



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Definitierapport Zorgbalans

RIVM rapport 260612001/2011

M.J. van den Berg | C. Deuning | R. Gijzen |

A. Hayen | R. Heijink | M. Kooistra |

M. Lambooij | L.C.M. Limburg



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Definitierapport Zorgbalans

RIVM Rapport 260612001/2011

Colofon

© RIVM 2011

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

RIVM-rapportnummer: 260612001/2011

M.J. van den Berg
C. Deuning
R. Gijsen
A. Hayen
R. Heijink
M. Kooistra
M. Lambooj
L.C.M. Limburg

Contact:

M.J. van den Berg
Preventie en zorgonderzoek (PZO)
Michael.van.den.Berg@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van de Zorgbalans.

Rapport in het kort

Definitierapport Zorgbalans

De Zorgbalans brengt met behulp van 125 indicatoren op hoofdlijnen de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in beeld. Enkele voorbeelden zijn: vóórkomen van ziekenhuisinfecties, bereikbaarheid huisartsen, ligduur in ziekenhuizen en ontwikkelingen in zorguitgaven. Dit rapport beschrijft de indicatoren en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg

De Zorgbalans is het resultaat van een afweging tussen wetenschappelijk onderzoek, beleidsdoelstellingen en praktische mogelijkheden om gebruik te maken van gegevens. Aan de 125 indicatoren ligt een grote hoeveelheid gegevens ten grondslag uit veel en diverse bronnen, zoals jaarverslagen en diverse registraties van zorgaanbieders, en enquêtes onder zorggebruikers. De drie hoofdthema's zijn: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Het RIVM vergelijkt de gegevens over prestaties met eerdere meetmomenten, cijfers uit andere landen, beleidsnormen en tussen organisaties. Dit maakt het gemakkelijker om er beleidsrelevante conclusies uit te trekken: is er een positieve trend of een negatieve? Doet Nederland het beter of juist slechter dan andere landen? En wordt voldaan aan beleidsnormen?

Relatie tot andere producten

Verder wordt beschreven hoe de Zorgbalans zich verhoudt tot andere publicaties over de gezondheidszorg en hoe deze is ingebed in de nationale en internationale onderzoekswereld. Vooral de afstemming met de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM en de wijze waarop deze twee producten elkaar aanvullen en versterken, komen uitvoerig aan bod.

Het RIVM maakt de Zorgbalans in opdracht van het ministerie van VWS en is bestemd voor beleidsmakers en voor anderen die willen weten hoe het zorgsysteem presteert. De Zorgbalans verschijnt sinds 2006 elke twee jaar. Vanaf 2011 worden twee maal per jaar actuele gegevens via de website gepresenteerd, en verschijnt eens in de vier jaar een rapport. Het eerstvolgende rapport verschijnt in 2014.

Trefwoorden:

Zorgbalans, gezondheidszorg, indicatoren

Abstract

Dutch Health Care Performance Report

The Dutch Health Care Performance Report (DHCPR) monitors the performance of Dutch health care using 125 indicators. Such indicators include hospital-acquired infections, access to general practitioners, length of hospital stay, and trends in health care expenditure. This report describes the criteria for and the process of indicator selection.

Quality, accessibility and affordability of care

The DHCPR is the result of balancing the scientific state of the art, policy objectives and actual possibilities of the use of data. The set of indicators used is based on a large amount of data from many different sources, such as annual reports, patient surveys and care provider registries. The three major themes correspond to the three system goals of the policy of the Ministry of Health, Welfare and Sport: quality, accessibility and affordability of care.

In the DHCPR performance figures are compared to the figures of previous years, other countries, policy standards and if possible between health care providers. This enables us to draw policy relevant conclusions: Is it possible to identify a positive (or negative) trend? How does Dutch health care performance compare to other countries? And, does Dutch health care performance meet policy standards?

Dutch Health Care Performance Report and other RIVM products

This report also describes how the DHCPR compares to other RIVM products and how it is embedded in the national and international research communities. Especially the relation between the DHCPR and the Health Status and Forecast report is extensively discussed, in particular the ways in which the two products are complementary and mutually reinforcing.

The Ministry of Health, Welfare and Sport has commissioned RIVM to produce the DHCPR. The DHCPR is made for policy makers and for anyone who wants to know how the Dutch health system performs. The DHCPR was published three times, in 2006, 2008 and 2010. From 2011 information will be updated twice a year on the website www.gezondheidsZorgbalans.nl. Starting in 2014 the report will be published once every four years. The reports are also published in English, see <http://www.healthcareperformance.nl/>.

Inhoud

1	Inleiding—9
2	Indicatorenset en bronnen—11
3	Indicatorontwikkeling—15
3.1	Indicatorontwikkeling en samenhang tussen indicatoren—15
3.2	Fase 1: vaststellen van conceptueel kader—15
3.3	Fase 2: specificeren onderwerpen en bijbehorende kernactiviteiten—16
3.4	Fase 3: formuleren van indicatoren—19
3.5	Fase 4: testen en implementeren van de indicatoren—19
4	Aansluiting bij beleid—21
5	Rapportage en communicatie—23
6	Benchmarks en internationale vergelijkingen—25
7	Inbedding binnen de nationale en internationale onderzoekswereld—27
8	Verbindende thema's—29
9	Afstemming tussen Zorgbalans en Volksgezondheid Toekomst Verkenningen—31
10	Organisatie en uitvoering—37
	Literatuur—39
	Bijlage 1: Indicatoren in de Zorgbalans op 1-1-2012—41
	Bijlage 2: Systematische indicatorbeschrijving—45
	Bijlage 3: Belangrijke wijzigingen op de website—47
	Bijlage 4: Samenstelling Zorgbalansteam in 2011—49

1 Inleiding

De Zorgbalans rapporteert regelmatig over prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van ongeveer 125 indicatoren. De eerste editie van de Zorgbalans verscheen in 2006 in de vorm van een rapport (Westert & Verkleij, 2006). In 2008 en 2010 verschenen de tweede en derde editie (Westert et al., 2008; Westert et al., 2010). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is opdrachtgever; de doelgroep van de Zorgbalans bestaat uit beleidsmakers, professionals, onderwijs en iedereen die meer wil weten over de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. De resultaten geven een beeld van de Nederlandse gezondheidszorg vanuit een macroperspectief.

Met ingang van 2011 is de Zorgbalans overgegaan van een tweejaarlijkse naar een vierjaarlijkse cyclus. Deze cyclus zal gelijk opgaan met die van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Het volgende rapport zal verschijnen in 2014. Door de overgang naar een vierjaarlijkse cyclus krijgt de Zorgbalans ook een andere verschijningsvorm dan voorheen. In de oude situatie vormde het rapport het belangrijkste product van de Zorgbalans, al zijn eerdere edities ook steeds beschikbaar gemaakt in de vorm van een website. Inhoud van het rapport en de website kwamen grotendeels overeen. Op 31 mei 2011 is de nieuwe website van de Zorgbalans gelanceerd. Op de website zal twee maal per jaar een aantal indicatoren worden geactualiseerd. Bij de eerste release gebeurde dit al met 22 indicatoren. In het rapport dat in 2014 zal verschijnen, wordt teruggeblikt op de afgelopen vier jaar. Naast de rapportage van indicatoren biedt het boek ook reflectie op de resultaten van de voorgaande jaren. Door de website meer centraal te stellen kan de Zorgbalans sneller reageren en informatie meer up-to-date houden.

De opdracht

Voor de periode 2011-2014 is de opdracht zoals geformuleerd door het ministerie van VWS als volgt:

1. het maken van de Zorgbalans 2014 inclusief een voorstel voor het jaarlijks up-to-date houden van de website en een daarmee gepaard gaand persmoment;
2. een concreet voorstel voor de integratie van de 'achterkant' van de Zorgbalans en de VTV.

De functies

De Zorgbalans integreert in Nederland beschikbare gegevens en kennis over de prestaties van de gezondheidszorg. Het vormt samen met de VTV en de websites Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid, Kosten van Ziekten en Zorggegevens een belangrijke informatiebron voor iedereen die meer wil weten over de volksgezondheid, preventie en de gezondheidszorg. We onderscheiden drie functies van de Zorgbalans:

- het leveren van informatie voor beleid. Hierbij valt vooral te denken aan ondersteuning bij het bepalen van beleidsdoelstellingen en -prioriteiten zoals die worden geformuleerd in het regeerakkoord en de beleidsnota, en aan de evaluatie van het beleid;
- het leveren van een overzicht van de prestaties van de gezondheidszorg;
- het identificeren van hiaten in beschikbare kennis en gegevens over de prestaties van de gezondheidszorg.

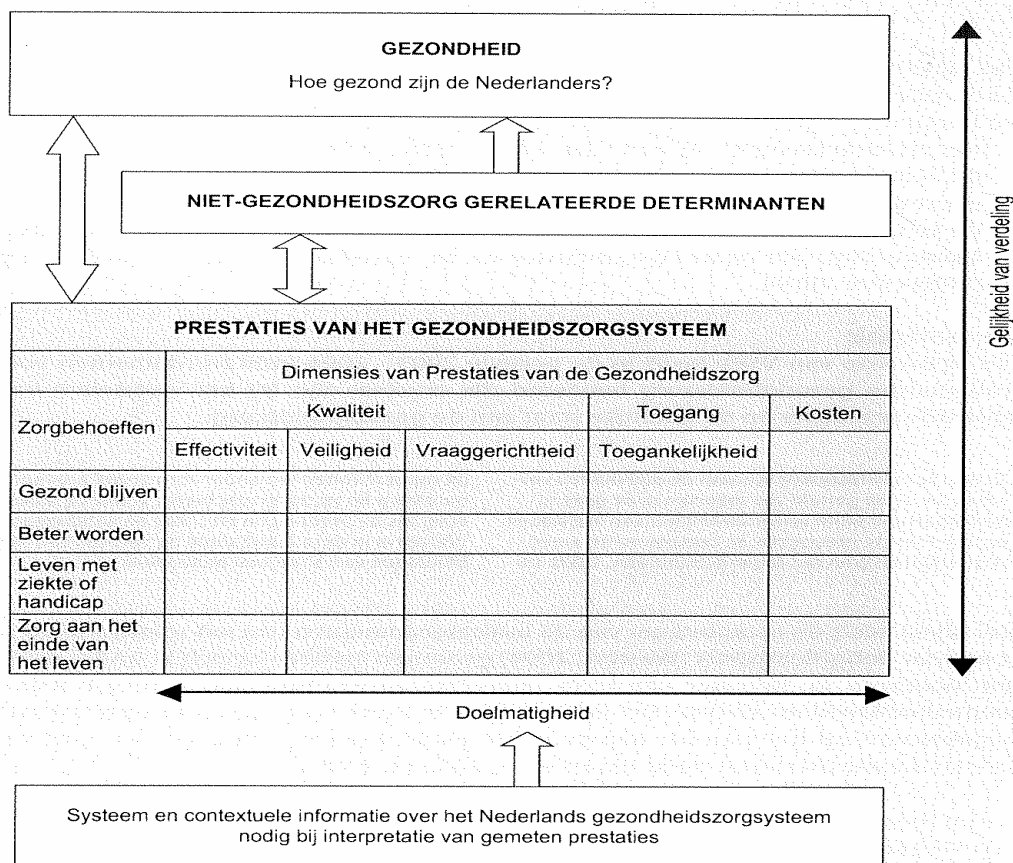
Deze functies zullen verderop in het rapport uitvoeriger worden beschreven.

In dit definitierapport beschrijven we wat de inhoud van de volgende Zorgbalans zal zijn, hoe de Zorgbalans er uit zal komen te zien en hoe deze gemaakt zal gaan worden. Daarbij blijven diverse aspecten onvermeld. De reden hiervoor is dat er sinds 2006 al drie edities van de Zorgbalans zijn verschenen. We streven naar continuïteit en met veel zaken zullen we dan ook op dezelfde voet verder gaan. In dit rapport zal vooral worden ingegaan op de zaken die verbeterd zullen worden of anders zijn dan voorheen. Daarnaast komt een aantal zaken aan de orde die extra aandacht behoeven, zoals de afstemming met de VTV.

2 Indicatorenset en bronnen

De Zorgbalans bevat 125 indicatoren die samen een beeld schetsen van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. De complete lijst van indicatoren op 1 januari 2012 is opgenomen in Bijlage 1. Deze indicatoren vormen de ruggengraat van de Zorgbalans. Voor het meten van die indicatoren werd voor de Zorgbalans 2010 gebruik gemaakt van 68 verschillende gegevensbronnen. Al sinds de eerste Zorgbalans heeft het ministerie van VWS, om extra registratielast voor zorgverleners te voorkomen, verzocht geen nieuwe dataverzamelingen en registraties in het leven te roepen, maar uit te gaan van wat al voorhanden is.

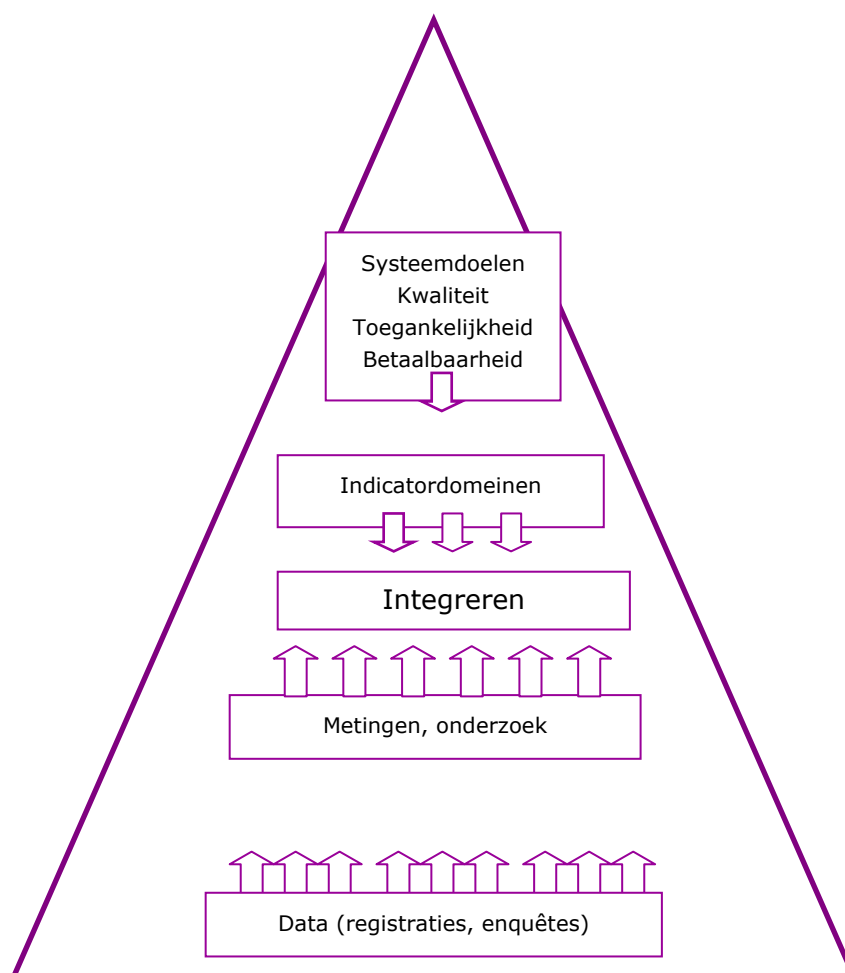
De keuze voor specifieke indicatoren is vooral gebaseerd op het onderliggende raamwerk van de Zorgbalans. Dit raamwerk is weergegeven in Figuur 1. We streven ernaar met een beperkt aantal indicatoren het hele raamwerk zoveel mogelijk te vullen. De wetenschappelijke state of the art staat hierbij centraal. Nieuwe inzichten kunnen soms leiden tot nieuwe indicatoren of tot het laten vervallen van indicatoren. Naast deze wetenschappelijke basis kunnen veranderingen in het beleid, nieuwe beleidsprioriteiten of actuele zaken aanleiding zijn om bepaalde zaken te monitoren. Tot slot wordt de keuze van indicatoren ook bepaald door de mogelijkheden om zaken te kunnen meten, en daarmee door beschikbaarheid van gegevens.



Figuur 1: Conceptueel raamwerk van de Zorgbalans.

Van bron naar beslissing

De wijze waarop indicatoren in de Zorgbalans tot stand komen, kan schematisch worden weergegeven met behulp van de indicatorenpiramide (Figuur 2). De piramide laat zien dat de kern van de Zorgbalans, de indicatorenset, het resultaat is van enerzijds een top-downbenadering en anderzijds een bottom-upbenadering. Deze lichten we hier kort toe.



Figuur 2: Indicatorenpiramide Zorgbalans.

Top-downbenadering

Bovenaan de piramide zien we de drie 'systeendoelen' van het gezondheidszorgbeleid: kwalitatief goede zorg, toegankelijke zorg en betaalbare zorg. Elk van deze doelen is geconcretiseerd in indicator domeinen. Zo wordt kwaliteit uitgewerkt in de indicator domeinen effectiviteit, veiligheid, coördinatie en afstemming, en vraaggerichtheid. Om te meten op deze domeinen zijn indicatoren nodig. Een indicator is 'een meetbaar element van de zorgverlening, vaak uitgedrukt in een teller en een noemer met een signalerende functie voor de kwaliteit van de zorg(aanbieder) over voorzieningen (structuurindicator), zorgproces (procesindicator) of resultaat van de zorg (uitkomstindicator)' (Regieraad, 2011). Daarmee zijn we in het midden van de piramide aanbeland.

Bottom-upbenadering

Aan de basis van de piramide bevinden zich databronnen. Dat kunnen zowel registraties zijn die worden bijgehouden door zorgverleners, als data die zijn verzameld door externe partijen, zoals de IGZ of onderzoeksinstituten. De databronnen zijn globaal in te delen in vijf categorieën:

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/cliënten;
4. enquêtes en 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.

Spanningsveld

In het midden van de piramide, waar de conceptuele benadering en de praktische, empirische benadering samenkomen, bestaat een spanningsveld. Sommige indicatoren die verwijzen naar kernelementen van de zorg en dus relevant zouden zijn voor de Zorgbalans, kunnen niet worden beschreven, bijvoorbeeld omdat de benodigde gegevens ontbreken, de gegevens niet toegankelijk zijn of niet betrouwbaar genoeg zijn. Andersom is lang niet alles wat wordt gemeten relevant voor de Zorgbalans. In de praktijk zal een indicator vaak een compromis zijn tussen wat conceptueel gezien van belang is en wat in de praktijk mogelijk is om te beschrijven.

We streven naar een voortdurende verbetering van de indicatorenset. Hierbij hanteren we de volgende principes in volgorde:

- Wordt de indicator al ergens gerapporteerd? Dan neemt de Zorgbalans de informatie over met bronvermelding.
- Is de informatie wel beschikbaar maar wordt deze niet gerapporteerd of in een vorm die niet past binnen de Zorgbalans? Dan vragen we de informatie op bij het betreffende instituut en vragen eventueel aanvullende analyses te doen.
- Zijn de onderliggende gegevens wel beschikbaar maar moeten deze eerst worden bewerkt en geanalyseerd? Het RIVM schakelt eigen onderzoekers in om analyses te verrichten of huurt hiervoor expertise in.
- Zijn de benodigde gegevens helemaal niet voorhanden? In dat geval signaleert het RIVM een hiaat en adviseren we de betrokkenen deze informatie te verzamelen. In sommige gevallen denkt het RIVM zelf mee over bijvoorbeeld vragenlijsten, en indiceren we dus zelf gegevensverzameling.

Samenvattend kunnen we stellen dat de focus van de indicatorenset breed is: de Zorgbalans geeft een indicatie van de prestaties van instellingen en beroepsbeoefenaren in de functies preventie, cure, care en flankerende voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening, op het gebied van alle te onderscheiden kwaliteitsdomeinen, op verschillende aggregatieniveaus. Deze alomvattendheid is kenmerkend voor de Zorgbalans. Aangezien de Zorgbalans het zorgsysteem tracht te beschrijven met een kernset van ongeveer 125 indicatoren (zie hoofdstuk 2) is het duidelijk dat keuzes in de selectie van onderwerpen is gemaakt.

In het volgende hoofdstuk gaan we gedetailleerder in op de indicatorontwikkeling zelf.

3 Indicatorontwikkeling

In dit hoofdstuk lichten we toe op welke wijze indicatoren worden ontwikkeld, en waar de keuze voor indicatoren op is gebaseerd. Hierbij maken we gebruik van het raamwerk van de Zorgbalans (Arah, 2005) en van de methodiek voor indicatorontwikkeling van Gijsen et al. (2009). Daarnaast presenteren we een uniforme wijze waarop belangrijke meta-informatie over een indicator zal worden weergegeven.

3.1 Indicatorontwikkeling en samenhang tussen indicatoren

Gijsen et al. (2009) identificeren vier fasen in de indicatorontwikkeling. Die fasen zijn:

1. het vaststellen van het doel, de gebruikers, de focus en de onderwerpen van de indicatorenset;
2. het specificeren van de onderwerpen en de bijbehorende kernactiviteiten;
3. het formuleren van indicatoren en het door deskundigen laten beoordelen daarvan;
4. het testen en implementeren van de indicatoren.

Hoewel deze methodiek van indicatorontwikkeling primair gericht is op de openbare of publieke gezondheidszorg, zijn de meeste elementen ook van belang bij het ontwikkelen van indicatoren voor andere gezondheidszorgdomeinen, zoals de curatieve zorg of de langdurige zorg. Vooral de vierde fase krijgt een wat andere invulling, omdat er geen sprake is van implementatie in organisaties. We lopen hieronder de genoemde vier fasen van indicatorontwikkeling langs.

Verschillende stappen die hier beschreven worden, vormen ook onderdeel van het raamwerk kwaliteitsindicatoren van het programma Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009). Dit raamwerk beschrijft zes stappen die worden doorlopen om indicatoren te ontwikkelen en beheren. Dat raamwerk is echter minder generiek van aard, maar richt zich specifiek op het programma Zichtbare Zorg.

3.2 Fase 1: vaststellen van conceptueel kader

Fase 1a: vaststellen doel

Het doel van de Zorgbalans is het presenteren van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg op systeemniveau (Delnoij et al., 2002; Westert & Verkleij, 2006). De prestaties worden weergegeven met behulp van prestatie-indicatoren. De indicatoren dienen de landelijke overheid inzicht te geven in het functioneren van het zorgsysteem als geheel. Het concept 'prestatie-indicator' sluit aan bij het fenomeen van een terugtrekkende overheid die desalniettemin de uiteindelijke controle op de uitvoering van de (deels) geprivatiseerde taken wil behouden (Delnoij et al., 2002).

Fase 1b: vaststellen gebruikers

Belangrijke gebruikers van de Zorgbalans zijn het ministerie van VWS en de volksvertegenwoordigers in de Tweede Kamer. Daarnaast richt de Zorgbalans zich op professionals buiten dit ministerie die geïnteresseerd zijn in de prestaties

van (onderdelen) van het zorgsysteem, zoals patiënten- en consumentenplatforms, zorgverzekeraars, (beleids)medewerkers in de zorg, (beleids)medewerkers van lokale overheden en GGD'en, wetenschappers, onderwijsinstellingen, voorlichters en de media.

Fase 1c: vaststellen focus en onderwerpen

Met het vaststellen van de focus van de indicatorenset doelen we op vragen als:

- Over wat zeggen de indicatoren iets (objecten)?
- Waarop hebben de indicatoren betrekking (kwaliteitsdomeinen)?
- Waarvoor verschaffen de indicatoren informatie (taakvelden)?
- Op welk aggregatieniveau (regio, instelling of medewerker) geven de indicatoren informatie?

Het ministerie van VWS is op systeemniveau verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Onder gezondheidszorg wordt verstaan het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin. De zorgverlening door de zorgverlener aan de individuele patiënt/cliënt staat centraal, al worden ook daaraan ondersteunende activiteiten tot de gezondheidszorg gerekend (zoals activiteiten uitgevoerd door assistenten, laboratorumpersoneel en management). Zorgverleners hebben een medische, verpleegkundige of verzorgende opleiding genoten op basis waarvan zij hun beroep uitoefenen (Post & Gijsen, 2011).

Fase 1d: vaststellen onderwerpen

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe de indicator(onderwerpen) geselecteerd zijn. Bij deze selectie is rekening gehouden met de impact van de onderwerpen op de volksgezondheid en kosten, veronderstelde variatie in de zorg, beschikbaarheid van gegevens en speerpunten van gezondheidszorgbeleid bij het ministerie van VWS of andere belangrijke actoren.

3.3 Fase 2: specificeren onderwerpen en bijbehorende kernactiviteiten

De drie systeemdoelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn concreter uitgewerkt in indicator domeinen. De uiteindelijke selectie van indicator domeinen is het resultaat van een intensieve uitwisseling met de opdrachtgever en een uitvoerige literatuurreview naar bestaande raamwerken (Arah et al., 2006). Deze literatuurreview heeft geleid tot een synthese van bestaande raamwerken (zie Figuur 1). Op basis van meer recente inzichten uit de wetenschappelijke literatuur hebben sinds de eerste Zorgbalans enkele aanpassingen plaatsgevonden. Centraal in het raamwerk staat een matrix waarbij binnen de drie systeemdoelen een verdeling is gemaakt naar de fasen in het proces van gezondheid naar ziekte en uiteindelijk naar overlijden. Deze indeling is ontleend aan de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en omvat gezond blijven, beter worden, leven met een ziekte of handicap, en zorg aan het einde van het leven.

Uitwerking systeemdoelen

Hier volgt een korte beschrijving van wat we verstaan onder kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Daarna worden de indicator domeinen weergegeven die eronder vallen.

Kwaliteit van zorg

Er bestaan verschillende omschrijvingen van het begrip kwaliteit, zo spreekt het Institute of Medicine (IOM) van 'doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results' (IOM, 2001). Deze omschrijving verwijst naar een aantal begrippen die in de literatuur worden beschouwd als essentieel voor kwaliteit: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid (Arah, 2005). In de Kwaliteitswet zorginstellingen komen ook de begrippen doeltreffendheid (effectiviteit) en patiëntgerichtheid terug. Onder kwaliteit scharen we binnen de Zorgbalans die dimensies die gemeenschappelijk zijn voor de meeste definities: effectiviteit, patiëntveiligheid, vraaggerichtheid en coördinatie en afstemming.

De volgende indicator domeinen worden gehanteerd:

- effectiviteit van preventie;
- effectiviteit van de curatieve zorg;
- effectiviteit van de langdurige zorg;
- patiëntveiligheid;
- vraaggerichtheid;
- coördinatie en afstemming;
- effectiviteit van palliatieve zorg.

Toegankelijkheid van zorg

Toegankelijke zorg betekent dat 'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder drempels toegang hebben tot zorgverlening' (Smits et al., 2002). In de literatuur wordt een aantal aspecten van toegankelijkheid genoemd: de kosten, de reisafstand, de wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van de burgers.

Deze aspecten zijn voor een groot deel ook terug te vinden in de beleidsdoelstellingen van de minister van VWS (VWS, 2011). De minister geeft in haar beleidsdoelstellingen aan dat basiszorg, zoals huisartsenzorg, wijkverpleging, farmaceutische zorg en fysiotherapie, dicht bij huis moet worden aangeboden en beter toegankelijk moet zijn dan nu het geval is. Daarnaast moet er om aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel beschikbaar zijn. Een tekort aan personeel kan in alle aspecten van toegankelijkheid ingrijpen en problemen veroorzaken, zoals hogere kosten, lacunes in de geografische spreiding, lange wachttijden of minder diversiteit in aanbod. Voldoende beschikbaarheid van personeel is een voorwaarde voor toegankelijkheid.

Ook keuzevrijheid is een belangrijk aspect in de beleidsdoelstellingen en hangt nauw samen met de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Keuzevrijheid houdt in dat burgers binnen redelijke grenzen kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en vormen van zorg. Een voorwaarde voor keuzevrijheid is dat wettelijke en financiële regelingen het maken van keuzes ook toestaan. Burgers moeten naar een andere zorgaanbieder kunnen gaan als zij niet tevreden zijn. Ook dient er voldoende diversiteit in het zorgaanbod aanwezig te zijn en de kosten van de zorg dienen voor burgers inzichtelijk te zijn, zodat zij de kwaliteit van zorg kunnen afwegen tegen de kosten.

De volgende indicator domeinen worden gehanteerd:

- financiële toegankelijkheid;
- geografische toegankelijkheid;
- tijdigheid acute zorg;

- tijdigheid niet-acute zorg;
- toegankelijkheid naar behoefte;
- personeelsaanbod;
- keuzevrijheid.

Een aantal van bovenstaande onderwerpen, zoals de geografische toegankelijkheid, komt ook uitgebreid aan bod in de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl). Bij de actualisatie van deze onderwerpen zal speciaal aandacht worden besteed aan de afstemming en integratie van de gegevens over deze onderwerpen op beide websites.

Kosten en betaalbaarheid van zorg

De hoogte en ontwikkeling van de zorguitgaven vormen sinds jaar en dag een belangrijk thema in debatten over de gezondheidszorg. In verschillende wetten en beleidsnota's (bijvoorbeeld Wet marktordening gezondheidszorg (Overheid, 2011) en de nota *Zorg die werkt* van minister Schippers (VWS, 2011)) komen de zorgkosten aan de orde, over het algemeen vanuit twee perspectieven: een gewenste, beheerste kostenontwikkeling en een verbetering van de doelmatigheid.

Net als in de vorige Zorgbalans zullen we de zorguitgaven op drie manieren analyseren:

Beschrijving zorgkosten

In dit deel geven we een beschrijving van de zorguitgaven. We beschrijven de totale zorguitgaven, de nominale en reële trends, een internationale vergelijking, en de ontwikkelingen per zorgsector (ziekenhuizen, eerstelijnszorg, enzovoorts). Mogelijke verklaringen voor trends worden genoemd.

Macrobetaalbaarheid

Vervolgens kijken we naar een aantal indicatoren, dat inzicht geeft in de macrobetaalbaarheid. Er bestaat geen harde definitie van betaalbaarheid. Net als in de vorige Zorgbalansrapporten gebruiken we de volgende indicatoren:

- ontwikkeling zorguitgaven versus nationaal inkomen (bruto binnenlands product);
- ontwikkeling zorguitgaven versus totale publieke uitgaven;
- ontwikkeling publieke zorguitgaven versus aantal werkenden.

De verdeling van de zorguitgaven binnen de samenleving (betaalbaarheid op microniveau) komt op een andere plek in de Zorgbalans aan de orde (financiële toegankelijkheid).

Doelmatigheid

Tot slot gaan we in op de doelmatigheid van de zorguitgaven, ofwel de verhouding tussen kosten en baten. Op macroniveau analyseren we verschillende gezondheidsgerelateerde uitkomstmaten (totale sterfte, vermijdbare sterfte) en patiëntervaringen in relatie tot zorgkosten, waarbij internationale vergelijkingen en trends benchmarks opleveren. Op mesoniveau volgen we ontwikkelingen in input en output per zorgsector. Hierbij maken we veelal gebruik van CBS-gegevens, brancherapporten en doelmatigheidsanalyses gemaakt door andere instituten. Specifieke doelmatigheidsindicatoren zoals verpleegduur, bezettingsgraad en vermijdbare ziekenhuisopnames worden ook opgenomen. In de Zorgbalans 2010 zijn we gestart met verkennende analyses van verschillen tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld in prijzen, zorgvolume en

type behandelingen). Dergelijke analyses geven inzicht in de doelmatigheid 'at the margin' en kunnen een indicatie geven van de mate van verspilling.

3.4 Fase 3: formuleren van indicatoren

De afzonderlijke indicatoren moeten voldoen aan de volgende eigenschappen (Gijsen et al., 2007; Delnoij et al., 2002):

- De indicator verwijst naar een relevant zorgproces waar veel personen mee te maken kunnen hebben.
- De indicator is valide (geeft een goede afspiegeling van de geboden kwaliteit van zorg binnen het betreffende kwaliteitsdomein).
- De benodigde gegevens voor de constructie van de indicator zijn meetbaar in de praktijk.
- De reproduceerbaarheid is groot (wordt bevorderd met uniforme, heldere, precieze en ondubbelzinnige specificaties voor het construeren van de indicator en verzamelen van de benodigde gegevens).
- Het discriminerend vermogen is groot (kleine veranderingen in de tijd of verschillen tussen zorgaanbieders/regio's kunnen gedetecteerd worden).
- De indicator maakt eerlijke vergelijking tussen objecten mogelijk (risicocorrectie voor zorgzwaarte is goed mogelijk of niet nodig).

Bij het selecteren van de indicatoren voor de Zorgbalans vormde achtergrondinformatie uit de indicatorsystemen waaruit de indicatoren afkomstig waren de basis voor de beoordeling van bovenstaande indicatoreigenschappen. Daarnaast is eigen (literatuur)onderzoek gedaan. De resultaten daarvan zijn per indicator opgenomen in een indicatorbeschrijving. De indicatorbeschrijvingen zullen op de website worden geplaatst. Een algemeen format van zo'n beschrijving, voorzien van toelichting, is opgenomen in Bijlage 2.

Onder eindverantwoordelijkheid van het programmabureau Zichtbare Zorg is in december 2010 de Zichtbare Zorg Indicatorstandaard gepubliceerd (Beersen et al., 2010). Hierin worden de indicatoreigenschappen (methodologische toetsingscriteria genoemd) relevantie en validiteit, eerlijkheid, reproduceerbaarheid en discriminerend vermogen nader uitgewerkt. Deze begrippen worden respectievelijk omschreven als inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid, registratiebetrouwbaarheid en statistische betrouwbaarheid. De indicatorstandaard kan uitstekend als hulpmiddel worden gebruikt bij het ontwikkelen, beoordelen en verbeteren van indicatoren, eventueel samen met de methodiek voor indicatorontwikkeling (Gijsen et al., 2009) en het AIRE-instrument (De Koning et al., 2007). Het AIRE-instrument is een checklist waarmee indicatoren in hun volle breedte kunnen worden beoordeeld op kwaliteit. Ook de indicatoren van de Zorgbalans zouden op termijn met behulp van deze documenten tegen het licht kunnen worden gehouden, al zullen de eisen die aan de indicatoren in de Zorgbalans gesteld worden wellicht minder streng hoeven te zijn, omdat de Zorgbalans niet zelf bij zorgaanbieders informatie uitvraagt en de indicatoruitkomsten niet op het niveau van de zorgaanbieder presenteert.

De indicatorenset die momenteel de Zorgbalans vormt, is verschillende keren voorgelegd aan de opdrachtgever (ministerie van VWS) en Wetenschappelijke Adviesgroep Zorgbalans.

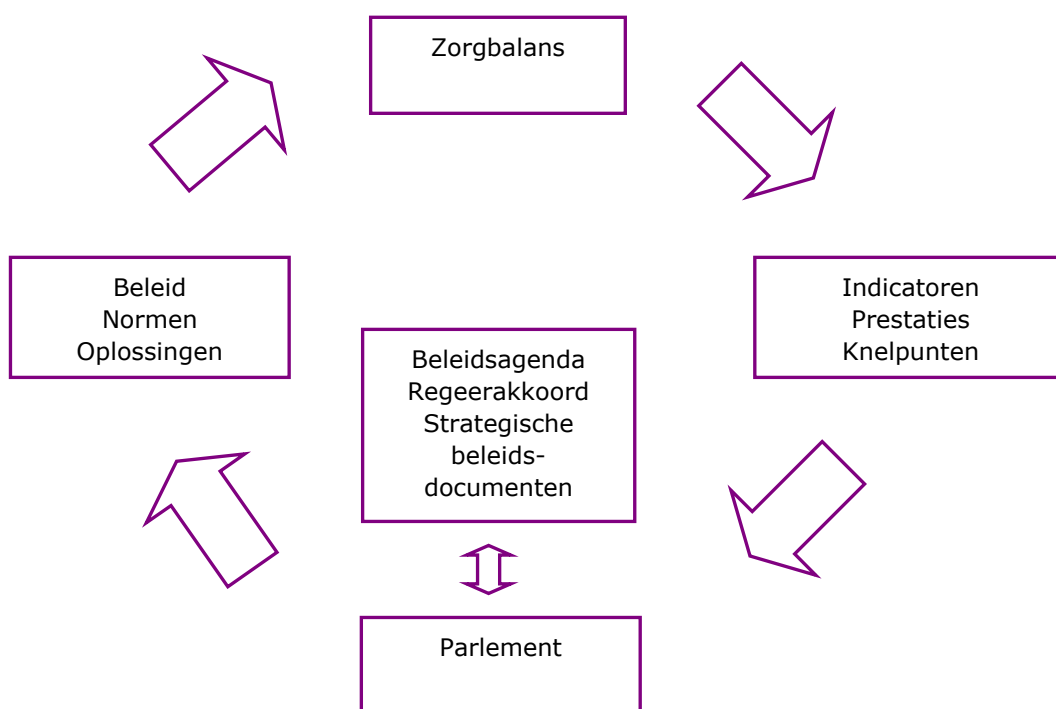
3.5 Fase 4: testen en implementeren van de indicatoren

De vierde fase van indicatorenontwikkeling wijkt voor de Zorgbalans af van indicatorprojecten waarbij rechtstreeks van zorgaanbieders informatie wordt

betrokken ten behoeve van toezicht, kwaliteitsverbetering of zorginkoop. Het uittesten van de geselecteerde indicatoren in de praktijk is bijvoorbeeld niet nodig, omdat de Zorgbalans over het algemeen gebruik maakt van beschikbare informatie. Het formeel voor de buitenwereld vaststellen van de indicatoren, een ander element van deze fase, is ook niet nodig. Lopende het project zal de indicatorenset in overleg met de opdrachtgever (ministerie van VWS) en de Wetenschappelijke Adviesgroep worden vastgesteld. Vervolgens worden de indicatoren, indicatorbeschrijvingen en indicatorscores gepubliceerd op de website van de Zorgbalans. Wat wel aandacht blijft vragen, is de kennis over de indicatoreigenschappen die in de beschrijving van de derde fase zijn opgesomd. Uit studies, bijvoorbeeld uitgevoerd door onderzoekers van andere instituten, kan naar voren komen dat indicatoren meer of minder geschikt zijn voor het doel waarvoor ze in de Zorgbalans gebruikt worden. Dat kan dan eventueel leiden tot bijstelling, verwijdering en/of vervanging van de indicatoren.

4 Aansluiting bij beleid

Figuur 3 geeft schematisch de relatie weer tussen de Zorgbalans en het gezondheidszorgbeleid van het ministerie van VWS. De Zorgbalans schetst een macrobeeld van de zorg aan de hand van indicatoren en doet uitspraken over de prestaties van de zorg en over knelpunten of zaken die aandacht behoeven. Deze prestaties en zaken die opvallen in de gezondheidszorg worden gerapporteerd aan VWS en het parlement. Het ministerie van VWS kan deze informatie gebruiken bij strategische documenten waarin op macroniveau keuzes worden gemaakt. Hierbij valt vooral te denken aan het stellen van prioriteiten en het definiëren van problemen waarin geïnvesteerd moet worden. Deze strategische keuzes worden vervolgens uitgewerkt in meer concreet beleid of beleidsvoorstellen. De Zorgbalans is tevens een rapportage aan de Tweede Kamer. De kamerleden kunnen eventueel op basis hiervan vragen stellen of voorstellen doen. Het beleid moet uiteindelijk resulteren in mogelijke oplossingen voor problemen. Soms wordt in het beleid ook een norm geformuleerd: het reduceren van meerbedskamers tot nul of het halveren van vermijdbare schade in ziekenhuizen. In de Zorgbalans worden vervolgens indicatoren geformuleerd en wordt er gerapporteerd in hoeverre de beleidsdoelstellingen worden behaald.



Figuur 3: Schematische weergave van de relatie tussen Zorgbalans en beleidsontwikkeling.

De Zorgbalans is vooral relevant voor beleid dat betrekking heeft op het macroniveau: het regeerakkoord en de beleidsagenda. De drie systeemdoelen

die in de Zorgbalans centraal staan, verwijzen naar de zaken waarvoor de minister van VWS systeemverantwoordelijkheid draagt.

De Zorgbalans moet kunnen monitoren over langere periodes en stabiliteit en continuïteit zijn dus van belang. Daar staat tegenover dat de beleidscontext juist veranderlijk is; ontwikkelingen in de zorg kunnen stormachtig zijn, en ook de visie op gezondheidszorg verandert met de wisseling van bewindspersonen. Hoe vindt de Zorgbalans hierin een evenwicht?

In de eerste plaats is vanaf de eerste Zorgbalans zo veel mogelijk gestreefd naar 'duurzame' indicator domeinen. Dat betekent dat ze verwijzen naar zaken die zodanig fundamenteel zijn dat er grote politieke en maatschappelijke consensus bestaat over het belang ervan. Het belang van zaken als effectiviteit en veiligheid van de zorg en een doelmatige besteding van middelen zullen immers door weinigen in twijfel worden getrokken en blijven relevante uitkomstmaten voor een goed functionerend systeem. Discussies zullen zich eerder toespitsen op hoe deze zaken moeten worden bereikt.

In de tweede plaats is de Zorgbalans niet slechts een monitor die 125 cijfers rapporteert. Naast monitoring is reflectie een belangrijke functie van de Zorgbalans. Met de verandering van een tweejaarlijkse naar een vierjaarlijkse cyclus zal er een helderdere scheiding komen tussen de functies monitoring en reflectie. De website zal vooral benut worden voor monitoring, voor het actualiseren van indicatoren. Het rapport dat in 2014 verschijnt, zal tevens worden gebruikt om terug te blikken, te reflecteren op de veranderingen in de voorgaande jaren en voor een meer integratieve beschrijving waarbij de verschillende resultaten met elkaar in verband worden gebracht.

5 Rapportage en communicatie

De communicatie naar de samenleving, beleid en veld zal in deze cyclus in een wat andere vorm worden gegoten. De belangrijkste producten die deel uitmaken van de Zorgbalans zijn de website www.gezondheidsZorgbalans.nl, de Nederlandse en Engelstalige editie van het rapport Zorgbalans en daarnaast diverse artikelen en publicaties over deelterreinen van de zorg.

De Zorgbalans is drie maal uitgebracht in 2006, 2008 en 2010, zowel in boekvorm als op de website www.gezondheidsZorgbalans.nl. Het boek en de website boden dezelfde informatie: de inhoud van het boek werd min of meer integraal opgenomen op de website waarbij dezelfde (hoofdstuk)indeling werd aangehouden. GezondheidsZorgbalans.nl was hiermee een website waarvan de inhoud één maal per twee jaar, bij het verschijnen van een nieuw rapport, werd geactualiseerd.

Met ingang van de vierde Zorgbalans zal het rapport niet meer tweejaarlijks maar vierjaarlijks verschijnen. Dit heeft gevolgen voor de functie van het rapport en de website. Bij de website komt de nadruk te liggen op de monitoringfunctie van de Zorgbalans, d.w.z. het actualiseren van de indicatoren, terwijl het boek, naast monitoring, zich vooral zal richten op de integratie van informatie en op reflectie. Net als eerdere edities zal ook de Zorgbalans 2014 tevens in het Engels verschijnen. Eerdere ervaringen hebben uitgewezen dat hier in het buitenland veel belangstelling voor bestaat. Voor een internationaal publiek is tevens de website www.healthcareperformance.nl beschikbaar die leidt naar het Engelstalige deel van de Zorgbalans.

Tevens bestaat de wens om de website meer zichtbaarheid te geven en een prominentere rol in de communicatie naar het beleid, het veld en de samenleving te laten spelen. Om dit te bereiken worden het uiterlijk en de opzet van de website ingrijpend gewijzigd en worden de (potentiële) gebruikers van de website op een proactievere wijze benaderd. Voorbeelden daarvan zijn de mogelijkheid om te abonneren op een nieuwsbrief en verspreiden van content via social media.

In Bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de belangrijkste veranderingen die op de website zijn doorgevoerd of nog doorgevoerd zullen worden.

6 Benchmarks en internationale vergelijkingen

De informatie die in de Zorgbalans wordt gepresenteerd is prestatie-informatie. Om deze informatie te kunnen interpreteren, moet deze worden vergeleken met benchmarks. Er zijn drie manieren waarop cijfers in de Zorgbalans worden vergeleken: internationaal (met andere landen), door de tijd (met eerdere jaren) en met normen die zijn geformuleerd door beleidsmakers of beroepsgroepen. Hieronder volgt een korte toelichting op elk van deze manieren van vergelijken.

Internationale vergelijkingen

Waar mogelijk vergelijken we gegevens met andere landen. Welke landen dat zijn, hangt uiteraard af van de beschikbare informatie. Daarnaast maakt de Zorgbalans echter ook keuzes die meer ingegeven zijn door beleidsrelevantie. Nederland hoort bij de meest welvarende landen van de wereld en zou dan ook moeten worden vergeleken met andere hoge-inkomenslanden. Doorgaans gaan we hierbij uit van de EU15, Noorwegen, Zwitserland, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten. Landen met minder dan 1 miljoen inwoners, zoals Luxemburg en IJsland, worden niet opgenomen in vergelijkingen.

Tijdreeksen

Voor zover mogelijk worden indicatoren gerapporteerd in de vorm van tijdreeksen, zodat duidelijk wordt hoe een indicator zich ontwikkelt. In de praktijk blijkt dit lang niet altijd mogelijk, doordat oudere metingen niet voorhanden zijn, of omdat de manier van meten wordt aangepast. In een aantal gevallen vraagt het RIVM andere instituten oudere gegevens alsnog vergelijkbaar te maken met recente metingen.

Normen

Tot slot kunnen indicatorscores worden afgezet tegen beleidsnormen of andere normen. Niet in alle gevallen is een norm te vertalen in een concrete waarde. Een voorbeeld waarbij dit wel het geval is, zijn die indicatoren die ook in de Rijksbegroting worden opgenomen. Waar dergelijke normen ontbreken, biedt de literatuur diverse pragmatische oplossingen. Voorbeelden daarvan zijn het gemiddelde van de 'beste' drie OECD-landen als benchmark te nemen, of het gemiddelde af te zetten tegen het best presterende kwartiel. De komende jaren willen we het gebruik van normen of benchmarks een prominentere plek gaan geven. Het RIVM is momenteel in overleg met een Italiaanse onderzoeksgroep om hiervoor een visualisatietool over te nemen.

Tot slot kan voor een aantal indicatoren de variatie tussen zorgaanbieders worden getoond. In dat geval is lang niet altijd een norm voorhanden waarmee vergeleken kan worden. Zo wordt het aandeel keizersneden in de laagrisicogroep per ziekenhuis gerapporteerd. Voor deze indicator is geen norm voorhanden. Bij deze indicator kan er zowel sprake zijn van onder- als overbehandeling. Toch heeft de variatie in deze indicator een belangrijke signalerende functie; een grote variatie wijst op een gebrek aan eenduidig beleid in het veld.

7 Inbedding binnen de nationale en internationale onderzoekswereld

Hoewel de Zorgbalans een product is van het RIVM, maakt het RIVM de Zorgbalans niet alleen. Het grote aantal onderwerpen dat in de Zorgbalans wordt beschreven, vraagt om samenwerking met meerdere binnenlandse en buitenlandse instituten. Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen; in sommige gevallen gaat het om het raadplegen van deskundigen of het aanvragen van gegevens, in andere gevallen wordt er intensief samengewerkt. Het zou te ver voeren om een uitputtende beschrijving te geven van alle samenwerkingsverbanden; we volstaan daarom met enkele voorbeelden van organisaties die een belangrijke rol spelen voor de Zorgbalans.

Sinds de eerste Zorgbalans is er intensief samengewerkt met het NIVEL. NIVEL is gespecialiseerd in onderzoek van de gezondheidszorg en beschikt over een groot aantal relevante databestanden en expertise die benut worden voor de Zorgbalans. Deze samenwerking heeft bovendien steeds zijn beslag gekregen in een detachering, waarbij een NIVEL-medewerker deel uitmaakt van het Zorgbalansteam. Deze persoon vervult een brugfunctie tussen de instituten, houdt beide partijen op de hoogte van ontwikkelingen en werkt een onderwerp in de Zorgbalans uit waarvoor NIVEL expertise heeft. De komende jaren zal een vergelijkbare samenwerking tot stand komen met IQ healthcare (UMC st Radboud). Deze samenwerking zal onder andere betrekking hebben op de Commonwealth Fund-studie, een internationale survey naar patiëntervaringen in tien landen. Het onderwerp Patiëntervaringen binnen Nederland wordt uitgewerkt in nauwe samenwerking met het Centrum Klantervaringen Zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) rapporteert op regelmatige basis over de veiligheid van de gezondheidszorg. Binnen de Zorgbalans is patiëntveiligheid één van de indicator domeinen. IGZ en RIVM overleggen regelmatig over deze producten en zoeken naar een gezamenlijke benadering van onderwerpen die raken aan patiëntveiligheid. Op vergelijkbare wijze vindt regelmatige afstemming plaats met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) op de onderwerpen kosten en doelmatigheid.

Een verbinding met de academische wereld bestaat daarnaast in een aantal intensieve samenwerkingsverbanden met universiteiten. Zo maken sinds meerdere jaren onderzoekers van Tranzo/Tilburg University deel uit van het Zorgbalansteam. Momenteel spitst deze samenwerking zich toe op gezondheidseconomie en kwaliteit van zorg. De universiteiten van Maastricht, Rotterdam, Amsterdam (UvA) en Nijmegen zijn betrokken via hoogleraren die zitting hebben in de wetenschappelijke adviesgroep.

Daarnaast zijn er diverse internationale samenwerkingsverbanden. Zo levert het RIVM al vele jaren informatie over Nederland aan voor de kwaliteit van zorgindicatoren die worden verzameld door de OECD. Deze worden gerapporteerd in de tweejaarlijkse rapportage 'Health at a Glance'. Veel van deze indicatoren worden tevens gebruikt in de Zorgbalans.

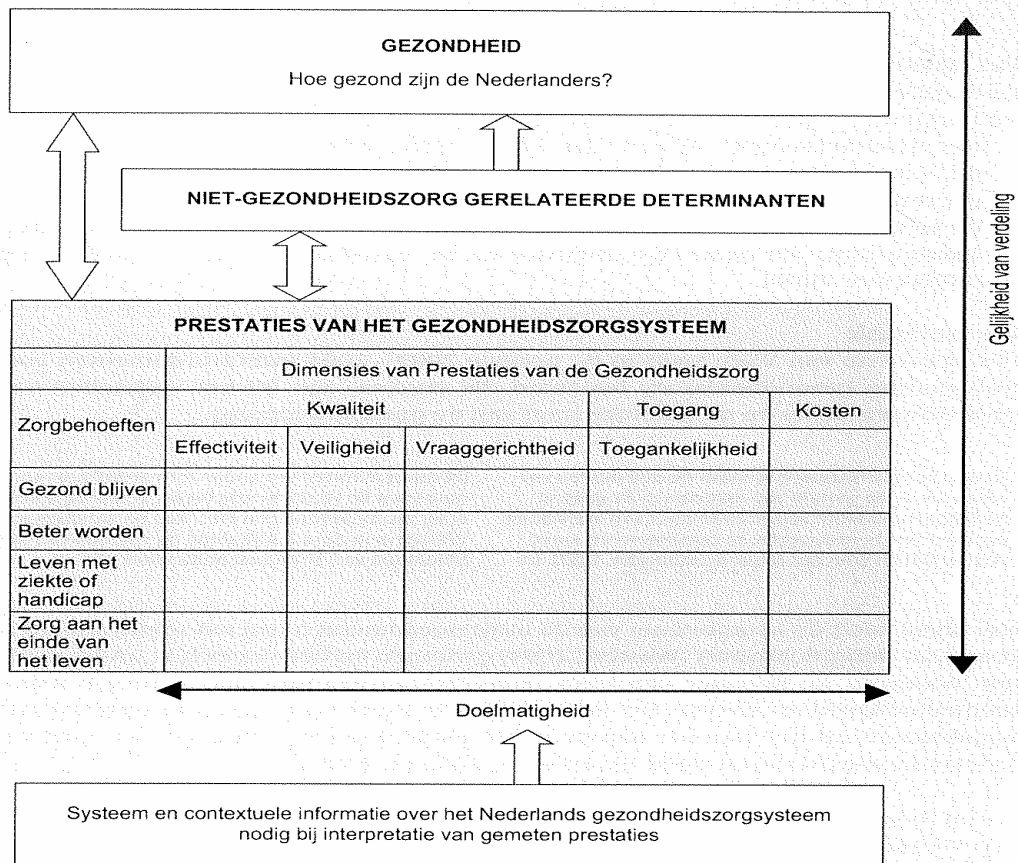
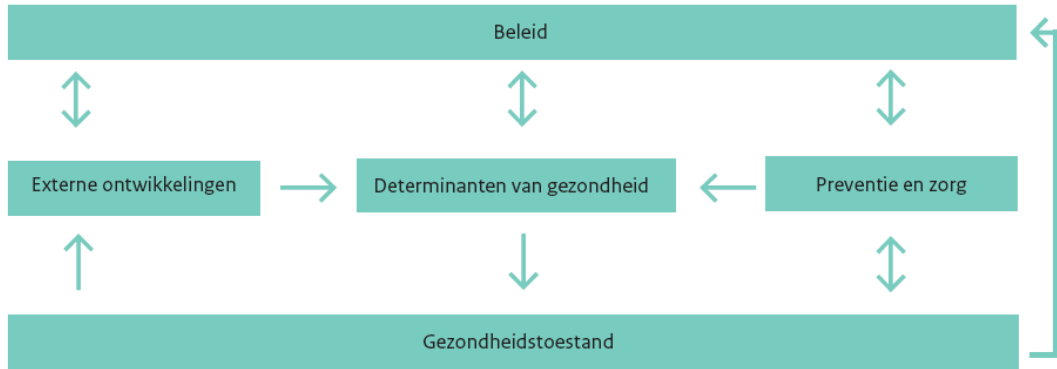
8 Verbindende thema's

Naast de regelmatige updates van de indicatorenset worden in de Zorgbalans enkele zogenaamde 'verbindende thema's' uitgewerkt. Veel onderwerpen of problemen die in de gezondheidszorg van belang zijn, kunnen niet geheel geschaard worden onder één van de drie systeendoelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De term 'verbindend' verwijst dan ook naar het gegeven dat deze thema's niet binnen één van de drie systeendoelen zijn in te delen, maar dat deze juist in samenhang een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is een thema dat in alle edities van de Zorgbalansrapporten een belangrijke plek innam: het functioneren van de zorgmarkt.

Op dit moment is er een aantal ideeën voor verbindende thema's. In samenspraak met de opdrachtgever en de begeleidingscommissies zal worden bepaald welke daarvan worden uitgediept:

- Trade-offs tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Voorbeeld: door concentratie van complexe specialistische zorg is het aannemelijk dat de toegankelijkheid afneemt terwijl de kwaliteit toeneemt.
- Trade-offs tussen toegankelijkheid en kosten. Voorbeeld: verzekeraars kunnen een voordeliger pakket aanbieden als het aantal gecontracteerde aanbieders wordt beperkt. De klant heeft dan veel minder keuzevrijheid, maar betaalt ook een lagere premie.
- Analyses op ziekteniveau. Voorbeeld: trend in sterfte aan hart- en vaatziekten versus trend in zorguitgaven voor hart- en vaatziekten. Het gaat daarbij om de vraag in welke mate het zorggebruik, de zorgkosten en de kwaliteit van zorg verschillen voor patiënten met specifieke aandoeningen.
- Variatie tussen zorgaanbieders. Voorbeeld: het verder analyseren van variatie tussen ziekenhuizen in prijzen in het B-segment of de variatie tussen instellingen in geleverde zorg.
- Arbeidsbesparende innovaties in de zorg.
- Transparantie van zorg.

VTV conceptueel basismodel van de volksgezondheid.



Figuur 4: De conceptuele modellen van de VTV (boven) en de Zorgbalans (onder).

Hoewel de modellen van de VTV en de Zorgbalans op het eerste gezicht sterk van elkaar verschillen, zijn er veel overeenkomsten. We zetten ze hier op een rijtje:

Gemeenschappelijk voor raamwerken van VTV en Zorgbalans

- *De onderwerpen 'preventie en zorg'*. Het centrale kader in het Zorgbalansmodel is in het VTV-model in het rechter kader te plaatsen. Er zijn wel accentverschillen: bij de Zorgbalans heeft preventie vooral betrekking op preventieve interventies binnen de zorg: vaccinaties, screeningen, enzovoorts. Bij de VTV wordt het hele preventieveld gedekt, dus ook gezondheidsbevordering door bijvoorbeeld lokale projecten om overgewicht aan te pakken, inrichting van de leefomgeving, enzovoorts.
- *De wederkerige relatie tussen zorg en gezondheid*. Zowel binnen de Zorgbalans als de VTV is aandacht voor de effecten van zorg op gezondheid. In de VTV is daarnaast aandacht voor de gevolgen van gezondheid voor zorggebruik.
- *De relatie tussen beleid en preventie en zorg*. In de Zorgbalans bevindt deze relatie zich in het centrale kader; beleid maakt deel uit van het systeem. In het VTV-model worden deze zaken apart weergegeven.
- *De invloed van niet-zorggerelateerde determinanten van gezondheid*. Dit verband is in het Zorgbalansmodel wel weergegeven, maar fungeert daar vooral als context. Deze relatie wordt in de Zorgbalans niet uitgediept, omdat ze geen directe betrekking heeft op prestaties van de zorg.

De overige zaken binnen het VTV-model gelden voor de Zorgbalans eveneens als context en worden niet expliciet behandeld.

Hoewel duidelijk is dat de conceptuele kaders van de VTV en de Zorgbalans een gemeenschappelijk deel hebben, verschillen de modellen in uitwerking, terminologie en reikwijdte.

De VTV is primair gericht op het kennisgebied van (public) health, de Zorgbalans op het terrein van gezondheidszorg. Deze terreinen hebben een overlap met elkaar en zo ontstaan er drie kennisgebieden:

- gebied 1, dat alleen wordt gedekt door de Zorgbalans;
- gebied 2, dat alleen wordt gedekt door de VTV;
- gebied 3, een gemeenschappelijk gebied.

Hieronder volgt een beknopte omschrijving van de drie gebieden met enkele vragen en thema's ter illustratie. De indeling is ontleend aan HSR-Europe (2011).

Gebied 1 (Zorgbalans): binnen dit gebied vallen thema's die betrekking hebben op de gezondheidszorg of het zorgsysteem, zonder dat individuele gezondheid als uitkomst of specifieke interventies hierin worden betrokken. Voorbeelden daarvan zijn de financiële positie van zorginstellingen, ontwikkeling van de zorgkosten, het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt, arbeidsproductiviteit, tijdigheid (wachlijsten), uitwisseling van gegevens door zorgverleners, en verdeling van taken.

Gebied 2 (VTV): binnen gebied 2 vallen thema's over de gezondheidstoestand van de bevolking, gezond gedrag en klinische en preventieve interventies, zonder dat daarbij de organisatie of het type zorg wordt betrokken. Voorbeelden van onderwerpen die binnen dit terrein vallen, zijn levensverwachting en gezonde levensverwachting, alcohol en tabaksgebruik onder de bevolking, het vóórkomen van overgewicht, de prevalentie en incidentie van ziekten en

aandoeningen, en het vóórkomen van gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen.

Gebied 3 (Zorgbalans en VTV): binnen dit terrein vallen thema's waarbij de organisatie en de uitvoering van gezondheidszorg wordt gerelateerd aan gezondheidsuitkomsten. Voorbeelden daarvan zijn verschillen in zuigelingensterfte tussen zorgsystemen en de effecten van innovatie op gezondheidsuitkomsten. Ook doelmatigheidsvragen waarbij een gezondheidsmaat als uitkomst dient, vallen binnen dit gebied, zoals sterfte of levensverwachting afgezet tegen zorguitgaven. Ook het relateren van zorgkosten aan specifieke ziekten valt onder dit themagebied.

Vershil en overeenkomst in vorm

Naast verschillen en overeenkomsten in de thematiek tussen de VTV en de Zorgbalans zijn er verschillen en overeenkomsten in vorm en stijl. Deze laten zich op hun beurt verklaren door de achterliggende doelen en beleidsvragen van de beide producten.

Overeenkomsten:

- Producten worden primair gemaakt voor beleidsmakers, maar worden in de praktijk veel breder toegepast.
- Nadruk op macroniveau.
- Integratie van bestaande kennis.
- Identificeren van kennishiaten.
- Vierjaarlijkse cyclus.
- 'Nationale onderneming', samenwerking met uitgebreid netwerk van kennis- en onderzoeksinstituten.

Verschillen:

- De Zorgbalans is primair gericht op *prestaties* van het zorgsysteem, de VTV bevat daarnaast meer algemene, beschrijvende informatie.
- De kern van de Zorgbalans is een indicatorenset die wel voortdurend wordt verbeterd, maar relatief stabiel is door de tijd; de VTV heeft ook een continu deel, maar benoemt deze niet als indicatoren.
- Een belangrijk onderdeel van de VTV betreft toekomstverkenningen; de Zorgbalans rapporteert vooral de actuele, meetbare *prestaties*.

Aansluiting tussen VTV en Zorgbalans

Met het aanwijzen van verschillen en overeenkomsten tussen de Zorgbalans en de VTV is een goede aansluiting tussen beide natuurlijk nog niet gewaarborgd. Deze aansluiting wordt bovendien niet alleen conceptueel vormgegeven, maar dient ook praktisch te worden uitgewerkt. Hoe kunnen beide producten elkaar versterken en aanvullen en hoe kan dit in de uitwerking concreet vorm worden gegeven? Hieronder volstaan we met enkele hoofdpunten waarop verbindingen worden gelegd.

VTV als basis voor het stellen van prioriteiten in de Zorgbalans

De Zorgbalans omvat een indicatorenset van ongeveer 125 indicatoren. Omdat de indicatorenset beperkt en overzichtelijk dient te blijven, moeten er vanzelfsprekend keuzes worden gemaakt. Deze keuzes worden deels gemaakt op basis van pragmatische overwegingen, zoals beschikbaarheid van goede gegevens (zie hoofdstuk 2). Daarnaast wordt de keuze van indicatoren vooral bepaald door maatschappelijke relevantie. Wanneer bepaalde ziekten of problemen veel voorkomen, veel (gezonde) levensjaren kosten of hoge kosten met zich meebrengen, ligt het voor de hand op zoek te gaan naar prestatie-indicatoren die hiermee een relatie hebben. De VTV zal worden benut om

prioriteiten te stellen. Daarnaast biedt de VTV inzicht in de state of the art op wetenschappelijk terrein over bijvoorbeeld de effectiviteit van preventieve interventies of over aan de indicator gerelateerde gezondheidsproblemen.

Zorgbalans als input voor de VTV

Andersom kunnen knelpunten die worden gesignaleerd in het zorgsysteem, voor de VTV aanleiding zijn in te gaan op de gevolgen hiervan voor de volksgezondheid. De VTV zal daarbij voortborduren op de bevindingen die beschreven zijn in de Zorgbalans.

Gezamenlijk uitwerken van 'gebied 3-vragen'

Gebied 3 verwijst naar het hiervoor beschreven gebied waar vragen van de VTV en de Zorgbalans samenkomen. Een voorbeeld is het onderzoeken wat de gevolgen van ziektespecifieke trends zijn voor de kosten van de gezondheidszorg, of het onderwerp preventie in de zorg.

Naar elkaar verwijzen in rapporten en websites

Gebruikers van informatie zullen doorgaans weinig boodschap hebben aan de conceptuele scheiding die bestaat tussen verschillende informatieproducten. Voor de gebruiker is het van belang snel een antwoord op zijn vraag en gemakkelijk gerelateerde informatie te vinden. Of delen van deze informatie onder de vlag van de Zorgbalans, de VTV of een andere noemer vallen, is dan minder belangrijk. Waar nodig moeten beide producten dus naar elkaar verwijzen. Momenteel gebeurt dit door bijvoorbeeld links aan te brengen tussen de website van de Zorgbalans en de websites Nationaal Kompas Volksgezondheid (Nationaalkompas.nl) en Nationale Atlas Volksgezondheid (Zorgatlas.nl).

Eenheid in bronnen en definities

De Zorgbalans en de VTV hanteren zoveel mogelijk dezelfde definities voor begrippen en maken gebruik van dezelfde gegevensbronnen als het om hetzelfde thema gaat. Als de Zorgbalans en de VTV andere definities hanteren van bijvoorbeeld 'chronische ziekten', leidt dat tot schijnbaar strijdige boodschappen. Voor sommige gegevens kan worden gekozen uit verschillende databronnen. In een dergelijk geval maken we gezamenlijk een beredeneerde keuze voor een bron. Soms kunnen er inhoudelijke redenen zijn om toch van andere bronnen gebruik te maken.

10 Organisatie en uitvoering

De opdrachtgever van de Zorgbalans is het ministerie van VWS. De directie van het RIVM is opdrachtnemer. De uitvoering van de werkzaamheden is gedelegeerd aan het projectteam Zorgbalans. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de DG-RIVM. Het team bestaat uit een mix van medewerkers van het Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek (PZO) en het Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV). Naast RIVM-medewerkers participeren drie medewerkers van respectievelijk Tranzo/Tilburg University, NIVEL en IQ healthcare in het kernteam. Binnen dit samenwerkingsverband kan op een efficiënte manier expertise, data en informatie worden uitgewisseld. Voor specifieke indicatoren wordt regelmatig een beroep gedaan op andere instituten. In het verleden waren dat onder meer het Centraal Bureau voor de Statistiek, het Trimbos-instituut, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Zorgautoriteit, GGZ-Nederland en Kiwa/Prismant.

Begeleidingscommissies

Om de kwaliteit van de Zorgbalans te bewaken en om een goede aansluiting bij zowel het wetenschappelijke veld als het beleidsveld te waarborgen zijn er twee adviesgroepen die een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van de Zorgbalans. Dit zijn de wetenschappelijke adviesgroep (WAG) en de projectgroep Zorgbalans binnen het ministerie van VWS.

De *wetenschappelijke adviesgroep* (WAG) van de Zorgbalans toetst de wetenschappelijke kwaliteit, de samenhang en de consistentie van de Zorgbalans. De commissie heeft een adviserende rol. De WAG bestaat uit acht vooraanstaande deskundigen uit het wetenschappelijke veld:

- Mw. prof. dr. D.M.J. Delnoij	CKZ, Tranzo;
- Dhr. prof. dr. P.P. Groenewegen	NIVEL;
- Dhr. prof. dr. N.S. Klazinga	UvA, OECD;
- Dhr. prof. dr. D. Ruwaard	UM/CAPHRI;
- Dhr. prof. dr. F.T. Schut	EUR/iBMG;
- Dhr. drs. H.J. Smid	ZonMw;
- Dhr. prof. dr. G.P. Westert	IQ healthcare;
- Dhr. prof. dr. A. van der Zande	RIVM (voorzitter).

De *VWS projectgroep Zorgbalans* leest kritisch mee en waarborgt een goede aansluiting met de verschillende beleidsdirecties binnen het ministerie van VWS. De projectgroep bestaat uit de volgende leden:

- Dhr. mr. G.J. Buijs	Markt en consument/VWS;
- Mw. G.B. Mentink-Kleiss	Markt en consument/VWS;
- Dhr. G.C.C. Molenaar	Markt en consument/VWS;
- Mw. J. Draaisma	Markt en consument/VWS;
- Dhr. drs. L.J. van der Heijden	Publieke gezondheid/VWS;
- Mw. mr. Y.A.J. de Nas	Publieke gezondheid/VWS;
- Dhr. H.G. van der Burg	Langdurige zorg/VWS;
- Dhr. dr. H.A.J.M. Reinen	Voeding, gezondheidsbescherming en preventie/VWS;
- Mw. drs. P.H.C. Jansen	Financieel-economische zaken/VWS;

- Dhr. ir. C.V. Neevel	Macro-economische vraagstukken en arbeidsvoorwaarden/VWS;
- Dhr. drs. M.R.Th.W. Sanders	Geneesmiddelen en medische technologie/VWS;
- Mw. drs. R. Wouters	Zorgverzekeringen/VWS;
- Dhr. drs. A.J.M. Zengerink	Curatieve zorg/VWS;
- Dhr. dr. M. de Kort	Internationale Zaken/VWS;
- Mw. drs. L. Fikkert	Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Mw. drs. ir. M.A.J. de Groot	Nederlandse Zorgautoriteit.

Planning

In 2011 zijn twee updates gerealiseerd van de website www.gezondheidsZorgbalans.nl. Daarnaast is een groot aantal wijzigingen doorgevoerd op de website. De komende jaren 2012 en 2013 zullen er twee keer per jaar updates plaatsvinden in mei en december.

In het voorjaar van 2014 zal een update van de website plaatsvinden en zal het rapport Zorgbalans 2014 verschijnen.

Literatuur

- Arah OA. Performance Reexamined. Concepts, Content and Practice of Measuring Health System Performance. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005. Thesis.
- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care* 2006;18(suppl 1):5-13.
- Beersen N, Berg M, Koolman X. Zichtbare Zorg Indicatorstandaard. Methodologische criteria voor de ontwikkeling en evaluatie van zorginhoudelijke indicatoren. Versie 1.0. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2010.
- De Koning JS, Smulders A, Klazinga NS. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE). Amsterdam: Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam, afdeling sociale geneeskunde, 2007.
- Delnoij DMJ, ten Asbroek AHA, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.
- Gijsen R, Post NAM, Witte KE, Bovendeur I, Kommer GJ, de Koning JS. Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007. Bilthoven: RIVM, 2009. RIVM rapport 270131002.
- HSR-Europe. Health Services Research into European Policy and Practice. Final report of the HSREPP project. Utrecht: NIVEL, 2011.
- IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
- Overheid, 2011. Wet marktordening gezondheidszorg, Geldend op 27-04-2010. http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/geldigheidsdatum_27-04-2010.
- Post N, Gijsen R. Wat is gezondheidszorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg, 9 december 2011.
- Regieraad. Glossarium Kwaliteit van Zorg. <http://glossarium.regieraad.nl/Indicator>; geraadpleegd 25 augustus 2011.
- Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2002. RIVM rapport 279601002.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 26 januari 2011.
- Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, de Jong JD, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2010. RIVM rapport 260602005.
- Westert GP, van den Berg MJ, Koolman X, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2008. RIVM rapport 260602003.
- Westert GP, Verkleij H (red.). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006. RIVM rapport 260602001.
- Zichtbare Zorg. Raamwerk kwaliteitsindicatoren. Raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren voor het programma Zichtbare Zorg. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2009.

Bijlage 1: Indicatoren in de Zorgbalans op 1-1-2012

(scan QR-code of ga naar <http://www.gezondheidsZorgbalans.nl/indicatoren/> voor overzicht op de website)

Kwaliteit van zorg

Preventie

- Deelname aan bevolkingsonderzoeken
- Vaccinatiegraad
- Preventieve interventies geestelijke gezondheidszorg
- Bereik jeugdgezondheidszorg
- Zuigelingensterfte

Curatieve zorg

- Voorschrijven in de huisartsenpraktijk
- 30-dagensterfte na acuut myocardinfarct of beroerte
- Lichamelijk functioneren na operatie
- 5-jaarsoverleving bij kanker
- Heupfracturen binnen 48 uur geopereerd
- Vermijdbare ziekenhuisopnamen
- Ongeplande keizersneden
- Drop-outs geestelijke gezondheidszorg

Langdurige zorg

- Ervaren lichamelijke verzorging
- Ervaren professionele en veilige zorg
- Kwaliteit van zorg volgens personeel
- Ondervoeding
- Valincidenten
- Meerbedskamers
- 7x24 uursbeschikbaarheid arts
- Bekwaamheid personeel

Patiëntveiligheid

- Ervaren fouten
- Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte
- Onbedoelde schade in eerste lijn
- Medicijnincidenten
- Ziekenhuisinfecties
- Bloedtransfusiereacties
- Decubitus
- Volume chirurgische ingrepen
- Farmacotherapeutisch Overleg op niveau 3 en 4

Vraaggerichtheid

- Bejegening
- Beleefde behandeling
- Begrijpelijke uitleg
- Meebeslissen
- Voldoende tijd
- Zorgbehoeften in geestelijke gezondheidszorg

Coördinatie en afstemming

- Integrale bekostiging
- Zelfde verhaal vertellen
- Tegenstrijdige adviezen
- Coördinatie testaanvragen
- Ontslaginformatie
- Beschikbaarheid informatie medicatie



Palliatieve zorg

- Wat is palliatieve zorg?
- Gebruikers palliatieve zorg
- Sterfte naar doodsoorzaken
- Plaats van overlijden

Toegankelijkheid van zorg

Financiële toegankelijkheid

- Onverzekerden
- Wanbetalers
- Betaalbaarheid niet-vergoede middelen
- Afzien van zorg vanwege kosten
- Extra zorguitgaven van chronisch zieken en gehandicapten
- Eigen bijdragen
- Eigen bijdragen naar inkomen
- Eigen bijdragen internationaal

Geografische toegankelijkheid

- Bereikbaarheid eerstelijnszorgvoorzieningen
- Bereikbaarheid ziekenhuizen en verpleeg- of verzorgingshuizen
- Gemiddelde rijtijd naar dichtstbijzijnde zorgvoorzieningen

Tijdigheid acute zorg

- Normoverschrijdende spoedeisende ambulanceritten
- Bereik mobiel medisch team
- Bereikbaarheid spoedeisende hulpdienst
- Bereikbaarheid huisartsenposten
- Telefonische bereikbaarheid huisartsen voor spoedoproepen
- Onbeantwoorde acute hulpvraag

Tijdigheid niet-acute zorg

- Ervaren wachttijden
- Telefonische bereikbaarheid huisartsen
- Wachtenden in geestelijke gezondheidszorg
- Ziekenhuizen met wachttijden langer dan de Treeknorm
- Problematisch wachtenden in langdurige zorg
- Wachtenden op donororgaan

Toegankelijkheid naar behoefte

- Zorg naar behoefte
- Telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren
- Ervaren bejegening
- Zorggebruik naar sociaaleconomische status
- Ziekenhuisheropnamen naar etniciteit
- Toegankelijkheid gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen

Personeelsaanbod

- Vacatures
- Moeilijk vervulbare vacatures
- Nettoverloop in verpleging en verzorging
- Arbeidsverzuim
- Beschikbaarheid personeel in ziekenhuis of verpleeghuis
- Aantal artsen en verpleegkundigen

Keuzevrijheid

- Houders van persoonsgebonden budget
- Verzekerdenmobiliteit
- Beperkingen ten aanzien van verzekering
- Zoekenden naar zorginformatie

Kosten van zorg

Zorguitgaven

- Totale zorguitgaven
- Groei zorguitgaven
- Volumegroei per sector
- Zorguitgaven en bruto binnenlands product
- Determinanten groei zorguitgaven
- Zorguitgaven en overige uitgaven
- Zorguitgaven en overige collectieve uitgaven
- Collectieve zorguitgaven per werkende

Financiële positie zorginstellingen en zorgverzekeraars

- Rentabiliteit zorginstellingen
- Solvabiliteit zorginstellingen
- Rentabiliteit zorgverzekeraars
- Solvabiliteit zorgverzekeraars

Doelmatigheid

Macroniveau

- Zorguitgaven en levensverwachting
- Zorguitgaven en vermijdbare sterfte
- Zorguitgaven, gezondheidsverschillen en klantervaringen
- Administratieve lasten

Mesoniveau

- Productiviteit ziekenhuizen
- Prijzen B-segment ziekenhuiszorg
- Regionale variatie gebruik ziekenhuiszorg
- Ligduur ziekenhuizen
- Tarieven huisartsenposten
- Gebruik generieke geneesmiddelen
- Doelmatigheid geestelijke gezondheidszorg
- Doelmatigheid ouderenzorg
- Vermijdbare ziekenhuisopnamen
- Substitutie kleine verrichtingen

Dynamische efficiëntie (innovatiegraad)

- Gebruik medische technologie in ziekenhuizen
- Dagopnamen ziekenhuizen
- Adoptiesnelheid nieuwe geneesmiddelen
- Uitgaven nieuwe geneesmiddelen
- Substitutie geneesmiddelen
- Gebruik zorg op afstand
- Huisartsen met elektronisch medisch dossier

Bijlage 2: Systematische indicatorbeschrijving

<i>Definitie van de indicator</i>	
<i>Systeemdoel en indicatordomein</i>	Bijvoorbeeld Toegankelijkheid → Tijdigheid.
<i>Verantwoordelijk (deel)terrein van de zorg</i>	Bijvoorbeeld Curatieve zorg → Huisartsenzorg en openbare apotheek.
<i>Type indicator</i>	Structuur/proces/uitkomst.
<i>Rationale</i>	Het gaat hier om de relevantie van het onderwerp. Deze indicator is geselecteerd omdat (bijvoorbeeld groot volksgezondheidsprobleem en sterke relatie met kwaliteit van zorg, frequent uitgevoerde handeling, (nog) veel gezondheidswinst of doelmatigheidswinst te behalen, grote variatie tussen instellingen, ervaren knelpunten). Wat betekent een hogere/lagere score voor het systeemdoel (kwaliteit/toegankelijkheid/kosten)?
<i>Aandoening/ingreep</i>	Ziekte, aandoening of ander gezondheidsprobleem, of bepaalde activiteit, zoals diagnostiek, operatie, voorschrijven, andere vorm van therapie.
<i>Berekening van indicator (teller, noemer)</i>	Teller: Noemer:
<i>Toelichting definitie</i>	Bijvoorbeeld codes, gedetailleerdere omschrijving van patiëntgroepen, uitleg van begrippen.
<i>Inclusie of exclusie</i>	(Groepen) personen (of andere elementen) die wel of juist niet meetellen in de teller en/of noemer.
<i>Leeftijd</i>	
<i>Meetniveau</i>	Patiënten/zorgverleners/zorginstellingen/regio's/landen.
<i>Prestatieniveau</i>	Zijn er (kernaanbevelingen uit) richtlijnen, protocollen, veldnormen of beleidsnormen waarmee de indicator kan worden vergeleken? Zo nee, op welke andere wijze wordt de indicator betekenisvol? (bijvoorbeeld door vergelijking met andere landen/regio's/instellingen/patiëntengroepen).
<i>Risicocorrectie/vergelijkbaarheid</i>	Is er gecorrigeerd voor case-mixverschillen? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet? Zou dat idealiter wel moeten? Kunnen de indicatoruitkomsten van landen, instellingen, enzovoorts goed met elkaar vergeleken worden?
<i>Relevante richtlijnen</i>	Bijvoorbeeld ontwikkeld door beroepsgroepen.
<i>Norm</i>	Indien van toepassing een norm die is geformuleerd door het veld of het beleid over de gewenste waarde.
<i>Indicatorset waaruit de indicator afkomstig is</i>	Bijvoorbeeld bepaalde set van IGZ, ZiZo, OECD, of eigen ontwikkeling en bewerking.
<i>Naam van de gegevensbron, beheerder en type gegevens</i>	Vragenlijsten, zorgregistratie, ander soort bron. Zo mogelijk verwijzen naar Zorggegevens.nl.
<i>Representativiteit</i>	Internationaal of nationaal, landendekkend of nationale steekproef.
<i>Data periodiciteit van de indicator</i>	Hoe vaak komen nieuwe cijfers beschikbaar?
<i>Methodologische overwegingen</i>	Beschikbare informatie over de validiteit, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de indicator (en de onderliggende gegevens).
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Referenties</i>	

Scan QR-code of kijk voor uitgewerkt voorbeeld op de website
<http://www.gezondheidsZorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-curatieve-zorg/verantwoording/sterfte-aan-borstkanker-darmkanker-en-baarmoederhalskanker/>



Bijlage 3: Belangrijke wijzigingen op de website

Content

- De ingang tot de informatie wordt de indicator in plaats van de kernbevinding.
- De indicatorbeschrijving vervangt de kernboodschap in de toegang tot de tekst.
- Aan elke indicator wordt een systematische indicatorbeschrijving toegevoegd (zie Bijlage 1).
- Twee maal per jaar (in totaal 7 keer) zal een aantal indicatoren op de website geactualiseerd worden, zodanig dat na vier jaar alle indicatoren minimaal één maal zijn aangepast.

Homepage

- Om de samenhang tussen RIVM-websites te benadrukken wordt de layout van de homepage gewijzigd analoog aan de homepage van het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Zorgatlas.
- De indeling van de homepage wordt gewijzigd. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 'Onderwerpen' (Kwaliteit, Toegankelijkheid en Kosten) en 'Thema's' (Stelselwijziging en nieuwe thema's). Ook wordt de volledige lijst van indicatoren, met voor iedere indicator een link naar de achterliggende tekst, aan Onderwerpen toegevoegd.
- De rubrieken 'Nieuws' en 'Uitgelicht' worden toegevoegd om de gebruiker te kunnen informeren over de inhoud van de releases en over opmerkelijke Zorgbalans onderwerpen.
- E-mailalert en Add-this-knopjes worden toegevoegd.

Figuren

- Interactieve grafieken stellen de gebruiker in staat delen van de grafiek te selecteren en te tonen. Deze functionaliteit wordt nog ontwikkeld.
- Naast het weergeven van de indicatorwaarden zullen deze waarden in de toekomst mogelijk ook visueel worden weergegeven ten opzichte van een bepaalde 'benchmark'. Zo'n benchmark is een referentiepunt dat bijvoorbeeld wordt bepaald door een beleidsnorm, een veldnorm of door de waarde van een aantal goed presterende landen. Dit betreft een pilot.

Zoeken

- De zoekfunctionaliteit wordt verbeterd zodat ook gerelateerde trefwoorden worden getoond en gezocht kan worden op andere RIVM-websites.

Integratie met andere RIVM-websites

- Dwarsverbanden worden aangegeven door automatisch gegenereerde verwijzingen naar verwante informatie op andere RIVM-websites. Deze functionaliteit wordt nog ontwikkeld.

Externe websites

- Vanuit de tekst worden links aangebracht naar externe websites om zo inhoudelijke verbanden aan te geven.

Bijlage 4: Samenstelling Zorgbalansteam in 2011

Dr. M.J. van den Berg (projectleider)
Dr. D. de Boer (NIVEL/CKZ)
Drs. C. Deuning
Drs. R. Gijsen
Drs. A. Hayen (Tranzo/Tilburg University)
Drs. R. Heijink
Drs. M. Kooistra
Dr. M. Lambooij
Drs. L.C.M Limburg
Drs. S.L.N. Zwakhals

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl