



Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg

De marktwerking in het nieuwe zorgstelsel kan alleen slagen als consumenten hun keuze baseren op prijs en kwaliteit. Gezonde verzekerden reageren echter nauwelijks op kwaliteitsverschillen. Patiënten en werkgevers blijken kwaliteit wel mee te wegen. Bij het transparant maken van kwaliteit gaat het huidige beleid uit van vrijwilligheid. Het is de vraag of dit tijdig de gewenste mate van transparantie oplevert. Een actieve rol van de NZa is gewenst..

Het doel van het in 2006 ingevoerde nieuwe zorgstelsel is een efficiënt aanbod van zorg, met als belangrijke randvoorwaarde dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd is (Halbersma, 2008). Er zijn verschillende manieren om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Een mogelijkheid is directe regulering, bijvoorbeeld door minimum kwaliteitseisen op te leggen. Een andere mogelijkheid is te vertrouwen op de intrinsieke prikkels van artsen om goede kwaliteit te leveren en deze zo veel mogelijk te versterken, bijvoorbeeld via de opleiding (afgesloten met de eed van Hippocrates) of door het opstellen van behandelprotocollen. In aanvulling op deze twee mechanismen, die in het

oude zorgstelsel centraal stonden, speelt vanaf 2006 de consument, als verzekerde en als patiënt, een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit. Door de kwaliteit van zorg transparant te maken, moet naast concurrentie op prijs ook concurrentie op kwaliteit ontstaan. Hoe realistisch is de hoop dat verzekerden en patiënten deze concurrentierol daadwerkelijk gaan vervullen?

Verzekerden

Stel dat consumenten over kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders beschikken. Maken verzekerden dan ook gebruik van die informatie bij het kiezen van een aanbieder of een verzekeraar? In de Verenigde Staten is veel onderzoek gedaan naar de invloed van zogeheten *health plan report cards* op de keuzes van verzekerden. Deze kwaliteitsrapporten beschrijven de kwaliteit van door een verzekeraar gecontracteerde zorg met een aantal indicatoren. Het beschikbare onderzoek laat zien dat de informatie in *health plan report cards* weinig of geen invloed heeft op de keuzes van verzekerden (Chernew en Scanlon, 1998; Farley *et al.*, 2002). Onderzoekers vinden in het geheel geen verband tussen kwaliteitsinformatie en het overstappedrag van verzekerden of conclu-

**MICHEL BIJLSMA EN
MARC POMP**

Onderzoeker bij het
Centraal Planbureau
en zelfstandig adviseur
gezondheidseconomie

deren dat slechts een klein aantal consumenten overstapt naar een andere verzekeraar als gevolg van gerapporteerde kwaliteitscores (Abraham *et al.*, 2006; Chernew *et al.*, 2001; Scanlon *et al.*, 2002; Beaulieu, 2002).

In een studie van Dafny en Dranove (2005) blijkt het effect van kwaliteitsrapporten op de keuzes van verzekerden zelfs geheel veroorzaakt door subjectieve kwaliteitsinformatie op basis van klanttevredenheidsscores.

Consumenten gebruiken ook andere dan gepubliceerde kwaliteitsinformatie bij hun keuze, zoals ervaringen van vrienden of familie. Is het effect van additionele kwaliteitsinformatie via *health plan report cards* misschien zo klein omdat consumenten al genoeg weten over de kwaliteit van verzekeraars? Om deze vraag te beantwoorden maken Jin en Sorensen (2006) gebruik van twee soorten kwaliteitsinformatie: openbare informatie en informatie die alleen voor artsen beschikbaar is. De openbare informatie blijkt de keuze van slechts een kleine groep consumenten te beïnvloeden. Dit kan betekenen dat veel consumenten ook zonder openbare kwaliteitsinformatie de kwaliteit van een ziekenhuis kunnen achterhalen. Het sluit echter niet uit dat kwaliteitsinformatie gewoonweg weinig effect heeft. Al met al blijkt uit het beschikbare onderzoek dat gepubliceerde kwaliteitsinformatie over het gecontracteerde zorgaanbod weinig invloed heeft op de keuze van verzekeraar. De voorzichtige conclusie luidt dan ook dat gezonde verzekerden in de praktijk weinig gebruik maken van dergelijke informatie. Dit is begrijpelijk, omdat gezonde verzekerden nog niet weten welke zorg zij in de toekomst nodig hebben, en welke kwaliteitsaspecten dus van belang zijn. Verzekerden vermijden hooguit verzekeraars met een erg slechte score en kiezen vooral op basis van patiënttevredenheid.

Patiënten

Het Universitair Medisch Centrum St. Radboud (UMC) in Nijmegen voerde in het laatste kwartaal van 2005 minder hartoperaties uit dan gebruikelijk. Deze terugloop volgde nadat in september 2005 de verhoogde mortaliteit voor hartoperaties in het ziekenhuis bekend werd (IGZ, 2006). Het voorbeeld suggereert dat patiënten reageren op kwaliteitsinformatie. Dit is opnieuw begrijpelijk, omdat patiënten vergeleken met gezonde verzekerden met een niet-acute zorgvraag een beter beeld hebben van de voor hen relevante kwaliteitsaspecten.

Het weinige ons bekende onderzoek ondersteunt dit. Howard (2005) onderzoekt voor niertransplantaties het effect van gepubliceerde kwaliteitsinformatie (de kans op afstoting binnen een jaar na de transplantatie) op de ziekenhuiskeuze. Patiënten blijken gevoelig te zijn voor verschillen in kwaliteit, met de kanttekening dat kwaliteit bij transplantaties relatief goed te meten is en dat de prikkels om te kiezen voor hoge kwaliteit zorg sterk zijn: het gaat vaak om leven of dood. Hodgkin (1996) bestudeert hoe

de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg de keuze van patiënten voor een ziekenhuis beïnvloedt. Patiënten kiezen sneller een ziekenhuis dat over gespecialiseerde faciliteiten beschikt, als ze deze mogelijk nodig hebben. Enkele studies laten een positief verband zien tussen de gerapporteerde kwaliteitscores en daaropvolgende veranderingen in het marktaandeel van ziekenhuizen (Mukamel en Mushlin, 1998). Cutler *et al.* (2004) concluderen dat ziekenhuizen die niet goed presteerden, vervolgens relatief gezonde patiënten kwijtraakten aan concurrerende instellingen.

Niet alle resultaten wijzen echter in dezelfde richting. Schneider en Epstein (1998) onderzochten het gebruik van openbare informatie over de sterfte na open hartoperaties. Slechts twaalf procent van de ondervraagde patiënten die hartchirurgie hadden ondergaan, wist dat deze informatie bestond. Minder dan een procent gaf aan dat de informatie een rol had gespeeld bij hun ziekenhuiskeuze.

Uit een enquête die het CPB samen met de Diabetesvereniging Nederland heeft gehouden onder diabetici (kader 1), blijkt dat achttien procent van de respondenten het helemaal eens is met de stelling: Ik weet welk ziekenhuis de beste kwaliteit diabeteszorg levert. Van de patiënten is 43 procent het helemaal

Kader 1

Enquête juni 2007 onder leden Diabetes Vereniging Nederland (DVN)

In juni 2007 heeft het CPB samen met de DVN een schriftelijke en digitale enquête uitgevoerd onder de ruim 55.000 leden van de DVN, van wie 3.270 de enquête retourneerden. Onderstaande tabel geeft de antwoorden op een tweetal vragen weer. Op een schaal van 1 tot 5 staat 1 voor helemaal mee eens en 5 voor helemaal niet mee eens.

Resultaten enquête (in procenten) (N=3270).

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

De enquêtegegevens zijn gecombineerd met kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen uit 2005 om het keuzegedrag van diabetici nader te analyseren. Van 2.053 respondenten is bekend welk ziekenhuis zij hadden bezocht. Voor elk van deze respondenten is het aantal ziekenhuizen binnen een straal van 25 km bepaald. Voor elk van die ziekenhuizen in deze keuzeset zijn de afstand tot de patiënt en de kwaliteit van het ziekenhuis bekend, gemeten als (1) het percentage diabetici waarop een funduscopie (een controle van het netvlies) is uitgevoerd en (2) de gemiddelde HbA1c-waarde (een maat voor de bloedsuikerspiegel) van de diabetici die het ziekenhuis bezochten. De keuze van diabetici voor een ziekenhuis kan nu worden gerelateerd aan de attributen van de mogelijke keuzes: afstand en kwaliteit (HbA1c en funduscopie) door de kans te schatten dat een ziekenhuis met bepaalde karakteristieken gekozen wordt. De resultaten van die schatting staan in de tabel hieronder weergegeven.

Resultaten conditionele logit (N=2053, Log likelihood = - 1501,9004).

	Coëfficiënt	Standaardfout	P (95%)
Afstand	-0,2837	0,0083	0,0000
Waarde HbA1c	0,0538	0,0803	0,5030
Percentage funduscopie	-0,0043	0,0020	0,0290

De HbA1c-waarde is niet significant, de afstand tot het ziekenhuis en funduscopie wel, de laatste variabele echter met het verkeerde teken. Hoe verder weg, hoe kleiner de kans dat het ziekenhuis gekozen wordt. Dit is zoals verwacht. Hoe hoger de score op funduscopie, hoe lager de kans dat het ziekenhuis gekozen wordt. Dit is het tegenovergestelde van wat we zouden verwachten en wijst mogelijk op een slechte kwaliteit van de data over ziekenhuis kwaliteit, maar kan ook het gevolg zijn van selectie-effecten, waardoor goede ziekenhuizen de zwaardere patiënten aantrekken.

eens met de stelling Ik kies zelf mijn ziekenhuis. De scores van ziekenhuizen op diabetesspecifieke kwaliteitsindicatoren blijken echter nauwelijks gecorreleerd te zijn met de feitelijke keuzes van diabetici. De beschikbare uitkomstindicator (het gemiddelde HbA1c-niveau, een maat voor de bloedsuikerspiegel) laat helemaal geen verband zien, terwijl de beschikbare procesindicator (het percentage patiënten dat een funduscopie (een controle van het netvlies) ondergaat) wel een significant verband kent, maar met het verkeerde teken. Dit kan betekenen dat diabetici niet of nauwelijks rekening houden met dergelijke openbare kwaliteitsindicatoren, maar het kan ook veroorzaakt zijn doordat deze indicatoren onbetrouwbaar zijn of doordat selectie-effecten een rol spelen.

Al met al concluderen we dat patiënten, in tegenstelling tot verzekerden, wel reageren op kwaliteitsinformatie. Een kanttekening is dat patiënten met acute of eenmalige zorgbehoefte in dit opzicht waarschijnlijk verschillen van patiënten met een chronische aandoening. Bij chronische aandoeningen werken reputatiemechanismen beter: er is immers gedurende een lange periode herhaald contact tussen de zorgaanbieder en de klant. Openbare informatie zal bij deze groep patiënten minder invloed hebben op de keuze van zorgaanbieder.

Collectieven

In 2007 werd 57 procent van alle zorgverzekeringen in Nederland afgesloten via een collectief contract. Meer dan twee derde van deze contacten loopt via een werkgever (NZa, 2007). Om een collectief contract af te sluiten, selecteert een werkgever een of meer verzekeraars met wie hij onderhandelt. Werkgevers treden hierbij als actoren op voor hun werknemers.

Kwalitatief goede zorg kan aan een snel herstel van zieke werknemers bijdragen. Werkgevers hebben er daarom belang bij polissen aan hun werknemers aan te bieden van verzekeraars die zorg van goede zorginhoudelijke kwaliteit contracteren. Zorgverzekeraars kunnen dan marktaandeel veroveren door een betere kwaliteit dan hun concurrenten te leveren.

Of werkgevers daadwerkelijk rekening houden met de kwaliteit van de gecontracteerde zorg is een empirische vraag. Uit enquêtes in de Verenigde Staten onder werkgevers blijkt dat in 2000 ongeveer dertig procent rekening hield met de kwaliteitsscores uit de Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). Op een ranglijst van belangrijke factoren kwamen HEDIS-scores als zesde uit de bus (Chernew *et al.*, 2004; Schauffler en Mordavsky, 2001). Daarnaast houden werkgevers rekening met de voorkeuren van hun werknemers. Een grotere diversiteit aan voorkeuren bij werknemers leidt tot een grotere diversiteit aan door de werkgever aangeboden verzekeringen (Moran *et al.*, 2001; Bundorf, 2002).

De conclusie luidt dat werkgevers in Nederland een rol zouden kunnen spelen bij het versterken van concurrentie op kwaliteit tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

Huisartsen

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

Er is helaas weinig empirisch onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorgaanbieders zoals huisartsen. Hartspecialisten in New York blijken mortaliteitsstatistieken vaak niet te vertrouwen, bediscussiëren de informatie niet of nauwelijks met hun patiënten en laten hun doorverwijsgedrag er zelden door beïnvloeden (Hannan *et al.*, 1997). Een gebrek aan vertrouwen in de juistheid van kwaliteitsgegevens kan dan ook een belemmering vormen voor het gebruik van kwaliteits-

Patiënten reageren, in tegenstelling tot verzekerden, wel op kwaliteitsinformatie

informatie door zorgaanbieders (Marshall *et al.*, 2003).

De afruil tussen vrijwilligheid en dwang

Het huidige beleid gaat ervan uit dat ziekenhuizen vrijwillig zullen meewerken aan het vergroten van de kwaliteitstransparantie. Een argument dat pleit voor vrijwilligheid is dat dit het draagvlak bij artsen

vergroot om mee te werken aan de registratie van kwaliteitsgegevens. Bij een opgelegde registratieverplichting kan het draagvlak afkalven met als gevolg minder betrouwbare gegevens.

Daarnaast beargumenteren sommige economen dat transparantie vanzelf ontstaat (Viscusi, 1978). Dit wordt het ontrafelingsprincipe genoemd. Het idee is dat een goed ziekenhuis klanten wint door kwaliteitsinformatie bekend te maken en dit daarom uit zichzelf doet. Consumenten weten dit en zien een ziekenhuis dat geen informatie bekend maakt als van minder goede kwaliteit. Het effect versterkt zichzelf: uiteindelijk zullen alle ziekenhuizen behalve het slechtst presterende, vrijwillig volgen. Meer concurrentie vergroot daarom de druk tot openbaarmaking van kwaliteitsinformatie. De informatie moet wel betrouwbaar zijn, dat wil zeggen dat een slecht ziekenhuis zich niet kan voordoen als een goed ziekenhuis door gemanipuleerde informatie te geven.

Het ontrafelingsprincipe werkt echter niet altijd. In de Verenigde Staten blijkt uit recent empirisch onderzoek dat meer concurrentie tussen Healthcare Maintenance Organizations (HMO's) gepaard ging met minder vrijwillige informatieverschaffing (Jin, 2005). Ander Amerikaans onderzoek laat zien dat verzekeraars die het ene jaar slecht scoren, het volgende jaar vaak geen gegevens meer aanleveren (McCormick *et al.*, 2002). Vrijwillige transparantie van kwaliteit is dus niet altijd even effectief.

Uit de Nederlandse ervaringen blijkt dat vrijwilligheid soms kan werken. Het beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie is in Nederland niet verplicht. In 2003 ontwikkelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen met vertegenwoordigers van de zorgsector de Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen. Ziekenhuizen zouden de informatie op vrijwillige basis openbaar maken. In het jaar van invoering 2004 waren niet alle indicatoren voor

alle ziekenhuizen beschikbaar of bekend. In 2006 leverden volgens de inspectie vrijwel alle ziekenhuizen de gevraagde indicatoren (IGZ, 2007).

Al met al wijzen de Amerikaanse ervaringen op een afruil tussen het vergroten van het draagvlak voor kwaliteitstransparantie en het afdwingen van deelname bij niet-meewerkende artsen en instellingen. In welke mate deze afruil zich

Het huidige beleid gaat ervan uit dat ziekenhuizen vrijwillig zullen meewerken aan het vergroten van de kwaliteitstransparantie

zal voordoen is op voorhand niet duidelijk. Dit pleit voor een beleid gericht op vrijwilligheid, maar met als stok achter de deur een geloofwaardige dreiging om op termijn transparantie af te dwingen.

Risico's

Kwaliteitstransparantie kent ook risico's. In de eerste plaats kunnen ziekenhuizen patiënten selecteren om hun kwaliteitsscore te verbeteren. Het is belangrijk om te onderzoeken of een dergelijk onwenselijk effect zich voordoet. Een tweede risico is *teaching-to-the-test*. Dit risico kan zich voordoen wanneer consumenten hun keuze baseren op enkele kwaliteits-indicatoren die samen een onvolledig beeld schetsen van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Aanbieders hebben dan een prikkel zich vooral te richten op deze indicatoren. Om deze risico's goed te kunnen monitoren zijn betrouwbare gegevensbestanden nodig om vragen te beantwoorden als: Vindt er risicoselectie plaats? Lopen minder goed presterende ziekenhuizen achter bij het transparant maken van kwaliteit? Richten ziekenhuizen zich op patiënttevredenheid ten koste van zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten? De datasets moeten informatie bevatten over prijzen, hoeveelheden en kwaliteit en moeten toegankelijk zijn voor toezichthouders. Op dit moment is aan deze voorwaarden niet voldaan. De NZa verzamelt gegevens over prijs en volume, terwijl de IGZ kwaliteitsgegevens verzamelt. Bovendien zijn veel gegevens in private handen. Gegevens over verschillende aspecten van zorg (prijs, kwaliteit, hoeveelheid) zijn hierdoor niet altijd gemakkelijk te koppelen. Ook zijn de data soms niet of alleen tegen hoge kosten beschikbaar voor beleidsevaluatie en onderzoek.

Conclusies

Wil marktwerking in de zorg een kans krijgen, dan is kwaliteitstransparantie onontbeerlijk. Kwaliteitstransparantie kan vanzelf ontstaan als gevolg van concurrentie, maar de ervaringen in de Verenigde Staten stemmen hierover niet hoopvol. In Nederland heeft vrijwilligheid inmiddels een lijst kwaliteits-indicatoren opgeleverd die door de meeste ziekenhuizen wordt gepubliceerd. De vraag is wel of deze lijst alle relevante indicatoren bevat en of de gegevens betrouwbaar zijn. Kwaliteitsinformatie lijkt weinig effect te hebben op het keuzegedrag van gezonde verzekerden. Kwaliteitstransparantie moet zich daarom vooral richten op patiënten, huisartsen en collectieven die wel in staat zijn te bepalen welke informatie relevant is. Tot slot zijn het toezicht op prijs (NZa) en kwaliteit (IGZ) nu gescheiden. De succesvolle invoering van marktwerking in de zorg staat en valt met kwaliteitstransparantie. De IGZ is echter niet verantwoordelijk voor het succes van de marktwerking in de zorg. Het is daarom de vraag of bij de huidige verdeling van taken tussen beide toezichthouders de noodzakelijke kwaliteitstransparantie tijdig tot stand komt. Dit pleit voor een actieve rol van de NZa bij het transparant maken van kwaliteit.

SINDS 1916

LITERATUUR

- Abraham, J.M., R. Feldman, C. Carlin en J. Christianson (2006) The effect of quality information on consumer health plan switching: Evidence from the Buyers Health Care Action Group. *Journal of Health Economics*, 25(4), 762-781.
- Beaulieu, N.D. (2002) Quality information and consumer health plan choices. *Journal of Health Economics*, 21(1), 43-63.
- Bundorf, M.K. (2002) Employee demand for health insurance and employer health plan choices. *Journal of Health Economics*, 21(1), 65-88.
- Chernew, M. en D.P. Scanlon (1998) Health plan report cards and insurance choice. *Inquiry*, 35, 9-22.
- Chernew, M., G. Gowrisankaran en D.P. Scanlon (2001) *Learning and the value of information: Evidence from Health Plan Report Cards*. NBER Working paper 8589.
- Chernew, M., G. Gowrisankaran, C. McLaughlin en T. Gibson (2004) Quality and employers' choice of health plans. *Journal of Health Economics*, 23(3), 471-492.
- Cutler, D., R. Huckman en M. Landrum (2004) The Role of information in medical markets: An analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. *American Economic Review*, 94(2), 342-346.
- Dafny, L. en D. Dranove (2005) *Do Report Cards tell consumers anything they don't already know? The case of Medicare HMOs*. NBER Working paper.
- Farley, D.O., P.F. Short, M.N. Elliott, D.E. Kanouse, J.A. Brown en R.D. Hays (2002) Effects of CAHPS health plan performance, information on plan choices by New Jersey Medicaid Beneficiaries. *Health Services Research*, 37(4), 985-1007.
- Halbersma, R. (2008) *Kwaliteit van zorg & marktwerking: een overzicht van de economische literatuur*. NZa Research Paper 2008-09.
- Hannan, E.L., C.C. Stone, T.L. Biddle en B.A. Debuono (1997) Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: What do New York state cardiologists think of it? *The American Heart Journal*, 134(6), 1120-1128.
- Howard, D.H. (2005) Quality and consumer choice in healthcare: Evidence from Kidney Transplantation. *Topics in Economic Analysis & Policy*, 5(1), article 24.
- Hodgkin, D. (1996) Specialized service offerings and patients' choice of hospital: The case of cardiac catheterization. *Journal of Health Economics*, 15(3), 305-332.
- IGZ (2006) *Een tekortschietend zorgproces: een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiochirurgische zorgketen voor volwassenen in het UMC St. Radboud te Nijmegen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2007) *Het resultaat telt 2006*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jin, G.Z. (2005) Competition and disclosure incentives: an empirical study of HMOs. *RAND Journal of Economics*, 36(1), 93-112.
- Jin, G.Z. en A.T. Sorensen (2006) Information and consumer choice: The value of publicized health plan ratings. *Journal of Health Economics*, 25(2), 248-275.
- Marshall, M.N., P.G. Shekelle, H.T.O. Davies en P.C. Smith (2003) Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs*, 22(3), 134-148.
- McCormick, D., D.U. Himmelstein, S. Woolhandler, S.M. Wolfe en D.H. Bor (2002) Relationship between low quality-of-care scores and HMOs' subsequent public disclosure of quality-of-care scores. *JAMA* 288, 1484-1490.
- Moran, J.R., M.E. Chernew en R.A. Hirth (2001) Preference diversity and the breadth of employee health insurance options. *Health Services Research*, 36(5), 911-934.
- Mukamel, D.B. en A.I. Mushlin (1998) An analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. *Medical Care*, 36(7), 945-954.
- NZa (2007) *Monitor Zorgverzekeringsmarkt: de Balans 2007*. Utrecht: NZa
- Scanlon D.P., M. Chernew, C. McLaughlin en G. Solon (2002) The impact of health plan report cards on managed care enrollment. *Journal of Health Economics*, 21(1), 19-41.
- Schauffler, H.H. en J.K. Mordavsky (2001) Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annual Review of Public Health*, 22, 69-89.
- Schneider, E.C. en A.M. Epstein (1998) Use of public performance reports: A survey of patients undergoing cardiac surgery. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1638-1642.
- Viscusi, W. Kip (1978) A note on 'Lemons' Markets with quality certification. *Bell Journal of Economics*, 9(1), 277-279.