

Verzekeraars staan in ons stelsel voor de complexe opgave om te balanceren tussen de eisen van verschillende klantgroepen: de jonge, gezonde hoogopgeleide verzekerde die een lage premie wil en oudere, laag-opgeleide, ongezonde klanten die belang hebben bij goede kwaliteit (Boonen e.a., 2015). De manier waarop zorgverzekeraars hiermee omgaan, raakt direct aan belangrijke maatschappelijke waarden: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit. Omdat deze maatschappelijke waarden in het geding zijn, is het belangrijk dat de samenleving vertrouwen heeft in zorgverzekeraars. Helaas schort het daaraan. Uit de Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg van het NIVEL blijkt dat in 2012 31% van de bevolking vertrouwen had in zorgverzekeraars en dat dit percentage in 2014 gezakt was naar 25% (<http://www.nivel.nl/barometer-vertrouwen-de-gezondheidszorg>). Dat is laag. Ter vergelijking: 70% van de bevolking heeft vertrouwen in ziekenhuizen; 84% heeft vertrouwen in medisch specialisten. Boonen en Schut (2011) constateren dat zorgverzekeraars bij selectieve zorginkoop last hebben van een 'credible-commitment' probleem: consumenten vertrouwen er niet op dat verzekeraars zich bij het beperken van het aanbod laten leiden door kwaliteitsoverwegingen. Dat probleem wordt versterkt door het feit dat zorgverzekeraars in het verleden ieder hun eigen invulling hebben gegeven aan het begrip kwaliteit. Verzekeraars hebben voor de inkoop behoefte aan goede gegevens over kwaliteit van zorg. Zij investeren daarom in de opzet van kwaliteitsregistraties voor en door professionals. In de praktijk duurt het echter lang voordat deze registraties gegevens opleveren die bruikbaar zijn voor de zorginkoop. Dat komt deels doordat de ontwikkeling en registratie van kwaliteitsindicatoren complex en tijdrovend is, maar ook doordat zorgaanbieders terughoudend zijn in het delen van deze informatie met zorgverzekeraars en het publiek. Bij gebrek aan landelijk gedragen en relevante kwaliteitsinformatie organiseren verzekeraars daarom op onderdelen hun eigen uitvraag van kwaliteitsgegevens. Dat betekent een administratieve belasting voor zorgaanbieders en is moeilijk uit te leggen aan het publiek. Al met al functioneert het systeem van gereguleerde marktwerking hiermee suboptimaal. Zorgverzekeraars zouden moeten waken over kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, maar krijgen daarvoor niet het vertrouwen van publiek en professionals. Omdat het onderling vertrouwen ontbreekt, zijn zorgaanbieders terughoudend in het delen van relevante kwaliteitsinformatie. Verzekeraars lossen dat op door ieder een eigen invulling van kwaliteit te hanteren. Dat leidt op zijn beurt tot een stapeling van administratieve lasten en onderling inconsistente zorginkoopbeslissingen die het vertrouwen verder ondermijnen.

De brief 'Kwaliteit loont' schetst een aantal beleidsvoornemens en maatregelen om het systeem beter te laten functioneren. Wij richten ons in dit paper op één van deze maatregelen, namelijk het vergroten van de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie. Zorginstituut Nederland heeft tot taak om te zorgen voor eenduidige informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Informatie die gebaseerd is op kwaliteitsindicatoren die kunnen rekenen op draagvlak onder professionals, patiëntenorganisaties, instellingen en zorgverzekeraars. Die onbetwistbare kwaliteitsinformatie kunnen verzekeraars gebruiken om de rol die hen in ons stelsel is toebedeeld beter te spelen. Voor 37 aandoeningen die relevant zijn in de medisch-specialistische zorg hebben wij al dergelijke kwaliteitsindicatoren opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verzekeraars hebben afgesproken om voor deze aandoeningen geen eigen kwaliteitsinformatie meer uit te vragen. Wij houden hen aan deze afspraak. De weg naar door alle partijen geaccepteerde kwaliteitsinformatie is al in 2014 ingeslagen en we bouwen hierop voort in de komende jaren. In de brief 'Kwaliteit loont' wordt verwezen naar de kwaliteitsinformatie die in het *jaar van de transparantie* beschikbaar zal komen. Zorginstituut Nederland:

- Voert hierop de regie door partijen in de zorg te coachen bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en door deze op de Meerjarenagenda te plaatsen, zodat wij zo nodig doorzettingsmacht kunnen inzetten.
- Hanteert als uitgangspunt dat indicatoren zoveel mogelijk kunnen worden afgeleid uit (bestaande) kwaliteitsregistraties, om zo de administratieve lasten te beperken en aan te sluiten bij definities van kwaliteit die professionals ook zelf relevant vinden. Waar nodig worden deze aangevuld met Patient Reported Outcome Measures of andere metingen van patiëntervaringen.

Wij wijzen er echter graag op dat het jaar van de transparantie weliswaar maar één jaar duurt, maar dat voor echt goede kwaliteitsinformatie vaak een langere adem nodig is. Goede informatie komt er helaas niet met één druk op de knop. En hoewel kwaliteitsinformatie op basis van door alle partijen gedragen indicatoren een voorwaarde is voor het goed functioneren van het systeem van gereguleerde marktwerking, is het de vraag hoeveel informatie er nodig is. Voor hoeveel en voor welke aandoeningen, zorgvragen, doelgroepen of zorgvormen moeten er indicatoren komen en moet kwaliteitsinformatie openbaar worden gemaakt? Het antwoord op die vraag hangt af van het doel dat kwaliteitsinformatie moet dienen. In de brief 'Kwaliteit loont' gaat het vooral om informatie die zorgverzekeraars nodig hebben voor de zorginkoop. Het *jaar van de transparantie* gaat echter primair over het beter toerusten van de patiënt voor het maken van een keuze voor behandeling en behandelaar; minder over zorginkoop. De informatiebehoefte van de kiezende patiënt en diens adviseurs (waaronder de huisarts of andere verwijzende professionals) valt niet één op één samen met die van de inkoopende verzekeraar. Het verschil uit zich onder meer in de keuze van aandoeningen of zorgvragen waarvoor kwaliteitsinformatie beschikbaar zou moeten komen.

Redenerend vanuit het perspectief van de patiënt moet er informatie komen waarmee hij:

- Samen met zijn arts tot een goed besluit kan komen over wat voor hem de beste behandeling is;
- Zelf, of in overleg met een verwijzend arts kan kiezen wie voor de uitvoering van deze behandeling de beste behandelaar is.

Vanwege het belang van de te maken keuzen en het feit dat er ook tijd nodig is om die keuzen goed te maken, is informatie over bijvoorbeeld de behandeling van kanker en over electieve chirurgische ingrepen relevant. Veel zorgvragen lenen zich echter niet goed voor het maken van keuzen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij chronische zorg, bij klachten waarbij er niet direct een duidelijke diagnose is en -uiteraard- bij spoedeisende zorg. Patiënten beschrijven hun zorgtraject in dergelijke gevallen als een 'rijdende trein', waarbij er weinig gelegenheid is om te kiezen (Victoor e.a. 2014). De zorgverzekeraar is bij dit type aandoeningen of zorgvragen echter wel in de positie om de 'rails' en 'wissels' te verleggen via zijn zorginkoopbeleid.

Zowel in 'Kwaliteit loont' als in de brief over het *jaar van de transparantie* wordt aangegeven dat er kwaliteitsinformatie komt voor 30 aandoeningen. De keuze van die aandoeningen wordt gemaakt door de partijen die betrokken zijn bij het hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg. Het is belangrijk dat zij daarin een goede balans vinden. Indien nodig zullen wij hierop regie voeren. In ons systeem is er nu eenmaal zowel ruimte voor selectie van zorgverleners door individuele patiënten als door zorgverzekeraars die optreden als zaakwaarnemer voor hun verzekerden. Dat betekent dat bij het ontwikkelen en publiceren van kwaliteitsinformatie recht gedaan moet worden aan de informatiebehoefte van drie actoren: de individuele patiënt die een behandeling of behandelaar kiest, de zorgverzekeraar die instellingen en beroepsbeoefenaren contracteert en de verzekerde die een zorgverzekeraar kiest op basis van een afweging tussen de prijs en de geleverde kwaliteit. Zorginstituut Nederland:

- Voert regie op het beschikbaar komen van informatie die van belang is voor patiënten en voor zorgverzekeraars en op de methodologische kwaliteit daarvan.
- Spant zich in voor een goed gebruik van deze informatie door:
  - Te zorgen voor een heldere omschrijving van het gebruiksdoel van indicatoren;
  - Kaders op te stellen voor kwaliteitsregistraties, inclusief gedragsregels over het gebruik van informatie daaruit.

De hypothese is dat gebruik van kwaliteitsinformatie leidt tot betere zorg en lagere totale kosten. Of en onder welke omstandigheden dat ook feitelijk zo is, moet worden onderzocht en hangt af van een aantal voorwaarden:

- Aanbieders en verzekeraars moeten het verzamelen en verstrekken van gegevens beschouwen als integraal onderdeel van de zorg en dit moet ook regulier gefinancierd worden.
- Het vertrouwen tussen partijen is erbij gebaat als verzekeraars de aanbieders meer comfort bieden over de wijze waarop zij met de informatie omgaan. Niet alle kwaliteitsinformatie is (direct) geschikt als stuurinformatie; maar kan wel gebruikt worden als gespreksinformatie.
- Kwaliteitsindicatoren moeten een fundament hebben in definities van doelmatige zorg en dus gestoeld zijn op kwaliteitsstandaarden waarin doelmatigheid is meegenomen. Verzekeraars zouden hierop moeten toezien bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.

## Literatuur

Boonen LH, Laske-Aldershof T, Schut FT. Switching health insurers: the role of price, quality and consumer information search. *Eur J Health Econ* 2015

Boonen LH, Schut FT. Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Econ Policy Law*, 2011 vol. 6(2) pp. 219-35

Victoor A, Delnoij D, Friele R, Rademakers J. Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expect* 2014