system*. Het *Star rating system* is in 2000 opgericht door het ministerie van Volksgezondheid. Aan elk ziekenhuis wordt een beoordeling gegeven, variërend van 0 tot 3 sterren, die het presteren van de ziekenhuizen weergeeft. De beoordeling is gebaseerd op een set van indicatoren, die afgeleid zijn van het '*Performance Assessment Framework*' (PAF). Naast indicatoren,

bepaalt de mate waarin men bepaalde kerndoelen heeft gerealiseerd, het aantal sterren dat men krijgt toebedeeld. Belangrijk kenmerk van het Engelse *Star rating system* is dat er directe financiële en niet-financiële consequenties verbonden zijn aan de beoordeling die een zorginstelling krijgt.

Hoewel na invoering van het *Star rating system* een flinke verbetering was te zien in de kwaliteit van de gezondheidszorg, bracht het systeem ook negatieve effecten met zich mee. Het aantal sterren dat een ziekenhuis kreeg toebedeeld, bleek weinig indicatief voor de geleverde kwaliteit van een ziekenhuis (Rowan et al 2004). Ziekenhuizen zouden door het systeem veel tijd en aandacht besteden aan het realiseren van de kerndoelen en veel minder aan andere aspecten van zorg. In de loop van de tijd is het *Star rating system* daarom aangepast. Zo werd er later een 'audit' aan het systeem toegevoegd, om te controleren of de prestaties op de kerndoelen een afspiegeling vormden voor de totale prestaties en werd de geleverde zorg gemeten via de 'annual health check'. De acute and primary care trusts moeten hun prestaties nu elk kwartaal publiceren, zodat patiënten de plaatselijke ziekenhuizen kunnen vergelijken op kwaliteit en deze informatie kunnen betrekken bij hun keuzen (Ankoné 2006).

Quality and Outcomes Framework (QOF)

De Primary care trusts (gezondheidsorganisaties die op regionaal niveau de eerstelijnszorg regelen) zijn zelf ook betrokken bij het meten van kwaliteit van de zorg die door hen wordt geleverd. Een belangrijk initiatief in dit kader is de *Quality and Outcomes Framework* dat is ontstaan in 2004. Met de QOF kunnen huisartspraktijken via een contract met de overheid extra financiële vergoedingen krijgen wanneer zij een hoge kwaliteit van zorg leveren. Op deze manier beoogt de QOF door middel van het toekennen van beloningen de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met behulp van een complexe set van kwaliteitsindicatoren (klinische, organisatiegerichte en patiëntgerichte aspecten van de zorg) wordt de kwaliteit van de zorg beoordeeld (Roland 2004). Het puntensysteem dat hieraan ten grondslag ligt betreft een complexe formule waarin zowel rekening wordt gehouden met de grootte van de praktijk als met de prevalentie in elke praktijk van de condities die in het raamwerk worden meegenomen.

3.6.2 Keuze-informatie voor burgers

Op het gebied van het bieden van keuze-informatie voor burgers heeft Engeland reeds veel ervaring opgebouwd. Het bekende *Star rating system* is in principe

niet bedoeld voor de consument, maar is ontwikkeld voor beleidsmakers, zorg-aanbieders en managers. Consumenten kunnen echter ook gebruikmaken van de informatie over het presteren van de NHS Trusts. Daarnaast zijn er nog enkele websites die gezondheidsinformatie voor patiënten aanbieden zoals *NHS Direct* en *Patient UK*. De prestatie-informatie van de QOF is voor consumenten en patiënten beschikbaar via *Your GP Guide*. Het bekendste initiatief dat specifiek is ontwikkeld voor consumenten is *Dr Foster*.

Dr Foster

Dr Foster is een privaat initiatief opgericht in 2001 dat speciaal ontwikkeld is voor de consument. Door het bieden van keuze-informatie beoogt men uiteindelijk de kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren. Via internet wordt vergelijkende informatie over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorginstellingen aangeboden. Het gaat om zowel medisch inhoudelijke informatie als om kwaliteitsgegevens. De gegevens worden verkregen via verschillende bronnen, zoals het ministerie, de individuele trusts en artsen (Little 2002). *Dr Foster* was het eerste initiatief dat gericht was op het aanbieden van vergelijkende keuze-informatie voor consumenten. Sinds februari 2006 is *Dr Foster Intelligence* opgericht, een publiek-privaat initiatief waarin *Dr Foster* en de Information Centre for health and social care gezamenlijk participeren.

Your GP guide

Your GP guide is een website die specifiek bedoeld is om patiënten informatie te bieden over huisartspraktijken. Men kan beschrijvende informatie over een praktijk zoeken, maar ook verschillende praktijken vergelijken op het gebied van kwaliteit. De prestatie-informatie die gebruikt wordt is voor een deel afkomstig van de QOF. Verder is de site onder andere gebaseerd op onderzoek van de *National Primary Care Research & Development Centre*, waarin onder andere werd gekeken welk type informatie patiënten als zinvol beoordelen bij het vergelijken van huisartspraktijken. Op dit moment doen pas enkele praktijken mee met dit initiatief, zodat het nu nog meer de vorm heeft van een demonstratiesite (informatie verkregen via expert).

3.6.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

Het Engelse kwaliteitssysteem van de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door relatief veel invloed en sturing vanuit de overheid. Door middel van het Star rating system was de overheid al vroeg betrokken bij het meten van kwaliteit van zorg met behulp van indicatoren. Belangrijk kenmerk van dit initiatief is dat de over-

heid hierbij ook (financiële) consequenties aan het presteren van ziekenhuizen verbond. Ook in het recentere Quality and Outcomes Framework (QOF) speelt de overheid een belangrijke rol door het aangaan van contracten met huisartspraktijken. Naast deze initiatieven is er het private initiatief *Dr Foster*, dat vergelijkende kwaliteitsinformatie voor patiënten aanbiedt. Sinds februari 2006 is *Dr Foster* een samenwerkingsverband aangegaan met de Information Centre for health and social care in de vorm van *Dr Foster Intelligence* (privaat-publiek initiatief). De websites met gezondheidsinformatie voor consumenten, zijn soms op initiatief van de overheid ontwikkeld (zoals *NHS Direct*), terwijl het in andere gevallen particuliere initiatieven betreft (zoals *Patient UK*).

3.6.4 Het gebruik van prestatiegegevens

De gegevens die door het *Star rating system* worden geboden, zijn bedoeld voor beleidsmakers en zorgaanbieders en lijken ook door hen te worden gebruikt. Hoewel er flinke kritiek is op het Star rating system is er ook bewijs dat het publiceren van de prestatie-informatie een positief effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg (informatie verkregen via expert). Na invoering van het systeem is de gerapporteerde kwaliteit van de gezondheidszorg duidelijk omhoog gegaan (Bevan & Hood 2006). Ten aanzien van het gebruik van prestatiegegevens van het Star rating system door consumenten bestaat echter nog weinig overtuigend bewijs. De meeste consumenten bleken niet op de hoogte te zijn van de Star rating die hun eigen, lokale ziekenhuis had gekregen. Bovendien wantrouwden de burgers de beoordelingen, voornamelijk vanwege een algemeen wantrouwen van informatie afkomstig van de overheid (Magee et al 2003).

De *Quality and Outcomes Framework (QOF)* is vrij recentelijk opgericht, waardoor een systematische evaluatie van het gebruik van de gegevens vooralsnog ontbreekt. Vanwege de grootte van de financiële beloningen van het QOF bestaat er echter weinig twijfel dat huisartsen in Engeland op het QOF systeem zullen reageren (Roland 2004). De site van *Your GP Guide*, die voor een deel gebruikt maakt van de metingen van QOF, is nog in de beginfase. Momenteel maakt slechts een beperkt deel van het totaal aantal praktijken deel uit van *Your GP Guide* en is er nog geen informatie beschikbaar over het gebruik van de prestatiegegevens (informatie verkregen via expert).

Dr Foster is een initiatief speciaal ontwikkeld voor de consument en is inmiddels uitgegroeid tot de bekendste keuzesite van Engeland. Hoewel de site een grote

bekendheid heeft, is er nog weinig onderzoek gedaan naar het feitelijke gebruik. Uit een eerder onderzoek blijkt dat consumenten over het algemeen meer tevreden zijn over Dr Foster dan over het Star rating system (Magee et al 2003). Consumenten vonden de gegevens van Dr Foster gebruiksvriendelijker en meer gedetailleerd en lokaal relevant dan die van het Star rating system. Bovendien vond men het belangrijk dat Dr Foster niet een overheidsinitiatief betreft. Een deel van de consumenten bleek echter wel moeite te hebben met de interpretatie van de gegevens. Over de mate waarin consumenten *Dr Foster Intelligence* gebruiken is nog geen informatie beschikbaar.

Over het algemeen lijken consumenten in Engeland de informatie nog niet echt te betrekken bij het maken van keuzen op het gebied van de gezondheidszorg. Dit hangt mogelijk ook samen met de feitelijke keuzemogelijkheden van de Engelse burger. Hoewel men in Engeland de laatste jaren veel aandacht heeft besteed aan het terugdringen van bureaucratie en het integreren van wensen en behoeften van de bevolking in het gezondheidszorgsysteem, is de feitelijke keuzevrijheid van patiënten nog steeds gering (RVZ 2003). Ook het onderzoek van (Magee et al 2003) liet zien dat een deel van de consumenten er niet van overtuigd was überhaupt een keuze te hebben.

3.7 Verenigde Staten

De Verenigde Staten hebben al jarenlange ervaring met het werken met prestatie-indicatoren en hebben diverse initiatieven ontplooid om de kwaliteit van de gezondheidszorg zichtbaar te maken. Vijf bekende organisaties /initiatieven op dit gebied zijn: de *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, de *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, de *National Committee for Quality Assurance (NCQA)* en de *Quality Indicator Project (QIP)*. Net als in Engeland heeft men in de Verenigde Staten al veel ervaring met het bieden van keuze-informatie aan burgers. Enkele bekende initiatieven op dit gebied zijn: *Hospital Quality Alliance (HQA)* en websites zoals *Healthgrades*, *Leapfrog* en *Healthfinder*.

3.7.1 Het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

De Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) is een belangrijk onder-

zoeksinstituut op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is in 1989 opgericht onder de naam Agency for Health Care Policy and Research (AHCP) en is in 1999 veranderd in de AHRQ. De AHRQ beoogt de kwaliteit, veiligheid, efficiëntie en effectiviteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Door het aanbieden van gezondheidsinformatie wil men consumenten en anderen in staat stellen om geïnformeerde keuzes te maken op het gebied van de gezondheidszorg en daarnaast de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren. De informatie is bedoeld voor patiënten, consumenten, zorgverleners, beleidsmakers en onderzoekers. Een van de aandachtspunten van de AHRQ is om patiënten en consumenten een actievere rol te laten spelen ten aanzien van hun eigen gezondheid en de zorg die men ontvangt. Hiervoor heeft de AHRQ verschillende rapporten gepubliceerd, waaronder: 'Guide to Health Care Quality: How to Know it When You See it' and 'Next Steps After Your Diagnosis'.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

De Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) is een onafhankelijke, non-profit organisatie die is opgericht in 1951. De organisatie is onder andere belast met het evalueren en accrediteren van gezondheidsorganisaties in de Verenigde Staten. Hiermee beoogt men de kwaliteit van de geleverde zorg en veiligheid van patiënten op continue basis te verbeteren. Voor het accrediteren van ziekenhuizen maakt de JCAHO gebruik van een set prestatie-indicatoren. Ziekenhuizen zijn verplicht deze set van indicatoren te gebruiken, waardoor het mogelijk is om instellingen met elkaar te vergelijken. De gegevens zijn niet bedoeld voor het grote publiek en worden niet openbaar gemaakt.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

De Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) maakt deel uit van het Department of Health and Human Services (HHS) en is verantwoordelijk voor de verzekering van een deel van de Amerikaanse bevolking. De CMS heeft verschillende kwaliteitsinitiatieven ontwikkeld. Momenteel zijn er initiatieven ontwikkeld op het gebied van ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en dialyse-instellingen. Deze initiatieven hebben tot doel om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren en om consumenten informatie te verschaffen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

National Committee for Quality Assurance (NCQA)

Een vierde bekende organisatie op het gebied van kwaliteit van de gezondheidszorg is de National Committee for Quality Assurance (NCQA). De NCQA is een

onafhankelijke, non-profit organisatie die zich bezighoudt met het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Teneinde de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen richt men zich op twee activiteiten: accreditatie van Managed Care Organizations (MCO's) en het meten van prestaties (report cards). Beide dragen bij aan het produceren van bruikbare, begrijpelijke informatie op basis waarvan weloverwogen keuzes op het gebied van de zorg kunnen worden gemaakt. Voor het meten van prestaties wordt door bijna alle health plans gebruik gemaakt van the Health Employer Data and Information Set (HEDIS), een instrument waarmee belangrijke dimensies van zorg en service kunnen worden gemeten. De resultaten hiervan worden gebruikt voor het opstellen van de Health Plan Report Cards, waarmee de Health Plans onderling vergeleken kunnen worden.

Quality indicator Project (QIP)

Een vijfde initiatief dat bekend is in de Verenigde Staten is de Quality Indicator Project (QIP). Dit project is in 1985 opgericht door de Maryland Hospital Association (MHA). Men wilde - aanvankelijk alleen in de staat, maar later ook in het hele land en zelfs daarbuiten - prestaties van ziekenhuizen meten met als uiteindelijk doel de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Hiervoor gebruikt men een set van indicatoren die is ontwikkeld door medische professionals en die continu geëvalueerd en zonodig verbeterd wordt. De gegevens worden op vrijwillige basis door ziekenhuizen geleverd en per kwartaal door de QIP teruggekoppeld. De prestatiegegevens zijn niet bedoeld voor het publiek en worden niet openbaar gemaakt. Hoewel de QIP onder eigen naam geen prestatiegegevens voor de burgers beschikbaar stelt, levert het data aan verschillende andere projecten die wel gegevens openbaar maken, zoals de Hospital Quality Alliance (zie keuze-informatie voor burgers).

3.7.2 Keuze-informatie voor burgers

De Verenigde Staten zijn al langer bezig met het bieden van keuze-informatie en burgers hebben dan ook verschillende mogelijkheden voor het verkrijgen van informatie op het gebied van de gezondheidszorg (informatie verkregen via expert). Hoewel de AHRQ veel informatie voor consumenten publiceert, betreft het hier geen keuze-informatie. De JCAHO en de QIP zijn beide niet primair gericht op het verstrekken van informatie aan consumenten, maar leveren gegevens aan andere projecten, die wel in deze behoefte voorzien. NCQA biedt informatie aan over specifieke health plans en over de kwaliteit van zorg van aanbieders binnen een health plan. CMS heeft verschillende kwaliteitsinitiatieven ontwikkeld, die

onder andere tot doel hebben de gezondheidszorg transparanter te maken en consumenten te voorzien van informatie op het gebied van de gezondheidszorg. Deze initiatieven richten zich op vier gebieden: ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en dialyse-instellingen. Een bekend samenwerkingsverband dat deel uitmaakt van de kwaliteitsinitiatieven op het gebied van ziekenhuizen is de Hospital Quality Alliance (HQA). Daarnaast zijn er diverse websites die in deze behoefte proberen te voorzien, zoals: Healthgrades, Leapfrog en Healthfinder.

Hospital Quality Alliance (HQA)

De Hospital Quality Alliance (HQA) was het eerste initiatief in de Verenigde Staten dat op nationaal niveau gedetailleerde vergelijkende informatie over het presteren van individuele ziekenhuizen aanbood (Jha et al 2005). Het doel van de Hospital Quality Alliance is om het publiek te voorzien van valide en betrouwbare informatie op basis waarvan de geleverde kwaliteit van de gezondheidszorg kan worden afgeleid. Het is een samenwerkingsverband van JCAHO met CMA en diverse andere organisaties. Hiervoor maakt HQA voor een deel gebruik van indicatoren die door JCAHA zijn ontwikkeld. Hoewel participatie in het project op vrijwillige basis gebeurt, worden ziekenhuizen die de gegevens niet (op tijd) aanleveren, gekort in vergoeding van behandelingen door CMS (Mason & Street 2006). Als gevolg hiervan leveren vrijwel alle ziekenhuizen hun gegevens op tijd (Colmers 2007).

Een belangrijk element van het samenwerkingsverband van de HQA is *Hospital Compare*, een website waarop de vergelijkende kwaliteitsinformatie voor consumenten wordt gepresenteerd. Op dit moment omvat Hospital Compare twintig indicatoren, waarvan tien 'starter-set measures'. Ziekenhuizen die meedoen zijn verplicht deze beperkte set van indicatoren beschikbaar te stellen en mogen daarnaast op vrijwillige basis nog gegevens op andere indicatoren leveren. Een belangrijk kenmerk van Hospital Compare is dat de gebruikte metingen een breed draagvlak hebben omdat ze door zowel CMS en ziekenhuizen als door organisaties zoals JCAHO en AHRQ zijn goedgekeurd en vooraf zijn gegaan aan jarenlange testen op validiteit en betrouwbaarheid. In de toekomst zullen er nog meer kwaliteitsmetingen aan worden toegevoegd.

Healthgrades

Healthgrades is een particulier initiatief dat kwaliteitsbeoordelingen en profielschetsen van ziekenhuizen, verpleeghuizen en artsen beschikbaar stelt voor consumenten, ziekenhuizen en andere gezondheidsorganisaties. Het is opgericht in 1999 en heeft als primaire doel om consumenten te helpen bij het vinden van goede, veilige zorg.

Leapfrog

Dit particuliere initiatief beoogt door middel van het bieden van kwaliteitsinformatie burgers te ondersteunen bij het maken van weloverwogen keuzes in de zorg en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door het bieden van beloningen aan zorgaanbieders. De website biedt vergelijkende informatie over kwaliteit van ziekenhuizen en patiëntveiligheid. Deze informatie wordt op vrijwillige basis door ziekenhuizen aangeleverd.

Healthfinder

Healthfinder is een website voor burgers die is ontwikkeld door het ministerie van Volksgezondheid. De website biedt veel gezondheidsinformatie en maakt het mogelijk om kwaliteitsvergelijkingen te maken van het zorgaanbod.

3.7.3 Rolverdeling in kwaliteitssysteem

In de Verenigde Staten bestaan naast publieke initiatieven relatief veel initiatieven vanuit private partijen. Daarnaast zijn er samenwerkingsverbanden waarin veel verschillende partijen vertegenwoordigd zijn, zoals ziekenhuizen, beroepsorganisaties, verzekeraars, consumentenorganisaties en de overheid. Een voorbeeld hiervan is CMS die als overheidsinstelling in het samenwerkingsverband HQA zit met JCAHO en diverse andere organisaties. De Quality Indicator Project (QIP) is een voorbeeld van een project dat niet door de overheid is geïnitieerd, maar door een zevental ziekenhuizen in Maryland. De QIP is zelf verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de indicatoren, evenals voor het analyseren van de gegevens en terugrapporteren aan ziekenhuizen. Gegevens zijn bedoeld voor interne kwaliteitsverbetering en worden dan ook niet naar buiten gebracht. Websites met gezondheids- en kwaliteitsinformatie zijn ofwel particulier (zoals Healthgrades en Leapfrog) ofwel vanuit de overheid geïnitieerd (Healthfinder).

3.7.4 Het gebruik van prestatiegegevens

Hoewel er in de Verenigde Staten al relatief lang keuze-informatie voor consumenten beschikbaar is, blijkt ook hier dat consumenten nauwelijks gebruik maken van deze prestatie-informatie bij het maken van keuzes (Beaulieu 2002, Hibbard et al 2005a, Marshall et al 2000a, Schneider & Lieberman 2001). Echter, dit aantal zou langzaam maar zeker aan het stijgen zijn (informatie verkregen via expert). Bovendien heeft het publiceren van prestatie-informatie wel effect op de beoordeling van de kwaliteit van individuele ziekenhuizen door consumenten (Hibbard et al 2005a).

Eerder onderzoek liet zien dat ook purchasers in het kader van hun zorginkoopactiviteiten weinig gebruik maakten van de prestatie-informatie (Gabel et al 1998, Maxwell et al 1998). Of dit nog steeds het geval is onduidelijk. Ziekenhuizen lijken wel te reageren op de prestatie-informatie (Marshall et al 2000b). Na het publiekelijk maken van prestatie-informatie over ziekenhuizen bleek men extra moeite te doen om de kwaliteit van de zorg in de gerapporteerde gebieden te verbeteren, met als belangrijke reden angst voor een slecht imago van het ziekenhuis (Hibbard et al 2003). Net als in Engeland geldt hier dat het aanbieden van informatie over het presteren van zorginstellingen, in ieder geval lijkt te zorgen voor kwaliteitsverbetering van de zorg (Hibbard et al 2003, Hibbard et al 2005b).

3.8 Conclusie

Het meten van prestaties in de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren, krijgt in alle geselecteerde landen relatief veel aandacht. In zowel Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland als de Verenigde Staten houden meerdere organisaties naast elkaar zich bezig met het meten van kwaliteit. Het merendeel van de initiatieven heeft als primair doel de kwaliteit van de gezondheidszorg zichtbaar te maken en te verbeteren en de gezondheidszorg transparanter te maken. Daarnaast wordt door sommige organisaties gebruik gemaakt van indicatoren ten behoeve van accreditatie. Verschillen tussen de initiatieven zijn er bijvoorbeeld ten aanzien van het niveau waarop de prestatie-informatie wordt gepresenteerd (landelijk, regionaal, per ziekenhuis) en in het al dan niet openbaar maken van gegevens.

In vergelijking met Nederland heeft men alleen in Engeland en de Verenigde Staten meer aandacht voor het bieden van keuze-informatie aan consumenten. In Australië, Canada, Denemarken en Duitsland houdt men zich wel in toenemende mate bezig met het onderwerp, maar bestaan er nog nauwelijks initiatieven die specifiek zijn ontwikkeld om consumenten te voorzien van keuze-informatie. Sommige initiatieven die in eerste instantie bedoeld zijn voor kwaliteitsverbetering, hebben ook als doel om consumenten informatie te verschaffen over het presteren van de gezondheidszorg. Vergelijkende consumenteninformatie die specifiek bedoeld is om consumenten te ondersteunen bij het maken van weloverwogen keuzes in de zorg, wordt echter vooral in Engeland en de Verenigde Staten aangeboden.

Ten aanzien van de rolverdeling in het kwaliteitssysteem zien we dat de invloed van de overheid in de kwaliteitsinitiatieven varieert tussen de landen. Waar we in Australië, Canada, Denemarken en Duitsland met name initiatieven zien die worden geïnitieerd door de overheid, bestaan in Engeland en de Verenigde Staten publieke en private initiatieven op het gebied van keuze-informatie naast elkaar. Daarnaast zien we met name in de Verenigde Staten samenwerkingsverbanden waarin zowel private als publieke partijen vertegenwoordigd zijn. De landen verschillen ook van elkaar in de mate waarin de overheid de kwaliteitsinitiatieven aanstuurt. Waar de overheid in Engeland bijvoorbeeld veel sturing geeft, worden de initiatieven in bijvoorbeeld Duitsland en de Verenigde Staten meer aangestuurd door partijen uit het veld.

Vanwege de jarenlange ervaring van zowel Engeland als de Verenigde Staten op het gebied van het publiekelijk maken van prestatie-informatie en in het bijzonder keuze-informatie voor consumenten, is er in deze landen ook het meest bekend over het gebruik en de implicaties van deze informatie. Over het algemeen lijken consumenten steeds meer op de hoogte te zijn van de prestatie-informatie, maar bestaat er nog weinig overtuigend bewijs dat men de informatie ook echt gebruikt bij het maken van keuzen. Wel wordt steeds duidelijker dat het openbaar maken van prestatie-informatie de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede komt. Welke lessen Nederland kan trekken uit de kennis en ervaringen in deze landen op het gebied van keuze-informatie, komt in de conclusie aan de orde.

4 CONCLUSIE

Met deze studie werd beoogd de internationale kennis over en de ervaringen met het systematisch meten van de kwaliteit van de zorg en keuze-informatie voor burgers maximaal te benutten door te leren van andere landen. In dit hoofdstuk worden de voor- en nadelen van de diverse systemen besproken en worden conclusies getrokken over de lessen die Nederland hieruit kan trekken (paragraaf 4.1). Het hoofdstuk wordt afgesloten met suggesties voor mogelijkheden voor samenwerking of kennisuitwisseling met andere landen (paragraaf 4.2).

4.1 Lessen voor Nederland

De zes landen die in deze studie zijn betrokken zijn allemaal relatief ervaren op het gebied van het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Op het terrein van het bieden van keuze-informatie aan consumenten, zijn het vooral Engeland en de Verenigde Staten die hier al ruime tijd ervaring mee hebben. In Australië, Canada, Denemarken en Duitsland zijn nog weinig concrete initiatieven ontplooid om burgers te ondersteunen bij het maken van keuzen, hoewel men zich wel steeds meer met het onderwerp bezighoudt. Op basis van de kennis over en ervaringen in andere landen met het meten van kwaliteit en keuze-informatie voor consumenten, kan een aantal lessen getrokken worden voor het verder ontwikkelen van keuze-informatie in Nederland.

1. Wel of niet aanbieden van keuze-informatie?

In landen waar al relatief veel ervaring bestaat met het bieden van keuze-informatie (Engeland en de Verenigde Staten) bestaat er nog weinig bewijs dat burgers de keuze-informatie die wordt geboden ook daadwerkelijk gebruiken. Een discussiepunt dat in Nederland leeft is of het dan überhaupt wel zinvol is om keuze-informatie voor consumenten beschikbaar te stellen. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat consumenten meer keuzevrijheid en het verkrijgen van keuze-informatie wenselijk vinden e.g. (RVZ 2003, Van Linschoten et al 2004). Bovendien leert de ervaring in andere landen ons dat het openbaar maken van prestatie-informatie leidt tot een verbetering in de kwaliteit van zorg. Zo heeft zowel in Engeland als in de Verenigde Staten het publiekelijk maken van kwaliteitsinformatie een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van verbeteringen e.g. (Bevan & Hood 2006, Hibbard et al 2003, Hibbard et al 2005b). En ook in Canada zijn er aanwijzingen voor een verbetering in de kwaliteit van de geleverde zorg na

het publiceren van prestatie-informatie (Canadian Institute for Health Information (CIHI) et al 2003). Onafhankelijk van de vraag of (alle groepen) consumenten de informatie willen en kunnen gebruiken, betekent dit dat consumenten kunnen profiteren van een verbetering van de kwaliteit van zorg. In de andere landen wordt het bieden van prestatie-informatie dan ook niet zozeer gezien als doel op zich, maar als middel om kwaliteitsverbetering te realiseren (Groenewoud et al 2006).

2. Toegankelijke, begrijpelijke informatie die aansluit op informatiebehoefte consumenten

Ten tweede is het van belang dat de keuze-informatie specifiek op de consument wordt afgestemd door toegankelijke en begrijpelijke informatie aan te bieden, die aansluit bij de informatiebehoefte van consumenten. Uit deze studie werd duidelijk dat initiatieven die in eerste instantie *niet* bedoeld zijn voor consumenten, vaak ook niet goed toegankelijk voor hen zijn en consumenten er dan ook weinig beroep op doen. Zo bleken consumenten in Engeland minder goed op de hoogte te zijn van de gegevens die het Star rating system leverde, dan van de informatie van Dr Foster, die speciaal ontwikkeld is voor consumenten. Bovendien beoordeelde men Dr Foster positiever dan het Star rating system (Magee et al 2003). Ook ervaringen in Australië, Denemarken en Canada laten zien dat initiatieven die niet specifiek voor consumenten zijn ontwikkeld over het algemeen weinig door hen worden gebruikt. Om het gebruik door consumenten te bevorderen is het van belang dat de aangeboden informatie aansluit op de wensen van consumenten (Marshall et al., 2000). Een recent initiatief in Engeland, Your GP guide, sluit hierbij aan. Deze site is gebaseerd op onderzoek waarin werd gekeken welk type informatie consumenten zinnig vinden bij het vergelijken van huisartspraktijken. Ten slotte vinden consumenten het belangrijk dat er informatie wordt gegeven over de manier waarop men de prestatie-informatie moet gebruiken en interpreteren (Magee et al 2003).

3. Het werken met prestatie-indicatoren: keuze indicatoren en mogelijke negatieve gevolgen

Een ander belangrijk aandachtspunt bij het ontwikkelen van indicatoren voor kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor consumenten, is dat men zich bewust is van de invloed van de keuze van de indicatoren en de mogelijke negatieve gevolgen van het werken met indicatoren. Zo bleek het recent ingevoerde Health Quality-initiatief in Denemarken voor weerstand te zorgen vanwege de beperkte informatie door het gebruik van een te simpel scoringsstelsel. Ook kan het se-

lecteren van indicatoren er onbedoeld toe leiden dat zorgverleners eenzijdig hun aandacht gaan richten op deze aspecten, terwijl andere aspecten onvoldoende aandacht krijgen. Zo bleek het aantal sterren dat een ziekenhuis kreeg toebedeeld volgens het Star rating system in Engeland bijvoorbeeld weinig indicatief te zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg (Rowan et al 2004). Het kan daarom zinvol zijn om de kwaliteitsbeoordeling door middel van indicatoren aan te vullen met andere metingen, zoals 'audits' en patiëntenervaringen. Een voorbeeld van een negatief effect van het werken met prestatie-indicatoren is *gaming*, waarbij het gedrag wordt aangepast vanwege een strategisch voordeel. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer men patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslaat en thuis laat sterven, om zodoende het sterftecijfer laag te houden.

4. Consequenties verbinden aan prestaties?

In zowel Engeland als in de Verenigde Staten heeft het belonen van prestaties (pay-for-performance) in de gezondheidszorg een belangrijke rol gespeeld in het kwaliteitsbeleid. In hoeverre de gevonden kwaliteitsverbetering in beide landen daadwerkelijk samenhangt met het beloningssysteem is onduidelijk. Onderzoeken naar de effecten van pay-for-performance laten wisselende resultaten zien. Zo tonen verschillende studies aan dat financiële beloningen effect kunnen hebben op het handelen van professionals (Chaix-Couturier et al 2000, Robinson 2001). In ander onderzoek werd echter gevonden dat pay for performance slechts een gering effect had op de kwaliteit van zorg (Rosenthal et al 2005). In ieder geval is er voorzichtigheid geboden bij het verbinden van (financiële) consequenties aan prestaties. De hiervoor besproken mogelijke negatieve gevolgen van het werken met indicatoren zullen nog een grotere rol spelen wanneer er ook nog eens financiële consequenties aan verbonden zijn (Mason & Street 2006). Alleen wanneer zorgverleners de kwaliteitsinformatie op bedoelde wijze gebruiken, zal pay for performance het gewenste effect sorteren. Hiervoor is het in ieder geval van belang dat de zorgverleners de indicatoren die worden gebruikt als klinisch relevant beoordelen (Roland 2004). Meer onderzoek naar de effecten en neveneffecten van (verschillende systemen van) pay-for-performance is echter wenselijk (Marshall & Harrison 2005).

5. Rolverdeling overheid en andere actoren in kwaliteitssysteem

Ten slotte is het van belang dat men nadenkt over de rol die de overheid zou moeten hebben bij het ontwerpen van een kwaliteitssysteem ten behoeve van keuze-informatie voor consumenten. Een zekere mate van initiatief en sturing vanuit de overheid is wenselijk. Het beschikbaar komen van vergelijkende kwaliteits-

informatie blijkt niet louter door private partijen tot stand te komen (CPB 2003). Anderzijds leert de ervaring in andere landen dat consumenten geneigd zijn om overheidsinformatie te wantrouwen. Voor zowel het ontwikkelen van indicatoren als voor het publiceren van informatie werd in de voorkeur gegeven aan een onafhankelijke instantie (Magee et al 2003). Een van de redenen dat consumenten Dr Foster meer waardeerden dan het Star rating system was dan ook dat Dr Foster een onafhankelijke organisatie is. Inmiddels is echter ook het publiek-private initiatief Dr Foster Intelligence opgericht. Ook in de Verenigde Staten zien we initiatieven waarin wordt samengewerkt door private en publieke partijen. Binnen deze samenwerkingsverbanden zijn zowel private als publieke partijen, evenals zorgaanbieder en inkopers van zorg vertegenwoordigd. Juist deze initiatieven, waarin veel verschillende partijen betrokken zijn, zijn succesvol gebleken (Colmers 2007). Samenwerking is niet alleen noodzakelijk voor het verzamelen van data, maar ook voor het ontwikkelen van prestatie-informatie en het creëren van een omgeving waarin de prestatie-informatie door alle partijen als accuraat wordt beschouwd.

4.2 Mogelijkheden voor samenwerking

Terugkomend op de hoofdvraagstelling van onderhavig advies concluderen wij dat Nederland van drie landen kan leren, op verschillende punten:

1. Engeland

In Engeland heeft men betrekkelijk veel ervaring met het bieden van keuze- en consumentinformatie. Er bestaat algemene informatie over kwaliteit van zorg voor zorgaanbieders (Star rating system) en informatie die specifiek is ontwikkeld voor de consument (Dr Foster). Engeland heeft ook geëxperimenteerd met het verbinden van bonus en malus aan prestatie-informatie. Er bestaat inzicht en ervaring met de voor- en nadelen van pay-for-performance (Star rating system). Daarnaast is in Engeland de informatie niet beperkt tot het gebied van ziekenhuiszorg, maar is die sinds 2004 ook beschikbaar voor de huisartsenzorg (Quality and Outcomes Framework). Via prof. dr. Martin Roland zijn er goede mogelijkheden om nadere samenwerking vorm te geven.

2. Denemarken

In Denemarken is het systeem van keuze-informatie volop in ontwikkeling. In dit land wordt veel informatie over kwaliteit van zorgaanbieders publiek beschikbaar

gesteld. De informatie is echter vaak nog niet primair bedoeld voor de consument, maar wordt meer ingezet als spiegelinformatie voor zorgaanbieders. Via prof. dr. Jan Mainz kunnen leermogelijkheden voor Nederland nader worden verkend.

3. Verenigde Staten

In de Verenigde Staten bestaat veel kennis over kwaliteitsindicatoren en keuze-informatie voor burgers. Daarnaast bestaan in de Verenigde Staten nationale non-profit initiatieven en private initiatieven naast elkaar en is er ervaring met samenwerkingsverbanden waarin verschillende partijen vertegenwoordigd zijn. Leerpunten voor Nederland liggen in het geval van de Verenigde Staten bij de positionering van publieksinformatie (onafhankelijk, overheid of niet overheid, samenwerkingsverbanden). Dr. Ed Kelley (AHRQ) biedt een goede ingang tot het nader verkennen van de situatie in de Verenigde Staten.

REFERENTIES

Websites:

AUSTRALIË

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS):

<http://www.achs.org.au>

National Health Performance Committee (NHPC):

<http://www.health.nsw.gov.au/nhpc/>

Australian Commission on Quality and Safety in Health Care:

<http://www.safetyandquality.org/>

HealthInsite:

<http://www.healthinsite.gov.au>

Consumer participation & information program - Victorian Government Health information:

<http://www.health.vic.gov.au/consumer/>

Your hospital - Victorian Government Health information:

<http://www.health.vic.gov.au/yourhospitals/index.htm>

CANADA

Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA):

<http://www.cchsa.ca>

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

<http://www.cihi.ca>

Statistics Canada

<http://www.statcan.ca>

Canadian Patient Safety Institute (CPSI):

<http://www.patientsafetyinstitute.ca>

Hospital Report Research Collaborative (HRRC):
<http://www.hospitalreport.ca/downloads/otherreports.html>

Ontario Hospital Association (OHA):
<http://www.oha.com>

DENEMARKEN

National Indicator Project (NIP):
<http://www.nip.dk>

Danish Quality Model:
<http://www.im.dk>

Danish Health Care Quality Assessment Programme
http://www.kvalitetsinstitut.dk/graphics/Downloads/Programme%20Proposal_December%202004.pdf

Unit of Patient Evaluation
<http://www.efb.kbhamt.dk/index.asp?id=210>

Sundhed.dk
http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1836

Sundhedskvalitet (Health Quality)
<http://www.sundhedskvalitet.dk>

DUITSLAND

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)
<http://www.bqs-online.de>

Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS) (bijv. LQS Brandenburg)
<http://www.lqs-bb.de>

Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba)
<http://www.g-ba.de>

Bertelsmann Stiftung
<http://www.bertelsmann-stiftung.de>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
<http://www.iqwig.de>

Gesundheitsinformation
<http://www.gesundheitsinformation.de>

Patienten-information
<http://www.patienten-information.de>

Weisse liste
<http://www.weisse-liste.de>

ENGELAND

Healthcare Commission (HC):
<http://www.healthcarecommission.org.uk>

Commission for Health Improvement (CHI): zie Healthcare Commission.

Quality and Outcomes Framework (QOF):
<http://www.ic.nhs.uk> (put QOF in search engine).

NHS Direct
www.nhsdirect.nhs.uk

Patient UK
www.patient.co.uk

Dr Foster
<http://www.drfooster.co.uk>

Dr Foster Intelligence:
<http://www.drfoosterintelligence.co.uk>

Your GP Guide:

<http://www.yourgpguide.org.uk>

VERENIGDE STATEN

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):

<http://www.ahrq.gov>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO):

<http://www.jointcommission.org>

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS):

<http://www.cms.hhs.gov>

National Committee for Quality Assurance (NCQA):

<http://www.ncqa.org>

Quality Indicator Project (QIP):

<http://www.qiproject.org>

Hospital Quality Alliance (HQA):

http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/15_HospitalQualityAlliance.asp

Hospital compare:

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov>

Healthgrades:

<http://www.healthgrades.com>

Leapfrog group:

<http://www.leapfroggroup.org/home>

Healthfinder:

<http://www.healthfinder.gov>

LITERATUUR

Ankoné A. 2006. De Engelse ervaring met prestatiemeting in de zorgsector: van controle naar keuzevrijheid voor patiënten. *Health Management Forum* 4: 38-9

Beaulieu ND. 2002. Quality information and consumer health plan choices. *J Health Econ* 21: 43-63

Bech M. 2004. Choice in the Danish Health care system. *Euro Observer* 6: 5-6

Becker M. 2005. *Prestatie-indicatoren Internationaal. Een vergelijking van projecten op het gebied van prestatie-indicatoren in het buitenland*. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten

Bevan G, Hood C. 2006. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ: British medical journal* 313: 419

Canadian Institute for Health Information (CIHI), Gouvernement of Ontario, Ontario Hospital Association, University of Toronto. 2003. *Hospital Report 2003: Acute Care*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information (CIHI)

Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. 2000. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care* 12: 133-42

Colmers JM. 2007. *Public reporting and transparency*. New York: The Commonwealth Fund Commission on a high Performance Health System

CPB. 2003. *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB)

Davies HT, Marshall MN. 1999. Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet* 353: 1639-40

Dixon A, Mossialos E. 2002. *Healthcare systems in eight countries: trends and challenges*. London: The London School of Economics & Political Science

Gabel J, Hunt K, Hurst K, Peat Marwick K. 1998. *When employers choose health plans*. New York: Commonwealth Fund

Groenewoud AS, Kreuger L, Huijsman R. 2006. *Keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuze-ondersteuning in de gezondheidszorg. Een verkennende internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG), Erasmus MC

Hibbard J, Stockard J, Tusler M. 2005a. It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. *Med Care Res Rev* 62: 358-71

Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. 2003. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 22: 84-94

Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. 2005b. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)* 24: 1150-60

Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. 2005. Care in U.S. hospitals - the Hospital Quality Alliance program. *N Engl J Med* 353: 265-74

Little R. 2002. Publishing: A doctor's guide to Dr Foster. *BMJ* 324: 552

Magee H, Davis L-J, Coulter A. 2003. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med* 96: 338-42

Mainz J, Krog BR, Bjørnshave B, Bartels P. 2004. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care* 16: i45-50

Marshall M, Harrison S. 2005. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care* 14: 4-5

Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman, Brook. 2000a. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care* 9: 53-7

Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman, Brook. 2000b. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 283: 1866-74

Mason A, Street A. 2006. Publishing outcome data: is it an effective approach? *J Eval Clin Pract* 12: 37-48

Maxwell J, Briscoe F, Davidson S, Eisen L, Robbins M, et al. 1998. Managed competition in practice: 'value purchasing' by fourteen employers. *Health Aff (Millwood)* 17: 216-26

Morris K, Zelmer J. 2005. *Public Reporting of Performance Measures in Health Care: Canadian Policy Research Networks Inc.* 36 pp.

Robinson JC. 2001. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q* 79: 149-77, III

Roland M. 2004. Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 351: 1448-54

Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. 2005. Early Experience With Pay-for-Performance: From Concept to Practice. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 294: 1788

Rowan K, Harrison D, Brady A, Black N. 2004. Hospitals' star ratings and clinical outcomes: Ecological study. *BMJ: British medical journal* 328: 924

RVZ. 2003. *De wensen van zorgcliënten in Europa [Raad voor de Volksgezondheid en Zorg]*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Schaeffer D. 2006. *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus: Eine literaturanalyse*. Gutersloh: Bertelsmann Stiftung

Schneider EC, Lieberman T. 2001. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 10: 96-103

Statistics Canada. 2003. *Biennial Program Report: Statistics Canada, Health Statistics Division*

Van Linschoten C, Moorer P, Voorrips R. 2004. *Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Van Loon AJM, Tolboom RAL. 2005. *Ontwerprapport kiesBeter.nl 2006-2007*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

BIJLAGEN

B1 KENMERKEN VAN HET KWALITEITSSYSTEEM VAN DE ZES GESELECTEERDE LANDEN

	Australië	Canada	Denemarken
Gebruik indicatoren t.b.v. het meten van kwaliteit v/d zorg:	Ja	Ja	Ja
Keuze-informatie voor burgers ¹ :	2	2	2-3
Type initiatieven (nadruk publiek/ privaat):	Publiek	Publiek	Publiek
Primair(e) doel(en) kwaliteitsinitiatieven:	Kwaliteitsverbetering	Kwaliteitsverbetering	Kwaliteitsverbetering
Rol van de overheid in kwaliteitssysteem:	Initiatief + aansturing	Initiatief + aansturing	Initiatief + aansturing
Ontwikkeling van indicatoren met name door:	Onafhankelijke organisaties	Onafhankelijke organisaties	Overheid i.s.m. onafhankelijke organisaties en professionals
Organisatie en financiering met name door:	Overheid	Overheid	Overheid
Gebruik van prestatiegegevens ² door:	Zorginstellingen/beleidsmakers	Zorginstellingen/beleidsmakers	Zorginstellingen/beleidsmakers
Eindregie ligt bij:	Overheid	Overheid	Overheid
Feitelijke stand van zaken ⁴ :	2	2	2

¹ Keuze-informatie voor burgers (schaal 1 t/m 4): 1 = niet of nauwelijks; 2 = in ontwikkeling; 3 = enige ervaring; 4 = ruime ervaring. Landen die niet of nauwelijks ervaring hebben met het bieden van keuze-informatie aan burgers, zijn in deze studie verder buiten beschouwing gelaten.

² Het gebruik van prestatiegegevens voor zover onderzocht/ bekend.

Duitsland	Engeland	VS	België	Oostenrijk	Zwitserland
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2	4	4	1	1	1
Publiek	Beide, met name publiek	Beide, met name privaat	-	-	-
Kwaliteitsverbetering	Kwaliteitsverbetering + keuze-informatie	Kwaliteitsverbetering + keuze-informatie	-	-	-
Initiatief	Initiatief + aansturing	Initiatief	-	-	-
Werkgroepen met afgevaardigden van diverse veldpartijen	Overheid i.s.m. onafhankelijke organisaties en professionals	Diverse partijen (publieke, private, samenwerkingsverbanden)	-	-	-
Overheid	Overheid	Overheid + private partijen	-	-	-
Zorginstellingen/beleidsmakers	Zorginstellingen/beleidsmakers en consumenten ³	Zorginstellingen/beleidsmakers en consumenten ³	-	-	-
Overheid + koepel artsen/verzekeraars	Overheid	Overheid + private partijen	-	-	-
2	3	3	-	-	-

³ Consumenten zijn steeds meer op de hoogte van de prestatiegegevens, maar er is nog weinig bewijs voor dat ze deze informatie ook echt gebruiken bij het maken van keuzen.

⁴ Feitelijke stand van zaken (m.b.t. meten en zichtbaar maken van kwaliteit van zorg; schaal 1 t/m 4): 1 = nauwelijks zichtbaar; 2 = enkele initiatieven; 3 = veel initiatieven naast elkaar; 4 = uitontwikkeld).

B2 GERAADPLEEGDE EXPERTS

Land	Naam expert	Organisatie
Australië	Bernard van den Berg, <i>PhD</i>	Centre for Health Economics Research & Evaluation (CHERE) University of Technology, Sidney
Canada	Jennifer Zelmer * <i>PhD, Vice president Research and Analysis</i>	The Canadian Institute for Health Information (CIHI)
Denemarken	Allan Krasnik, <i>Professor, MPH, PhD</i>	Institut for Fulkesundhedsvidenskab
	Jan Mainz * <i>Head of Department Professor, M.D., Ph.D.</i>	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
	Juta Skau	WHO Regional Office for Europe
Duitsland	Sebastian Schmidt-Kaehler, <i>MPH PhD, Projektmanager Themengebiet Gesundheit</i>	Bertelsmann Stiftung
	Felix Höfele <i>Project Manager for Public Relations</i>	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)
Engeland	Martin Roland * <i>Professor</i>	Director national Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester
Verenigde Staten	Edward Kelley * <i>PhD, Head, Health Care Quality Indicators Project</i>	Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)/ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

* geschikt vervolcontact voor eventuele samenwerking / kennisuitwisseling



IN TRANZO WERKEN SAMEN

Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Tilburg

Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen van de Universiteit van Tilburg

Stichting tot bevordering van Wetenschappelijk Onderwijs en Onderzoek in de
Gezondheidszorg

Organisaties op het gebied van zorg en welzijn.

