

CONCEPT

STRATEGISCHE ANALYSE INFORMATIEVOORZIENING ZORGBALANS GEGEVENSBRONNEN EN INFORMATIEBEHOEFTE

Harry Verkleij¹, Michael van den Berg¹

3 november 2010

¹Centrum VTV, RIVM, Bilthoven

²Centrum PZO, RIVM, Bilthoven

SAMENVATTING

Doel van de Zorgbalans is monitoring van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg

Tot 2010 bracht het RIVM eens in de twee jaar de Zorgbalans uit in opdracht van het Ministerie van VWS. Vanaf 2011 zal er twee maal per jaar een update van de gegevens plaatsvinden op de website en zal vierjaarlijks een rapport verschijnen. De hoofdtaak van deze rapportage is een beschrijving te geven van de ontwikkelingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg aan de hand van ongeveer 125 indicatoren. De signalen die deze rapportage oplevert worden door het ministerie van VWS gebruikt als onderbouwing van het strategisch beleid en de jaarlijkse beleidsagenda van het ministerie.

De Zorgbalans gebruikt 68 gegevensbronnen

De gegevens in de Zorgbalans 2010, de derde in de reeks, zijn afkomstig uit 68 gegevensbronnen van 30 verschillende gegevensverzamelaars. Er kunnen verschillende typen gegevensbronnen in de Zorgbalans worden onderscheiden:

- 1 enquêtes onder burgers, patiënten en hun naasten over hun zorggebruik en ervaringen met zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars;
- 2 enquêtes onder zorgverleners over hun oordeel over de kwaliteit van de zorg die zij (kunnen) verlenen;
- 3 registraties van zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars over de verleende zorg en over kenmerken van hun patiënten en cliënten;
- 4 enquêtes/jaarverslagen van zorginstellingen en zorgverzekeraars over hun inkomsten en uitgaven en over kenmerken van hun personeel;
- 5 locatiegegevens van zorgverleners en zorginstellingen om de geografische toegankelijkheid in kaart te kunnen brengen.

De typen gegevensbronnen van de Zorgbalans verschillen daarmee aanzienlijk van die van de VTV. In de VTV ligt de focus op de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die deze beïnvloeden en daarmee op kenmerken van burgers en hun omgevingsfactoren.

Overkoepelende gegevensbronnen

Een aantal gegevensbronnen (databases) hebben een overkoepelend karakter en bestaan zelf weer uit een aantal zelfstandige gegevensbronnen of bestaan uit rapporten of websites die van meerdere gegevensbronnen gebruik maken. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een aantal databases van het CBS (CBS Statline, Gezondheid en Zorg in cijfers en Zorgrekeningen, de monitors van het NZa, de databases van de OECD (OECD Health Data en System of Health Accounts), de rapporten en websites van het RIVM (Kosten van Ziekten, Nationaal Kompas en Nationale Atlas Volksgezondheid en de VTV), Trimbos instituut (GGZ in tabellen) en de Begroting en Jaarverslagen van het ministerie van VWS.

Lacunes en trendbreuken in trendgegevens

In de derde editie van de Zorgbalans is een aantal indicatoren afgefallen omdat er door registrerende instellingen geen nieuwe metingen uitgevoerd zijn. Bij een aantal andere indicatoren is sprake van een methodologische trendbreuk doordat registrerende instanties de afgelopen jaren hun meetmethoden hebben veranderd of correcties hebben uitgevoerd. Een aanzienlijk aantal trendbreuken ontstaat als gevolg van inhoudelijke veranderingen in de zorg, die doorwerken in de omschrijvingen van

indicatoren, en als gevolg van beleidsmatige veranderingen in de zorg, waarop registraties nog niet of nog pas gedeeltelijk zijn aangepast.

Knelpunten in de internationale aanlevering van gegevens door verslechtering in de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuizen

Bij de aanlevering van Nederlandse gegevens in 2009 aan de OECD voor de indicatoren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bleken verschillende knelpunten in de informatievoorziening te bestaan die terug te voeren zijn op registratieproblemen in Nederland. Dat betreft vooral de voortdurend verdere achteruitgang in kwaliteit en deelname van de Landelijke Medische Registratie (LMR), waardoor geen gegevens over medische complicaties, vermijdbare ziekenhuisopnamen en heropnames in verband met psychische aandoeningen konden worden aangeleverd. Bij enkele van deze indicatoren heeft Nederland de grootste achterstand in aangeleverde gegevens van een rij van 20 tot 25 westerse landen, andere kunnen helemaal niet geleverd worden.

Toenemende gegevensbehoefte

Naast bovenstaand knelpunt beschrijft de Zorgbalans nog andere informatiewensen voor de toekomst. Op een aantal onderdelen is onvoldoende informatie beschikbaar. Die nieuwe informatiewensen betreffen vooral de kwaliteit van palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, ketenzorg en preventie in de zorg. Op een aantal onderdelen zijn verdiepende analyses wenselijk, zoals naar de verschillen in klantervaringen in de zorg tussen bevolkingsgroepen en naar de relatie tussen arbeidsproductiviteit en kwaliteit in verschillende zorgsectoren.

INHOUDSOPGAVE

	Pag.
1. Inleiding en leeswijzer	4
2. Indicatoren, gegevensbronnen, gegevensverzamelaars	5
3. Beschrijving gegevensbronnen	8
4. Gecombineerde gegevensbronnen en hun primaire bronnen	12
5. Lacunes	15
6. Prioriteiten in indicator domeinen waar verbetering wenselijk is	18
7. Andere ontwikkelingen	20
8. Conclusie en discussie	22
Literatuur	24

1. INLEIDING EN LEESWIJZER

Deze notitie omvat een strategische analyse van de informatievoorziening voor de Zorgbalans. De VWS-opdrachtgever van de Zorgbalans en van het project Zorggegevens stelt namelijk de vraag welke onderliggende gegevensinfrastructuur voor de Zorgbalans nodig is. Over de lacunes en de wensen tot verbetering van de informatievoorziening voor de Zorgbalans is de afgelopen jaren al wel het een en ander in de drie edities van de Zorgbalans geschreven. Maar daarbij is nooit zo expliciet de gebruikte en de gewenste onderliggende gegevensinfrastructuur als uitgangspunt genomen. Dat gebeurt in deze notitie wel.

Primaire gegevensbronnen vormen de basis van een gegevensinfrastructuur. Daarom stelt deze notitie de primaire gegevensbronnen van de Zorgbalans 2010 centraal. De notitie bestaat uit twee delen. *Deel 1* bevat een overzicht van de gegevensbronnen die voor de Zorgbalans 2010 zijn gebruikt en geeft weer voor welke type indicatoren dat is gebeurd (paragrafen 2 en 3). Een dergelijke analyse is nog niet eerder gemaakt. Sommige gebruikte gegevensbronnen maken zelf weer gebruik van meerdere onderliggende primaire gegevensbronnen. Die relatie wordt verduidelijkt in paragraaf 4.

Deel 2 gaat in op de lacunes in de primaire gegevensverzameling: welke gegevensbronnen die in eerdere Zorgbalansen zijn gebruikt, konden in de Zorgbalans 2010 niet of niet goed meer gebruikt worden (paragraaf 5) en welke nieuwe gegevens zijn nodig om de extra vragen die de Zorgbalans 2010 oproept te kunnen beantwoorden (paragraaf 6)¹?. *Deel 2* herhaalt grotendeels wat hierover al in de Zorgbalans 2010 is gezegd, maar is op een aantal punten concreter over de benodigde vervolgstappen (vooral in paragraaf 6). In paragraaf 7 komen enkele algemene ontwikkelingen rond de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren aan de orde. Paragraaf 8 bevat enkele conclusies.

¹ Het conceptuele model en de opdracht van de Zorgbalans geven in algemene zin een ideaalbeeld van de benodigde gegevens; tijdens de concrete uitwerking van de achtereenvolgende Zorgbalansen wordt dat ideaalbeeld concreter ingevuld door de lacunes te benoemen die tijdens de rit duidelijk worden in het geval geen bruikbare gegevens gevonden worden of wanneer gebruikers van de Zorgbalans opmerken dat de gebruikswaarde van de indicatoren onvoldoende is.

2. INDICATOREN, GEGEVENSBRONNEN, GEGEVENSVERZAMELAARS

De Zorgbalans monitort 125 indicatoren² over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de gezondheidszorg. De gegevens zijn afkomstig uit 68 gegevensbronnen³ van 30 verschillende gegevensverzamelaars (of combinaties daarvan).

De belangrijkste vijf nationale gegevensverzamelaars, gedefinieerd als organisaties met vier of meer gegevensbronnen waarvan gebruik gemaakt is, zijn: CBS (8), CKZ (14)⁴, NIVEL (7), NZa (6) en RIVM (4)⁵. Voor internationale vergelijkingen zijn gegevens van drie internationale organisaties gebruikt: Commonwealth Fund, OECD en WHO.

Een aantal gegevensbronnen (databases) hebben een overkoepelend karakter en bestaan zelf weer uit een aantal zelfstandige gegevensbronnen of bestaan uit rapporten of websites die van meerdere gegevensbronnen gebruik maken. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een aantal databases van het CBS (CBS Statline, Gezondheid en Zorg in cijfers en Zorgrekeningen, de monitors van het NZa, de databases van de OECD (OECD Health Data en System of Health Accounts), de rapporten en websites van het RIVM (Kosten van Ziekten, Nationaal Kompas en Nationale Atlas Volksgezondheid en de VTV), Trimbos instituut (GGZ in tabellen) en de Begroting en Jaarverslagen van het ministerie van VWS.

Er kunnen verschillende typen gegevensbronnen in de Zorgbalans worden onderscheiden:

- 1 enquêtes onder burgers, patiënten en hun naasten over hun zorggebruik en ervaringen met zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars,
- 2 enquêtes onder zorgverleners over hun oordeel over de kwaliteit van de zorg die zij (kunnen) verlenen,
- 3 registraties van zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars over de verleende zorg en over kenmerken van hun patiënten en cliënten,
- 4 enquêtes/jaarverslagen van zorginstellingen en zorgverzekeraars over hun inkomsten en uitgaven en over kenmerken van hun personeel,
- 5 locatiegegevens van zorgverleners en zorginstellingen om de geografische toegankelijkheid in kaart te kunnen brengen.

De typen gegevensbronnen van de Zorgbalans verschillen daarmee aanzienlijk van die van de VTV. In de VTV ligt de focus op de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die deze beïnvloeden en daarmee op kenmerken van burgers en hun omgevingsfactoren. In de Zorgbalans ligt de focus op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de (verleende) zorg en daarmee op de kenmerken van zowel burgers, patiënten, cliënten, zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars.

² Zie lijst van indicatoren Zorgbalans 2010.

³ Zie lijst van gegevensbronnen Zorgbalans 2010

⁴ Dit is een recente ontwikkeling. Een aantal jaren zou het CKZ niet in dit rijtje hebben gestaan.

⁵ Opvallend is dat Prismant in dit rijtje ontbreekt. Een aantal jaren geleden zou Prismant ook in dit rijtje met meer dan vier gegevensbronnen hebben gestaan.

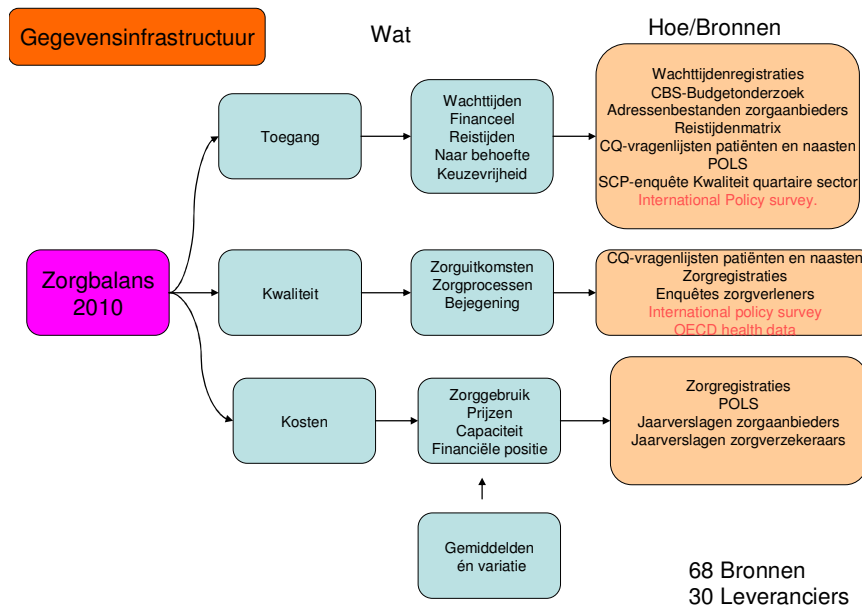
Naast de variatie in indicator domeinen verklaart deze focus waarom in de Zorgbalans meer gegevensbronnen worden gebruikt dan in de monitoringfunctie van de VTV⁶.

⁶ Deze stelling verdient wel enige nuancering. De VTV kijkt ook naar de kosten van ziekten en van de gezondheidszorg. Als het aantal bronnen dat daarvoor gebruikt wordt ook in aanmerking genomen wordt stijgt het aantal gegevensbronnen voor de VTV aanzienlijk. Aan de gegevensbronnen voor de kosten van ziekten wordt in een aparte notitie aandacht besteed.

3. BESCHRIJVING GEGEVENSBRONNEN

Figuur 1 geeft een overzicht van de gegevensbronnen voor de Zorgbalans 2010, onderverdeeld naar type indicatoren waarvoor zij gebruikt zijn. Daaronder volgt een toelichting.

Figuur 1: Gegevensbronnen voor de Zorgbalans 2010, onderscheiden naar type indicatoren



Legenda: internationale gegevensbronnen zijn met rood aangegeven

3.1 Ervaringen van burgers, patiënten, cliënten en hun naasten

Er is een aantal bronnen die in de Zorgbalans 2010 gebruikt om ervaringen van burgers, patiënten, cliënten en hun naasten met de zorg in beeld te brengen. De belangrijkste bron vormen de CQ-vragenlijsten van het CKZ. In de Zorgbalans 2010 zijn 14 CQ-indexen gebruikt, waarvan er één (deels) betrekking heeft op zorgverzekeringen en de rest op de zorg. De vragenlijsten hebben ofwel betrekking op zorgsectoren of op behandelingen voor specifieke aandoeningen.

CKZ, Centrum Klantervaring Zorg. Utrecht

- CQI Zorg en Zorgverzekeringen
- CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
- CQI Gehandicaptenzorg
- CQI Fysiotherapie
- CQI Huisartsenzorg overdag
- CQI Kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg
- CQI Palliatieve Zorg
- CQI Ziekenhuisopname

- CQI Staaroperaties
- CQI Heup-/Knieoperaties

- CQI Mammacare
- CQI Reumatoïde Artritis
- CQI Rughernia
- CQI Spataderzorg

Daarnaast zijn vier andere bronnen gebruikt:

- Onderzoek kwaliteit van de Quartaire Sector (SCP)
- Gezondheidsenquête POLS (CBS)
- Budgetonderzoek (CBS)
- International Policy Survey (Commonwealth Fund)

Het Onderzoek Kwaliteit van de Quartaire Sector van het SCP heeft onder meer het voordeel dat gegevens over een langere tijdperiode verzameld zijn.

De Gezondheidsenquête POLS van het CBS bevat onder meer een aantal vragen over het zorggebruik; deze gegevens zijn gebruikt voor een van de indicatoren in het domein ‘toegankelijkheid naar behoefte’.

Het CBS-Budgetonderzoek geeft inzicht in de uitgaven van burgers aan gezondheidszorg (ziektelkostenverzekeringen, eigen bijdragen, medicijnen zonder recept, dieet-artikelen, medische drogisterij-artikelen).

Voor de internationale vergelijking van ervaringen van burgers en patiënten maakt de Zorgbalans gebruik van de Commonwealth Fund International Policy Survey.

De paragrafen over vraaggerichtheid, coördinatie en afstemming en keuzevrijheid in de Zorgbalans 2010 leunen zwaar op dit type gegevensbronnen. Daarnaast zijn ze in de Zorgbalans 2010 ook voor de andere indicatordomeinen van de kwaliteit van de zorg gebruikt (effectiviteit van curatieve en langdurige zorg, patiëntveiligheid), en spelen ze een belangrijke rol in de paragrafen over toegankelijkheid.

3.2 Ervaringen van zorgverleners

Statistische gegevens over ervaringen van zorgverleners zijn betrekkelijk schaars. Er is in de Zorgbalans 2010 alleen gebruik gemaakt van de tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van de zorg in de instelling waar zij werken.

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht

- Panel Verpleegkundigen & Verzorgenden

3.3 Registraties van zorgverleners over verleende zorg

Verreweg het grootste aantal indicatoren om de kwaliteit van de zorg in kaart te brengen is gebaseerd op landelijke registraties waarin zorgverleners de uitkomsten van diagnostiek en behandeling neerleggen.

Zo spelen de huisartsenregistratie LINH van het NIVEL, gegevens van de Stichting Perinatale Registratie Nederland, GGZ in tabellen van het Trimbos-instituut en de OECD Health Data een belangrijke rol bij het in kaart brengen van de effectiviteit van de curatieve zorg.

De Jaardocumenten Zorg en de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen van de Universiteit Maastricht spelen een belangrijke rol bij het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van de langdurige zorg.

De sterftecijfers in ziekenhuizen van Prismant, PREZIES-gegevens van het RIVM (ziekenhuisinfecties), TRIP (bloedtransfusiereacties) en opnieuw de Jaardocumenten Zorg en de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen en onderzoek naar incidenten in de huisartspraktijk zijn gebruikt om de veiligheid van de zorg in beeld te brengen.

Registraties van zorginstellingen zijn verder gebruikt om de tijdigheid van de acute en reguliere zorg te monitoren (wachtlijsten).

3.4 Enquêtes en registraties over inkomsten en uitgaven van zorginstellingen en zorgverzekeraars

Het hoofdstuk over zorguitgaven en doelmatigheid in de Zorgbalans 2010 leunt zwaar op enquêtes en registraties hiernaar onder zorginstellingen en zorgverzekeraars. Dit type gegevensbronnen wordt hier apart behandeld omdat financiële gegevens van zorginstellingen een heel ander karakter hebben dan de kwaliteitsgegevens. Kwaliteitsgegevens leunen sterk op de beschikbare medische gegevens en de gegeven behandelingen (verrichtingen), waarvoor de verantwoordelijkheid bij de zorgverleners in de instellingen liggen. De verantwoordelijkheid voor de financiële gegevens ligt vooral bij de administratieve afdelingen van zorginstellingen⁷.

De belangrijkste bronnen die in de Zorgbalans (2010) zijn gebruikt om de indicatoren voor de zorguitgaven en voor de financiële positie van zorginstellingen en zorgverzekeraars in beeld te brengen zijn de CBS-Zorgrekeningen en de OECD System of Health Accounts. Beide worden gevoed door financiële jaarverslagen van zorginstellingen en financiers van zorg (zorgverzekeraars en overheid), die op hun beurt weer rusten op de financiële registraties van die organisaties.

In de jaarverslagen van instellingen staan ook gegevens over het personeelsaanbod, personeelsverloop en ziekteverzuim, waarover in de Zorgbalans in het hoofdstuk over toegankelijkheid wordt gerapporteerd.

Voor het in kaart brengen van doelmatigheid worden financiële, volume- en kwaliteitsgegevens (en dus de daaronder liggende gegevensbronnen) met elkaar in verband gebracht.

3.5 Locatiegegevens Zorginstellingen

De locatiegegevens zorginstellingen worden in de Zorgbalans gebruikt om de indicator geografische toegankelijkheid van de zorg in kaart te brengen. De gegevensbronnen hiervoor zijn:

Actiz, Organisatie van zorgondernemers. Utrecht
• Locaties verpleeg- en verzorgingshuizen
KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Den Haag

⁷ Er bestaan uiteraard wel bepaalde koppelingen tussen beide. Soms zijn die tamelijk nauw (zoals bij DBC's) en soms minder (zoals bij een consulttarief).

- Locaties openbare apotheken
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht
- Locaties apotheekhoudende huisartsen
- Locaties eerstelijns verloskundigen
- Locaties fysiotherapeuten
- Locaties huisartsen
VHN, Vereniging Huisartsenposten Nederland. Utrecht
- Locaties huisartsenposten
VNZ.
- Locaties ziekenhuizen

AND. Rotterdam

- Matrix rijtijden

De locatiegegevens zijn afkomstig van koepels van zorgverleners en zorginstellingen en voor wat betreft eerstelijns zorgverleners van het NIVEL⁸.

⁸ Vanaf 29 mei 2010 zijn privéklinieken en particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen verplicht zich te registreren in het zorgregister. Als het register vanaf 1 september 2010 gevuld is, wordt het openbaar doorzoekbaar via de website zorgregister.nl. Het CIBG beheert dit register.

4. GECOMBINEERDE GEGEVENSBRONNEN EN HUN PRIMAIRE BRONNEN

Zoals al gezegd, is er een aantal gegevensbronnen waar de Zorgbalans 2010 gebruik van maakt, die zelf weer bestaan uit een (groot) aantal onderliggende gegevensbronnen. Voor drie daarvan – de CBS Zorgrekeningen, OECD Health Data en de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording - is hieronder weergegeven, hoe deze overkoepelende bronnen zijn samengesteld.

CBS-Zorgrekeningen

Ten behoeve van de Zorgrekeningen verzamelt het CBS in een integratieproces gegevens uit diverse interne en externe bronnen en worden deze vervolgens met elkaar geconfronteerd en geanalyseerd. Uit dit proces resulteren dossiers van aanbieders van zorg die inzicht verschaffen in de uitgaven, financieringsbronnen en functies. Ook prijs- en volumegegevens komen beschikbaar.

De gegevens worden bij de interne bronnen van het CBS en externe bronnen opgevraagd. Interne bronnen zijn: enquêtes Alliantie Zorg, Nationale rekeningen, prijs- en tariefinformatie. Externe bronnen betreffen: financieringsgegevens, budgetinformatie, tariefsinformatie, jaarverslagen, financiële overzichten.⁹ Bij de zorgaanbieders wordt een onderscheid gemaakt tussen aanbieders van gezondheidszorg en aanbieders van welzijnszorg. Het gaat in totaal om 82 actoren. In beginsel hebben de gepresenteerde cijfers betrekking op 21 (clusters van) actoren.¹⁰

Met betrekking tot de dataverzameling van zorginstellingen baseert het CBS de statistiek op de volgende bronnen¹¹ :

- Databank DigiMV van het ministerie van VWS, met digitale jaardocumenten van (groepen van) ondernemingen die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden via de Zvw en de AWBZ;
- Digitale jaarenquête van het CBS onder privaat-gefinancierde (groepen van) ondernemingen;
- Digitale jaarenquête onder ziekenhuizen door Prismant in opdracht van de brancheorganisaties NVZ en NFU (alleen 2006);
- Registratie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met budget-, productie- en capaciteitgegevens van zorginstellingen die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden via de Zvw en de AWBZ. De zorginstellingen worden gekoppeld aan de (groepen van) ondernemingen.

De berichtgevers zijn:

- Bij de CBS-enquête: ondernemingen met als hoofdactiviteit ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg of thuiszorg.
- VWS en Nza leveren respectievelijk de gegevens over individuele AWBZ/Zvw-gefinancierde ondernemingen uit DigiMV en NZa-register aan.
- De NVZ/NFU-enquêtegegevens over individuele ziekenhuizen komen van Prismant.

De (steekproef)omvang is:

- Volledige waarneming door VWS en NZa van alle ondernemingen die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden via de Zvw en de AWBZ;

⁹ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijving-zorgrekeningen.htm>

¹⁰ CBS. Working paper Zorgrekeningen 1998-2005. Voorburg/Heerlen: CBS. 2006.

¹¹ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijving-zorginstellingen.htm>

- Volledige waarneming van alle ziekenhuizen bij de Prismant-enquêtes;
- Steekproef van 700 privaat-gefinancierde ondernemingen bij de CBS-enquête.

De volgende tekst uit Gezondheid in cijfers 2008 geeft nog wat meer inzicht in de opbouw van de Zorgrekeningen, toegespitst op cijfers over het zorgpersoneel: De belangrijkste bronnen voor de cijfers over arbeid in de Zorgrekeningen zijn het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS, de statistieken over orgaanbieders en de Arbeidsrekeningen (een onderdeel van de Nationale rekeningen). Daarnaast zijn er werkgelegenheidscijfers beschikbaar op basis van de loonaangifte en cijfers van het NIVEL over beroepen in de zorg. De kwaliteit wordt bepaald door die van de gebruikte registraties. Voor cijfers over arbeid naar bedrijfsklassen is die in sterke mate ingegeven door de koppeling met het bedrijvenregister van het CBS, waarin informatie over de (economische) activiteit van bedrijven en instellingen is opgeslagen. De statistieken over zorgaanbieders vormen een zeer belangrijke bron om de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen samen te stellen. Tegelijkertijd geven zij informatie over arbeid in de beschreven klasse, waardoor als vanzelf al een koppeling op actorniveau plaatsvindt. Dat is een voordeel. Ook de mate van detaillering is een voordeel. Nadelen zijn de onvolledige dekking van het zorgterrein, de steekproefbasis, en de (gehele of gedeeltelijke) nonrespons. Ook de voor sommige bedrijfsklassen wisselende methode van waarnemen hindert de vergelijkbaarheid in de tijd. Genoemde nadelen spelen niet bij de gegevens over werkgelegenheid in ziekenhuizen waardoor deze statistieken goed bruikbaar zijn.

Op het niveau van de bedrijfsklasse gezondheids- en welzijnszorg (SBI 85) is aangesloten bij het aantal banen conform de Arbeidsrekeningen. Ook het aantal banen van personen niet in loondienst is gelijk aan het aantal van de Arbeidsrekeningen. Het niveau van het aantal arbeidsjaren is afgestemd op cijfers uit het SSB en de productiestatistieken, vanwege een nieuwere schatting daarvoor. Elk van deze bronnen heeft voor- en nadelen.

Het SSB is een verzameling bestanden die aan elkaar gekoppeld kunnen worden op persoonsniveau. De bestanden zijn gemaakt uit landelijk dekkende registraties zoals van het UWV, de Belastingdienst en de Gemeentelijke Basisadministratie. Daarmee is veel basisinformatie over banen en lonen beschikbaar. Het grote voordeel is de nagenoeg complete dekking van de Nederlandse bevolking. Een nadeel is de beperkte inhoud van de informatie.

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen

In de dataverzameling van de gegevens van zorginstellingen die het CBS nodig heeft speelt het jaardocument maatschappelijke verantwoording zorginstellingen een belangrijke rol. De jaardocumenten bevatten daarnaast ook gegevens over de kwaliteit van de zorg (prestaties).

Het doel van het jaardocument is het verstrekken van verantwoordingsinformatie aan belanghebbenden over de aanwending van de collectieve middelen voor AWBZ en Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg. Transparante verantwoording van instellingen die in de sector zorg aanbieden vallen onder de Regeling verslaggeving WTZi. Het Jaardocument bundelt jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen op grond van wet- en regelgeving samen in één document. Het Jaardocument is voor alle zorginstellingen gelijk met indien van toepassing specifieke vragen. Het Jaardocument 2008 bestaat uit een maatschappelijk verslag, een jaarrekening, de

wettelijk verplichte bijlagen en branche specifieke vragenlijsten. Het maatschappelijk verslag bestaat uit informatievragen die van toepassing zijn op het profiel van de organisatie, Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering, Beleid, inspanningen en prestaties en de jaarrekening. De wettelijk verplichte bijlagen bevat de feitelijke gegevens van de organisatie, die via de webapplicatie DigiMV kunnen worden aangeleverd.¹²

OECD Health Data

De OECD verzamelt voor vergelijking tussen landen gegevens over 88 indicatorgebieden en over gezondheid, zorgvoorzieningen (health care resources), zorggebruik, zorguitgaven, financiering van zorg, sociale bescherming (social protection), de farmaceutische markt, niet-medische determinanten van gezondheid, demografische en economische gegevens. Al deze indicatorgebieden kennen weer een veelheid aan onderliggende indicatoren of uitsplitsingen naar bevolkingsgroepen (leeftijd, geslacht, inkomen, ziekteoorzaken, zorgverleners en zorginstellingen, zorgverrichtingen). Samen vormt dit in een document van 17 pagina's met circa 550 te meten variabelen.¹³

Het CBS bezit overzichtlijsten waarin systematisch op een rij staat op basis van welke primaire gegevensbronnen de gegevens voor deze variabelen verzameld worden. In de CD-ROM van de OECD Health Data 2009 kan in het onderdeel definitions and datasources per variabele per land een document worden geopend, waarin een regel staat over de gebruikte bronnen. Achterliggende spreadsheets kunnen eveneens worden ontsloten via URL's die staan weergegeven in 'Health at a Glance', de jaarlijkse publicatie over gezondheid en zorg van de OECD.

Wat de zorguitgaven betreft geeft Gezondheid en zorg in cijfers 2009 (pagina 103) wel informatie over de *aanlevering* vanuit de landen (waaronder Nederland): Sinds 2005 worden gegevens over uitgaven aan gezondheidszorg aangeleverd door één nationale bron aan de WHO, OECD en Eurostat. Deze drie internationale organisaties hebben daartoe een gezamenlijke vragenlijst (JHAQ: Joint Health Accounts Questionnaire) opgesteld en gezorgd voor één contact per land. Maar deze aanleveringsafspraken geeft op zich zelf nog geen inzicht in de gegevensbronnen waaruit de data afkomstig zijn.

¹² www.zorggegevens.nl

¹³ OECD. List of variables in OECD health data 2009, june 09. 38984666[1].pdf

5. LACUNES

In de Zorgbalans 2010 (hoofdstuk 6) wordt beoordeeld hoe goed het conceptuele model van de Zorgbalans met gegevens gevuld wordt, worden een aantal prioriteiten beschreven waaraan een volgende Zorgbalans extra aandacht zou moeten besteden en wordt op het niveau van gegevensbronnen een aantal verbeteringen én lacunes besproken.

Verbeteringen vonden plaats m.b.t. de ervaringen van burgers, patiënten en cliënten (CQ-indexen) en de tweede landelijke peiling van de normen verantwoorde zorg.

Lacunes en trendbreuken in trendgegevens

Over lacunes schrijft de Zorgbalans 2010 (pg. 232-3):

Een aantal indicatoren is in deze editie van de Zorgbalans afgefallen omdat er door registrerende instellingen geen nieuwe metingen uitgevoerd zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitsindicatoren gezondheidsbeleid op scholen, de oordelen van Awbz-cliënten over het Centrum Indicatiestelling Zorg, en de ervaringen van patiënten met medische hulpmiddelen. Bij een aantal andere indicatoren is sprake van een methodologische trendbreuk doordat registrerende instanties de afgelopen jaren hun meetmethoden hebben veranderd of correcties hebben uitgevoerd. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de indicatoren wachttijden in ziekenhuizen en het aantal onverzekerden. Een aanzienlijk aantal trendbreuken ontstaat als gevolg van veranderingen in de zorg, die doorwerken in de omschrijvingen van indicatoren. Voorbeelden betreffen de veranderende inhoud van het Rijksvaccinatie Programma, de veranderingen in de leeftijdsgrens bij de vaccinatie voor de seizoensgriep, aanpassingen in de normen voor het minimaal aantal te verrichten specialistische operaties in ziekenhuizen, beleidsmatige veranderingen in de financiële tegemoetkomingen voor chronisch zieken en aanpassingen in het aandeel medische behandelingen in het vrije onderhandelingssegment (B-segment), integrale bekostiging van chronisch ziekenzorg (onder andere diabeteszorg) en de invoering van zorgzwaartepakketten in de langdurige zorg.¹⁴

Deze methodologische, beleidsmatige en zorginhoudelijke trendbreuken belemmeren het zicht op de werkelijke ontwikkelingen. Soms is de invloed zo aanzienlijk, bijvoorbeeld bij wachttijden in de ziekenhuizen, dat geen adequaat inzicht in de werkelijke trend in de afgelopen jaren mogelijk is. Wanneer registraties veranderen, zijn behalve voor de vernieuwing van de registratie ook extra investeringen nodig om - in ieder geval tijdelijk - een goede vergelijking met voorgaande jaren te garanderen.

Stand van zaken internationale vergelijkingen

De ruggengraat voor de internationale vergelijkingen in de Zorgbalans wordt gevormd door de vergelijking van de kwaliteit van zorg met andere OECD-landen (Health at a Glance). Daarnaast zijn opnieuw gegevens van de Commonwealth Fund International Health Policy Survey gebruikt, waaraan Nederland

¹⁴ Aanvullende noot: Een nieuwe lacune betreft de indicator meerbedskamers in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In 1998 is begonnen met de afbouw van meerbedskamers. Binnen het VWS-beleid is expliciet als doel gesteld meerbedskamers tot 0 af te bouwen in 2010. In 2009 was dit één van de maatregelen waarvoor extra financiering is vrijgemaakt in de vorm van een investeringsimpuls. Met het verdwijnen van het College Bouw Zorginstellingen per 31 december 2009 wordt het voorkomen van meerbedskamers echter nergens meer centraal geregistreerd.

sinds 2006 deelneemt, en waarin behalve de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië en Duitsland ook Frankrijk (sinds 2008), Noorwegen en Zweden (sinds 2009) participeren. De Zorgbalans maakt geen gebruik van de internationale gegevens van de Euro Health Consumer Index, omdat er veel wetenschappelijke kritiek is op de selectie, betrouwbaarheid en interpretatie van deze gegevens.

Lacunes in internationale vergelijkingen

De kwaliteit van de internationale vergelijkingen in de Zorgbalans is momenteel vooral afhankelijk van het tempo waarin de aanlevering van geharmoniseerde gegevens vanuit Nederland en andere landen aan de OECD toeneemt. Deze loopt op veel punten vanuit Nederland goed, maar op enkele essentiële punten juist niet, doordat goede Nederlandse gegevens ontbreken.

Bij de aanlevering van Nederlandse gegevens in 2009 aan de OECD voor de indicatoren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bleken verschillende knelpunten in de informatievoorziening te bestaan die terug te voeren zijn op registratieproblemen in Nederland (RIVM, 2008). Dat betreft vooral de voortdurend verdere achteruitgang in kwaliteit van en de deelname aan de Landelijke Medische Registratie (LMR), waardoor geen gegevens over medische complicaties, vermijdbare ziekenhuisopnamen en heropnames in verband met psychische aandoeningen konden worden aangeleverd.

- Voor het nieuw te ontwikkelen onderdeel patiëntveiligheid heeft de OECD de indicatoruitkomsten van de verschillende landen uitgebreid geanalyseerd, waarbij gekeken is naar de plausibiliteit, betrouwbaarheid en validiteit. De Nederlandse gegevens van de LMR met betrekking tot medische complicaties bij ziekenhuisopnamen bleken onvoldoende en konden niet gebruikt worden. De oorzaak daarvan is dat nevendagnosen slecht geregistreerd dan wel ernstig ondergeregistreerd worden.
- Voor de ‘vermijdbare ziekenhuisopname’-indicatoren kwam hier nog eens het probleem bij dat de LMR steeds onvollediger begint te worden. De deelname van de ziekenhuizen is in de loop van de tijd afgenomen evenals de volledigheid van registreren. Zo registreren sommige ziekenhuizen geen nevendagnosen en/of geen verrichtingen meer of worden vage ziekenhuisdiagnosen gecodeerd.
- Voor de GGZ heeft Nederland helemaal geen gegevens kunnen aanleveren. Het bleek niet mogelijk de benodigde heropnamecijfers voor psychische en psychiatrische aandoeningen te berekenen doordat in het DBC-informatiesysteem (DIS) de start- en einddatum van een klinische opname niet goed waren vast te stellen en er IT-problemen waren.

Deze gebrekkige registratie heeft er toe geleid dat Nederland niet heeft kunnen meedoen aan de ontwikkeling van een aantal gewenste internationale indicatoren op het belangrijke terrein van veiligheid in de zorg.¹⁵ Voor toekomstige gegevensleveranties aan de OECD wordt de verminderende beschikbaarheid van deugdelijke Nederlandse ziekenhuisgegevens ook voor al bestaande indicatoren een onoverkomelijk probleem. Voor de aanlevering van deze gegevens aan internationale organisaties is de Nederlandse overheid uiteindelijk verantwoordelijk. Het aantal informatieverplichtingen vanuit de EU op het terrein van de volksgezondheid en zorg neemt toe. Op het gebied van de langdurige zorg zijn nog nauwelijks internationale vergelijkingen beschikbaar.

¹⁵ Aanvullende noot: Nederland valt in negatieve zin op, aangezien het merendeel van de West-Europese landen deze gegevens wel aanleveren.

Enkele belangrijke verbeteringswensen niet in gang gezet (pg. 234-5)

Het samenvattend oordeel over de informatievoorziening van de *tweede* Zorgbalans luidde: “Omdat de Zorgbalans primair een monitor-instrument is, vormt de gebrekkige continuïteit van registraties het grootste zorgenkind. Als de LMR in ziekenhuizen wegvalt, valt ook een aanzienlijk deel van de Zorgbalans weg. Het ministerie van VWS heeft hierin een regietaak. In de derde Zorgbalans luidt de constatering: twee belangrijke prioriteiten – LMR en Nationale Studie – zijn het belangrijkste voor de Nederlandse informatievoorziening en blijven problematisch.

Aan de continuïteit van de LMR wordt weliswaar aandacht besteed, maar de situatie blijkt de afgelopen jaren juist verder verslechterd in plaats van verbeterd te zijn (zie bij internationale vergelijkingen voor de aanzienlijke ernst van deze negatieve effecten). Een duidelijk effect van het verzoek van het ministerie van VWS aan de ziekenhuizen om aan de LMR te blijven deelnemen dan wel die deelname te hervatten (VWS, 2009d) is nog niet merkbaar.

Van de oorspronkelijke plannen voor de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn (Meuwissen et al., 2007) blijkt slechts een beperkt deel gefinancierd te kunnen worden. Dit beperkt het zicht op de trendmatige ontwikkelingen in de huisartsenzorg (zoals de poortwachtersfunctie) en de andere eerstelijnsdisciplines. Wel wordt er gewerkt aan een Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnszorg (LINEL). Hierin worden monodisciplinair georiënteerde registratiesystemen geïntegreerd tot een multidisciplinair eerstelijnsstelsel, waarin onder andere verrichtingen van verschillende zorgverleners zijn opgenomen (NIVEL, 2010).

6. PRIORITEITEN IN INDICATORDOMEINEN WAAR VERBETERING WENSELIJK IS

In de vorige paragraaf waren lacunes aan de orde die de continuïteit van de bestaande indicatoren bedreigen. In deze paragraaf staan een ander type verbeteringwensen in de informatievoorziening voor de Zorgbalans centraal, namelijk:

1. indicator domeinen waarvoor nog geen gegevens beschikbaar zijn uit primaire dataverzamelingen en waarvoor dus primaire dataverzameling moet worden opgestart,
2. indicator domeinen waarvoor verdiepende analyses wenselijk zijn, en waarvoor eerst moet worden nagegaan of de benodigde gegevens daarvoor al wel bestaan en indien dat niet het geval is, alsnog primaire dataverzameling moet worden opgestart.

Dit betreft de volgende indicator domeinen (box 6.2.1, pg. 230). Ten behoeve van deze notitie is bij elk indicator domein toegevoegd welk type vervolgstap wenselijk is (cursief gedrukt).

Kwaliteit

1. Geestelijke gezondheidszorg: deze sector loopt duidelijk achter op de andere zorgsectoren met de ontwikkeling en empirische invulling van kwaliteitsindicatoren. --> *indicatorontwikkeling en nieuwe primaire dataverzameling nodig.*
2. Terminale en palliatieve zorg: de volgende stap is het verzamelen van empirische gegevens voor de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. --> *nieuwe primaire dataverzameling nodig.*
3. Samenhang in de zorg: het toenemend aantal initiatieven rond de invoering van ketenzorg maken het wenselijk om systematisch te monitoren hoe het staat met de coördinatie van de zorg, zowel op patiëntniveau als op systeemniveau (aansluiting tussen sectoren). --> *deels nieuwe primaire dataverzameling nodig (voor ketenzorg).*

Toegankelijkheid

4. Aandacht voor verschillen in toegankelijkheid: de Zorgbalans beschrijft tot nu toe hoe de 'gemiddelde' burger de toegankelijkheid van de zorg ervaart. Daarmee ontstaat geen zicht op bevolkingsgroepen voor wie de toegankelijkheid mogelijk tekort schiet.¹⁶ Daarom is het wenselijk in een volgende Zorgbalans verschillen in ervaren toegankelijkheid én kwaliteit tussen bevolkingsgroepen te analyseren, met aandacht voor de zorg voor kwetsbare groepen, zoals dak- en thuislozen en andere doelgroepen waarop de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg zich richt. --> *nagaan of analyses naar SES mogelijk zijn in CQ-indexen (vermoedelijk wel) en in uitkomstindicatoren kwaliteit (vermoedelijk niet); deels nieuwe datakoppelingen nodig (uitkomstindicatoren kwaliteit) en deels nieuwe dataverzameling nodig (doelgroepen OGGZ).*

Kosten en doelmatigheid

5. Arbeidsproductiviteit in relatie tot kwaliteit: arbeidsproductiviteit wordt nu nog vooral gemeten los van de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarmee wordt niet duidelijk of een toename van het aantal cliënten dat geholpen wordt, mogelijk gepaard gaat met 'verschraling' van de zorg. Anderzijds wordt ook niet duidelijk of bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit de kwaliteit van de geleverde zorg toeneemt. Een nadere verkenning hiervan is

¹⁶ Aanvullende noot: Ook op verschillen in de kwaliteit van de ontvangen zorg tussen verschillende bevolkingsgroepen is weinig zicht.

wenselijk. De NZa en de Zorgbalans zijn van plan om op dit terrein nauwer te gaan samenwerken. --> *nagaan of analyses met beschikbare data mogelijk zijn.*

Sectoren

6. Het zwaartepunt van deze Zorgbalans ligt bij de curatieve zorg. De wens is om in de volgende Zorgbalans meer aandacht te besteden aan de langdurige zorg (met name gehandicaptenzorg, langdurige GGZ en veranderingen in de uitvoering van de Awbz) en aan indicatoren die de voortgang van de preventie in de zorg in beeld kunnen brengen. --> *nagaan welke indicatoren met bestaande data in kaart te brengen zijn, maar deels vermoedelijk ook nieuwe primaire dataverzameling nodig (voor preventie in de zorg).*

Onderlinge samenhang systeendoelen

7. Steeds dwingender wordt de vraag gesteld in hoeverre het mogelijk is om gelijktijdig de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te beheersen. Dat vraagt om een analyse van de onderlinge samenhang tussen kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. --> *nagaan of analyses met beschikbare data mogelijk zijn.*

7. ANDERE ONTWIKKELINGEN

Andere ontwikkelingen (niet in de Zorgbalans 2010 genoemd):

Betrouwbaarheid van kwaliteitsindicatoren:

Er is al een aantal jaren een discussie gaande over de betrouwbaarheid van kwaliteitsindicatoren. Deze gaat o.a. over de betrouwbaarheid van ziekenhuissterftecijfers (critici wijzen erop dat deze nooit voldoende gecorrigeerd kunnen worden voor case-mix en onvermijdbare sterfgevallen), op onbetrouwbaar invulgedrag (bijv. bij DBC's vanwege financiële belangen) en op de kwaliteit van de zorgverlening in de langdurige zorg (vanwege de loyaliteit van de bewoners van deze instellingen)¹⁷. In dit verband is het project Zichtbare Zorg van belang. Hierover schrijft de Zorgbalans 2010 (pg. 229-30). Het bureau Zichtbare Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ondersteunt de zorgsectoren bij de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Op dit moment zijn er samen met het veld indicatorensets ontwikkeld voor openbare gezondheidszorg, verloskunde eerste lijn, openbare apotheken, ziekenhuizen, privéklinieken, gehandicaptenzorg, verpleeghuizen/ thuiszorg/ verzorgingshuizen, kraamzorg en GGZ. Daarnaast worden nog nieuwe sets indicatoren ontwikkeld, onder andere voor ketenzorg van enkele chronische ziekten.

Sets van kwaliteitsindicatoren bevinden zich in verschillende stadia van ontwikkeling. Met de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen heeft de IGZ inmiddels de meeste ervaring.¹⁸ Dit betreft vooral proces- en structuurindicatoren, het aantal uitkomstindicatoren is nog laag. Het duurt gewoonlijk een aantal jaren voordat de eerste gegevens beschikbaar komen.

Toename van analyses en rapportages door belanghebbende partijen

De Zorgbalans is niet het enige rapport dat de stand van de zorg in kaart brengt. Diverse andere partijen rapporteren hierover, waaronder ook commerciële of belanghebbende organisaties. De wetenschappelijke kwaliteit van deze rapporten is niet altijd het eerste doel waar deze organisaties naar streven. Ze zijn vaak wel geruchtmakend omdat ze forse uitspraken kunnen doen. De taak van de Zorgbalans is om zo neutraal en onderbouwd mogelijk te rapporteren. Daar hoort ook bij het op waarde schatten van deze andere rapportages. Dit geldt ook voor internationaal vergelijkende rapporten van commerciële bureaus zoals de Euro Health Consumer Index.

Invloed van beleidswijzigingen op analyse van trends in de tijd en toegankelijkheid van gegevens

Beleidswijzigingen zoals de stelselwijziging hebben een sterke invloed op gegevensverzamelingen in de gezondheidszorg doordat ze tot aanpassingen in de gegevensbehoefte leiden. Dit vermindert de vergelijkbaarheid van gegevens en bemoeilijkt de analyse van tijdtrends. Een voorbeeld is de verandering in de ziekenhuisfinanciering die tot de opbouw van de DBC-registratie heeft geleid met als doel om de concurrentie tussen zorgverleners te bevorderen en uiteindelijk de zorg beter en efficiënter te maken. Er is daarmee een nieuwe registratie gestart met een

¹⁷ De NPCF houdt daarom naast enquêtes onder bewoners ook interviews met hen en vraagt burgers naar hun ervaringen (zorgkaartnederland.nl; consumentendezorg.nl). Bron: Trouw 28 juni 2010

¹⁸ Geelhoed, J. Van indicatoren naar kwaliteitsinformatie. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen.88, 2010 (2): 46-7.2

nieuwe tijdreeks, die nog steeds instabiel is en die vergelijking met kosten van behandelingen in het verleden bemoeilijkt. Het kost veel aanvullende gegevens en/of aannames en veel aanvullende analyse-inspanningen om dan toch nog enig zins op die tijd trends te krijgen. Hoewel veranderingen in registraties soms onvermijdelijk zijn door beleidswijzigingen, vraagt ieder geval een aparte analyse en oplossing. De toenemende concurrentie in de zorg kan ook tot verminderde toegankelijkheid van gegevens leiden omdat concurrerende partijen een belangrijk deel van hun gegevens als bedrijfsgeheim beschouwen. Zorgverzekeraars bijvoorbeeld beschikken over volledige en betrouwbare registraties, maar dit is uiteraard bedrijfsinformatie.

8 CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Kritische infrastructuur

De Zorgbalans monitort 125 indicatoren over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de gezondheidszorg. De gegevens zijn afkomstig uit 68 gegevensbronnen van 30 verschillende gegevensverzamelaars (of combinaties daarvan). De Zorgbalans maakt uitsluitend gebruik van al beschikbare data:

alle gegevens worden primair voor andere doeleinden buiten de Zorgbalans verzameld.

Het aantal gebruikte gegevensbronnen in de Zorgbalans is omvangrijk. Daarmee is ook de kritische gegevensinfrastructuur van de Zorgbalans omvangrijk. Ook al geldt tegelijkertijd dat de Zorgbalans regelmatig maar enkele gegevens uit de vaak veel uitgebreidere gegevensset van de beschikbare gegevensbronnen gebruikt.

De Zorgbalans maakt gebruik van een vijftal verschillende typen gegevensbronnen¹⁹:

- 1 enquêtes onder burgers, patiënten en hun naasten over hun zorggebruik en ervaringen met zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars,
- 2 enquêtes onder zorgverleners over hun oordeel over de kwaliteit van de zorg die zij (kunnen) verlenen,
- 3 enquêtes/registraties van zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars over de verleende zorg en over kenmerken van hun patiënten en cliënten,
- 4 enquêtes/jaarverslagen van zorginstellingen en zorgverzekeraars over hun inkomsten en uitgaven en over kenmerken van hun personeel,
- 5 locatiegegevens van zorgverleners en zorginstellingen om de geografische toegankelijkheid in kaart te kunnen brengen.

Dit onderscheid in type gegevensbronnen maakt duidelijk dat de gegevensbronnen elkaar, wat betreft het gebruik in de Zorgbalans, vooral aanvullen²⁰. In deze notitie is een koppeling gelegd tussen de typen gegevensbronnen en de typen indicatoren waarvoor deze gegevensbronnen gebruikt zijn. Dit maakt het eenvoudiger een antwoord te geven op de vraag welk deel van de Zorgbalans zou wegvallen als de kwaliteit van een gegevensbron zou verslechteren of als de continuïteit van een gegevensbron in gevaar zou komen.

Lacunes en verbeteringswensen

De verslechtering van de LMR en het niet doorgaan van de plannen voor de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn veroorzaken ernstige lacunes in de informatievoorziening van de Zorgbalans. Bij de LMR gaat het dan bijvoorbeeld om de internationale vergelijking van de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg en de sterfte aan acute aandoeningen als myocardinfarct of beroerte. Bij de Nationale Studie over informatie over diagnostiek

¹⁹ Deze typering is duidelijk anders dan die in de notitie over de informatiebronnen die voor de VTV nodig zijn. In de VTV worden vier typen gegevensbronnen onderscheiden: health interview surveys, health examination surveys, huisartsenregistraties en overige zorgregistraties. [Terzijde: tegelijkertijd geldt dat bepaalde gegevensbronnen, zoals POLS en LINH zowel in de Zorgbalans als de VTV gebruikt worden, maar dan betreft het wel andere variabelen uit de bronnen].

²⁰ Deze notitie bevat geen analyse van de mogelijke overlap tussen gegevensbronnen en van de mogelijkheden de gegevensinfrastructuur in Nederland te vereenvoudigen. Dat vergt een ander type analyse. Die analyse zou moeten uitgaan van de primaire doelen waarvoor gegevensbronnen zijn opgericht. Bij de oprichting van gegevensbronnen speelt, zoals gezegd de Zorgbalans (zeker tot nu toe) nauwelijks een rol.

en zorggebruik in de eerste lijn, verwijsstromen, het volgen van richtlijnen en het verschil tussen ervaren gezondheidsproblemen en gebruik van eerstelijnszorg.

Door gebruikers is op een aantal tekortkomingen van de Zorgbalans gewezen. Dit leidt tot een aantal (nieuwe) informatiewensen rond indicatoren waarvoor nog geen gegevens beschikbaar zijn en tot een aantal (nieuwe) analysewensen op basis van beschikbare gegevens. Wat betreft de analysewensen in het Zorgbalans-team nu als eerste aan zet. Het Zorgbalans-team zal na moeten gaan of er voldoende gegevens beschikbaar zijn om de nieuw gewenste analyses te kunnen uitvoeren (door koppeling van gegevensbronnen of door beschikbare gegevens verder uit te splitsen, bijvoorbeeld naar SES). Pas als blijkt dat dit niet mogelijk is, komt daar de kwestie van het verzamelen van nieuwe gegevens aan de orde. Op een aantal onderdelen is dat al uitgezocht en is er onvoldoende informatie beschikbaar. Die nieuwe informatiewensen betreffen vooral de kwaliteit van palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, ketenzorg en preventie in de zorg. Wat betreft deze nieuwe informatiewensen sluit de Zorgbalans zich aan bij al lopende processen rond de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en de gegevensverzameling die hiervoor nodig is.

LITERATUUR

Westert GP, Verkleij H (red.). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2006.

Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

Westert GP, Berg MJ van den, Zwakhals SLN, Heijink R, Jong JD de, Verkleij H. Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg. . RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010

Website

<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>. Alle drie de Zorgbalansrapporten zijn hier te downloaden.