



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (Diana Delnoij, Herman Sixma, *Naar een 'CAHPS organisatie' in Nederland*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Naar een 'CAHPS organisatie' in Nederland**

Diana Delnoij  
Herman Sixma



ISBN-10: 90-6905-810-3  
ISBN-13: 978-90-6905-810-8

<http://www.nivel.nl>  
[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>1 Ter introductie</b>	<b>5</b>
1.1 Doel en vraagstelling	5
1.2 Methode en objectiviteit	6
<b>2 Managementsamenvatting</b>	<b>9</b>
2.1 Achtergrond	9
2.2 Vraagstelling	11
2.3 Randvoorwaarden voor private bijdrage aan publieke doelen	11
2.3.1 Standaardisatie	11
2.3.2 Openbaarheid van landelijk dekkende consumenteninformatie	12
2.3.3 Wetenschappelijke borging	13
2.3.4 Minimalisatie van administratieve lasten	13
2.3.5 Prioritering van onderwerpen vanuit publiek perspectief	13
<b>3 De CAHPS organisatie in de Verenigde Staten</b>	<b>15</b>
3.1 Het ontstaan van het CAHPS-programma	15
3.2 CAHPS-participanten en hun functies	16
3.3 Samenvatting	19
<b>4 Implicaties voor de vertaling naar de Nederlandse context</b>	<b>21</b>
4.1 Inleiding	21
4.1.1 Publieke belangen	21
4.1.2 Private belangen	21
4.1.3 Afstemming publieke en private belangen	22
4.2 Het product en het productieproces	24
4.2.1 Wat is CAHPS/QUOTE?	25
4.2.2 Van wie is CAHPS/QUOTE?	25
4.3 Besluit tot ontwikkeling van nieuwe vragenlijsten	27
4.3.1 Onderzoeksprogramma	27
4.3.2 Aansturing van de ontwikkeling	28
4.4 Feitelijk ontwikkelen en aanpassen	29
4.4.1 Ontwikkelorganisatie	30
4.4.2 Bescherming van de methodiek	30
4.5 Uitvoeren van metingen	31
4.5.1 Uitvoeringsorganisatie	32
4.5.2 Steekproeftrekking	33
4.6 Rapportage over de bevindingen	34
4.6.1 Consumenteninformatie	34
4.6.2 Informatie ten behoeve van monitoring door de overheid	35
4.6.3 Terugrapportages-op-maat	35

4.6.4	Informatie over prestaties van contractpartners	36
4.7	Beheer	37
4.7.1	Beheer van data	37
4.7.2	Beheer van vragenlijsten	37
4.8	Hoe verder?	38
	<b>Eindnoten</b>	<b>39</b>

# 1 Ter introductie

## 1.1 Doel en vraagstelling

Het NIVEL heeft in het kader van het project 'Naar gestandaardiseerde, aandoening-specifieke consumenteninformatie over patiëntgerichtheid: fase 1' de opdracht gekregen om een aantal op CAHPS/QUOTE gebaseerde meetinstrumenten<sup>1</sup> te ontwikkelen en om daarnaast na te denken over de organisatie van de structurele implementatie van deze meetinstrumenten in de Nederlandse gezondheidszorg. Uiteindelijk zal namelijk een structuur moeten worden opgezet voor het verzamelen van gegevens over de prestaties van (ketens van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars vanuit het perspectief van de gebruiker. Deze gegevens moeten voorzien in de informatiebehoefte van:

- zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt;
- instellingen en beroepsbeoefenaren die de kwaliteit van hun zorg willen verbeteren;
- de kiezende consument op de verzekerings- en aanbiedersmarkt;
- de overheid die de patiëntgerichtheid van het gezondheidszorgsysteem op macroniveau wil monitoren.

De consumenteninformatie zal onder meer gepubliceerd worden op de portal [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Op geaggregeerd niveau moeten de gegevens gebruikt kunnen worden door het Ministerie van VWS bij het monitoren van de patiëntgerichtheid van de zorg via de Zorgbalans.

Deze notitie is bedoeld als achtergronddocument op basis waarvan nadere besluitvorming kan plaatsvinden over de implementatie van CAHPS/QUOTE in Nederland. Op dit moment (oktober 2005) zijn er twee belangrijke drijvende krachten achter de ontwikkeling en implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek:

- 1 een stichting die is opgericht door vier verzekeraars die samen een substantieel deel van de verzekerdenmarkt in handen hebben; en
- 2 ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS.

De vraag waarop dit rapport antwoord wil geven, is:

*'Onder welke voorwaarden kan het Ministerie van VWS een samenwerking met de private stichting opgericht door verzekeraars aangaan voor de realisatie van de publieke belangen op het terrein van het meten van consumentenervaringen met de zorg(verzekeraars)?'*

Om die vraag te beantwoorden wordt in hoofdstuk 3 een beschrijving gegeven van de CAHPS organisatie in de Verenigde Staten. Daarna worden in hoofdstuk 3 de implicaties voor Nederland geschetst. Daarbij wordt primair uitgegaan van het perspectief van het Ministerie van VWS. Met andere woorden: de publieke belangen zijn leidend in dit

rapport. Na deze introductie volgt eerst de managementsamenvatting (hoofdstuk 3) waarin de belangrijkste conclusies op basis van het rapport bij elkaar staan.

## 1.2 Methode en objectiviteit

De informatie in dit rapport is afkomstig uit de literatuur, websites (onder meer van partners in het Amerikaanse CAHPS consortium), gesprekken met stakeholders in Nederland (Ministerie van VWS, ZonMw, verzekeraars), en twee buitenlandse werkbezoeken, waarbij gesprekken zijn gevoerd met medewerkers van:

- Picker Europe, Oxford, Engeland;
- Harvard Medical School, Boston, Verenigde Staten;
- Centers for Medicaid and Medicare Services, Washington DC, Verenigde Staten;
- Agency for Healthcare Research and Quality, Washington DC, Verenigde Staten;
- Westat, Rochester, Verenigde Staten;
- National Committee for Quality Assurance, Washington DC, Verenigde Staten.

Waar conclusies in dit rapport gebaseerd zijn op de literatuur of op concrete opmerkingen die in een van de interviews zijn gemaakt, is dit aangegeven via referenties. Dit rapport is echter ook het product van lange ervaring met de gezondheidszorg (op het gebied van gebruikersoordelen en op het gebied van prestatie-indicatoren) en van wat omschreven zou kunnen worden als 'participerende observatie' (een onderzoeksmethode), ware het niet dat:

- Die observatie soms toevallig tot stand kwam en zeker nooit bewust als onderzoeksmethode is gehanteerd;
- De observatie niet alleen vanuit een neutrale positie als onderzoeker is uitgevoerd, maar ook vanuit een positie als deelnemer (namens het NIVEL) aan overlegsituaties en onderhandelingen.

De auteurs van dit rapport zijn programmaleider en senioronderzoeker van het NIVEL themagebied waarbinnen CAHPS/QUOTE vragenlijsten worden ontwikkeld, in opdracht van ZonMw en het Ministerie van VWS, maar ook in opdracht van zorgverzekeraars (met name Agis). Dat brengt inzicht en kennis met zich mee van de belangen en overwegingen die bij deze opdrachtgevers leven ten aanzien van informatie over consumentenervaringen. Het NIVEL heeft zelf een bedrijfsmatig belang bij het verkrijgen van opdrachten voor de ontwikkeling van vragenlijsten, maar ook - vanuit zijn publieke missie - bij transparantie (openbaarheid) van gebruikte methoden en resultaten. De fricties tussen publieke en private belangen die in dit rapport op meer abstracte wijze in kaart worden gebracht, komen in diverse concrete verschijningsvormen vrijwel wekelijks op het bord van NIVEL programmaleiders en management. Daarbij gaat het om discussies met opdrachtgevers (publiek én privaat) over eigendomsrechten op meetinstrumenten en data, exclusiviteit van verrichte werkzaamheden, (tijdstip van) publicatie van gegevens etc.

Inside informatie is heel waardevol bij het uitvoeren van een opdracht als de hier voorliggende, maar kleurt onvermijdelijk ook het denken van de opstellers van dit

rapport. Het is daarom goed om onze eigen positie expliciet te benoemen: Dit is een rapport dat is opgesteld door onderzoekers van het NIVEL. Een instituut dat contractresearch met een publieke missie doet, dat acceptabel wil zijn en blijven voor opdrachtgevers uit zowel de publieke als de private sector, dat respect wil oogsten voor de maatschappelijke relevantie van zijn werk als ook voor zijn wetenschappelijke kwaliteit en dat op grond van die kwaliteit (en niet op grond van een monopoliepositie) een *preferred partner* wil zijn voor vragenlijstontwikkeling.





## 2 Managementsamenvatting

### 2.1 Achtergrond

Het NIVEL en de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC hebben in het kader van het ZonMw-project ‘Naar gestandaardiseerde, aandoeningspecifieke consumenten-informatie over patiëntgerichtheid: fase 1’ de opdracht gekregen om een advies op te stellen voor de organisatie van de structurele implementatie van CAHPS/QUOTE meetinstrumenten in de Nederlandse gezondheidszorg. Bij het nadenken over de implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek in Nederland moet onderscheid worden gemaakt in publieke belangen en private belangen. Het publieke belang is drieledig:

- 1 De overheid moet op landelijk niveau kunnen monitoren hoe het gesteld is met de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg.
- 2 De consument moet toegang hebben tot landelijk dekkende, vergelijkende keuze-informatie over de prestaties van aanbieders in cure en care en over verzekeraars om gereguleerde marktwerking mogelijk te maken.
- 3 De administratieve lasten moeten beperkt worden/blijven.

De publieke belangen zijn gediend bij standaardisatie van methodieken en openbare toegankelijkheid van resultaten. Deze randvoorwaarden komen op de markt niet vanzelfsprekend tot stand. De private belangen ten aanzien van standaardisatie, en openbaarheid zijn namelijk minder eenduidig:

Zorgverzekeraars hebben weliswaar een specifiek bedrijfsbelang bij het beschikbaar komen van instrumenten voor het meten van prestaties van aanbieders (zorginkoop-instrumenten). Maar dat geldt vooral voor zorgverzekeraars voor wie zorginkoop een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering is.

Zorgaanbieders hebben behoefte aan instrumenten waarmee zij hun kwaliteitsbeleid vorm kunnen geven en het meten van klantervaringen hoort daarbij. Binnen benchmarktrajecten wordt gewerkt aan onderlinge vergelijking, maar er is weinig behoefte aan vergelijking van de resultaten van de eigen sector met andere sectoren. Zorgaanbieders zullen ook niet snel meetinstrumenten (laten) ontwikkelen die een hele zorgketen omvatten, omdat een deel van die keten buiten hun eigen *span of control* valt.

De zorgverzekeraars en aanbieders die wel ervaringen van klanten meten, hebben uit zichzelf verder weinig belang bij het naar buiten brengen van de uitkomsten van metingen op zo'n manier dat sprake is van vergelijkende keuze-informatie voor consumenten. Evenmin hebben zorgverzekeraars belang bij het naar buiten brengen van gestandaardiseerde en vergelijkbare informatie over hun eigen prestaties.

Uit het bovenstaande blijkt dat standaardisatie en openbaarmaking niet bovenaan staan in de private belangen. Tegelijkertijd zijn er redenen waarom verzekeraars en aanbieders hier niet afwijzend tegenover staan:

- Aanbieders en verzekeraars moeten in toenemende mate via hun maatschappelijke verantwoordingsdocumenten inzicht geven in de geleverde kwaliteit. Dat moet - eveneens in toenemende mate - op gestandaardiseerde wijze. Om redenen van efficiëntie hebben aanbieders en verzekeraars er daarom belang bij dat de informatie die zij voor hun interne bedrijfsvoering verzamelen aansluit bij de informatie die zij voor hun externe verantwoording nodig hebben.
- Instellingen en beroepsbeoefenaren hebben er bovendien belang bij dat de zorgverzekeraars en toezichthouders hun informatievragen onderling afstemmen, zodat zij niet geconfronteerd worden met een groot aantal verschillende indicatoren.
- Als de ontwikkelde methodiek niet wetenschappelijk geborgd is loopt iedere verzekeraar of zorgaanbieder het risico van verwijten over manipulatie of sturing van de antwoorden, met reputatieschade als gevolg. Wetenschappelijke borging vraagt onder meer om publicaties over het ontwikkelingstraject; bij voorkeur publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. Private investeerders hebben dus wel belang bij dit type openbaarheid van resultaten (maar: een wetenschappelijke publicatie is geen consumenteninformatie).

Het samenspel van publieke en private belangen bij iedere verzekeraar en zorgaanbieder leidt tot een prisoner's dilemma, dat alleen opgelost kan worden wanneer een derde partij (de overheid) 'dwang' uitoefent. Als het gaat om de implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek bestaat de grootste uitdaging eruit om de publieke en private belangen op elkaar af te stemmen en van daaruit te zoeken naar verbindingen, zodat er geen onderzoek dubbel gedaan wordt, zodat consumenten niet van verschillende kanten met net weer iets andere vragenlijsten worden bestookt, en zodat de administratieve lasten beperkt kunnen worden.

De afstemming tussen publieke en private belangen heeft betrekking op de volgende punten:

<b>Publiek</b>	<b>Privaat</b>
Behoefte aan standaardisatie	Behoefte aan profilering
Behoefte aan landelijke dekkende, openbare consumenteninformatie	Behoefte aan bedrijfsinformatie
Behoefte aan wetenschappelijk borging	Idem
Behoefte aan minimalisatie administratieve lasten	Idem
Behoefte aan prioritering van onderwerpen vanuit publiek perspectief (DALY's, kosten, volume)	Behoefte aan prioritering van onderwerpen vanuit bedrijfsmatig en/of marketing perspectief

## 2.2 Vraagstelling

Er zijn twee belangrijke drijvende krachten achter de ontwikkeling en implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek: een stichting die is opgericht door vier verzekeraars die samen een substantieel deel van de verzekerdenmarkt in handen hebben en ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS. De vraag die nu voorligt is: ‘Onder welke voorwaarden kan het Ministerie van VWS een samenwerking met de private stichting opgericht door verzekeraars aangaan voor de realisatie van de publieke belangen op het terrein van het meten van consumentenervaringen met de zorg(verzekeraars)?’ Puntsgewijs zullen in de volgende paragraaf een aantal belangrijke randvoorwaarden voor deze publiek-private samenwerking worden genoemd.

## 2.3 Randvoorwaarden voor private bijdrage aan publieke doelen

Vanuit de publieke belangen is er behoefte aan standaardisatie, openbaarheid van consumenteninformatie, wetenschappelijke borging, minimalisatie van administratieve lasten en prioritering van onderwerpen vanuit publiek perspectief. Op elk van deze voorwaarden wordt hier kort ingegaan.

### 2.3.1 *Standaardisatie*

Het ontwikkelen van vragenlijsten dient gestandaardiseerd plaats te vinden. Het is echter belangrijk om vast te stellen dat standaardisatie niet alleen betrekking heeft op de ontwikkelde **vragenlijsten** zelf maar ook op de daarbij behorende **protocollen** voor het trekken van steekproeven, het verzenden en invoeren van vragenlijsten, het schonen van bestanden, het analyseren van gegevens en het rapporteren hierover. Bij het opstellen van protocollen wordt voorlopig uitgegaan van het trekken van steekproeven via de administraties van verzekeraars. Maar de mogelijkheid moet open worden gehouden dat in de toekomst ook steekproeven kunnen worden getrokken via de administraties van zorgaanbieders.

Vanuit het publieke belang is het gewenst dat er gecontroleerd gebruik wordt gemaakt van de vragenlijsten en protocollen. Dat kan bijvoorbeeld door - net als in de Verenigde Staten - een merknaam te deponeren voor de vragenlijsten + protocollen en door organisaties die metingen uitvoeren (de zogeheten ‘survey vendors’) te certificeren. VWS kan de merknaam en certificering onderbrengen bij de private stichting onder voorwaarde dat:

- de merknaam alleen gebruikt wordt voor vragenlijsten die in het publieke domein beschikbaar komen;
- certificering plaatsvindt op basis van door onafhankelijk onderzoeksinstituten (zie wetenschappelijke borging) ontwikkelde handleidingen en protocollen;
- er geen toetredingsbelemmeringen zijn voor organisaties die als ‘survey vendor’ willen optreden.

### 2.3.2 Openbaarheid van landelijk dekkende consumenteninformatie

Het publieke belang is gebaat bij rapportages met landelijke dekkende, vergelijkende **consumenteninformatie** en geaggregeerde rapportages voor het **monitoren van de patiëntgerichtheid** van het gezondheidszorgsysteem. Het private belang is ten behoeve van kwaliteitsverbetering gediend bij **terugrapportages-op-maat over de eigen prestaties**, eventueel in vergelijking met die van de concurrentie (benchmark) en ten behoeve van de zorginkoop bij rapportages over de **prestaties van contractpartners**. Om de publieke belangen te waarborgen dient VWS met de private stichting overeen te komen dat:

- resultaten van metingen die in het **publieke domein** (dat wil zeggen in opdracht van of als gevolg van een verplichting van de overheid of een publieke toezichthouder) worden uitgevoerd, openbaar en op naam van de onderzochte aanbieders en/of verzekeraars worden gepubliceerd;
- waarbij de stichting zorg draagt voor het zorgvuldig omgaan met de bedrijfsbelangen van de betrokken aanbieders en/of verzekeraars, door:
  - de betrokkenen vooraf op de hoogte te stellen van de voorgenomen metingen (ook indien dit strikt genomen voor de steekproeftrekking niet nodig zou zijn)<sup>2</sup>,
  - de betrokkenen een aantal weken voor publicatie van de gegevens reeds inzage te geven in de uitkomsten,
  - de publicatie van consumenteninformatie vergezeld te doen gaan van een achtergronddocument waarin de methode van onderzoek verantwoord wordt;
- waarbij de stichting zorgt dat de privacy van patiënten en verzekerden wordt gewaarborgd;
- waarbij de verzekeraars die aangesloten zijn bij de stichting geen concurrentievoordeel hebben;
- waarbij de organisatie geen financiële of bestuurlijke drempels bevat die voor overige partijen (bijvoorbeeld verzekeraars of patiënten-/consumentenorganisaties) om deel te nemen.

Het rekening houden met de belangen van degenen wier prestaties worden gemeten via steekproeftrekking door verzekeraars is des te belangrijker naarmate de analyse-eenheid kleiner wordt.

Van klein naar groot betreffen de mogelijke analyse-eenheden het niveau van individuele hulpverleners, gevolgd door het niveau van praktijken/maatschappen of afdelingen binnen een instelling, het niveau van instellingen en het niveau van regio's of concerns (bestaande uit meerdere instellingen). In het algemeen zal informatie die te herleiden is tot individuele personen gevoeliger zijn dan informatie die betrekking heeft op (afdelingen binnen) instellingen, omdat publicatie van met name slechte resultaten niet alleen (reputatie)schade opleveren voor het bedrijf maar ook gevolgen kunnen hebben voor het persoonlijk functioneren van de betrokken hulpverleners.

### 2.3.3 *Wetenschappelijke borging*

Voor het creëren en behoud van draagvlak onder het publiek, de aanbieders en de verzekeraars die van de vragenlijsten gebruik maken, is het nodig dat hoge eisen worden gesteld aan de academische en maatschappelijke kwaliteit van de bij de ontwikkeling van vragenlijsten en protocollen betrokken onderzoeksinstituten. Dat is zowel in het publieke als in het private belang. Of informatie nu gepresenteerd wordt op [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl) of binnenskamers gebruikt wordt in onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders: in beide gevallen moet er geen discussie mogelijk zijn over de kwaliteit van de gebruikte meetinstrumenten en de resultaten van het onderzoek daarmee.

Indien de coördinatie van de ontwikkeling van meetinstrumenten zou worden ondergebracht bij de private stichting, moet deze bij het verlenen van onderzoeksopdrachten:

Opdrachtnemers beoordelen<sup>3</sup> op:

- de wetenschappelijke en maatschappelijke kwaliteit van hun onderzoek;
- past performance op het terrein van meetinstrumentontwikkeling;
- participatie in (inter)nationale netwerken van onderzoekers op het terrein van consumentenervaringen.
- bevorderen dat over de ontwikkeling van meetinstrumenten wordt gepubliceerd in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften.

### 2.3.4 *Minimalisatie van administratieve lasten*

Bij het meten van consumentenervaringen wordt uitgegaan van het principe ‘één keer verzamelen, meerdere keren gebruiken’. Dat houdt in dat de stichting:

- bij het laten ontwikkelen van vragenlijsten en protocollen rekening houdt met mogelijke verschillende gebruiksdoelen (inkoopinformatie, consumenteninformatie, kwaliteitsinformatie, toezichtinformatie, monitorinformatie) in ieder geval voor wat betreft:
  - de inhoud van vragenlijsten;
  - protocollen voor steekproeftrekking (hoe groot, hoe en uit welke administratie te trekken?).

### 2.3.5 *Prioritering van onderwerpen vanuit publiek perspectief*

Het publieke belang vraagt om het meten van consumentenervaringen in zowel de cure als de care. Op dit moment wordt de ontwikkelagenda van nieuwe meetinstrumenten sterk bepaald door de informatiebehoefte van inkoopende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben primair belang bij inkoopinstrumenten voor de zorg die straks in het basispakket of de aanvullende verzekering zit (hoofdzakelijk cure) en minder bij instrumenten die betrekking hebben op AWBZ-voorzieningen (hoofdzakelijk care).

Het verdient de voorkeur om in de toekomst de ontwikkeling en toepassing van de CAHPS/QUOTE-methodiek programmatisch op te zetten. Dat maakt afbakening mogelijk en schept duidelijkheid voor potentiële investeerders en voor de bedrijfsvoering van de instituten en bureau's die belast zijn met de ontwikkeling en toepassing. Een goed doordacht onderzoeksprogramma geeft daarnaast de kaders en voorwaarden aan waarbinnen en waaronder de onderzoekers toegang hebben tot de door verschillende partijen verzamelde gegevens. Bovendien werpt een programmatische aanpak ook in wetenschappelijk opzicht de meeste vruchten af.

Een programmatische aanpak vraagt om afstemming van de publieke en private onderzoeks- en ontwikkelingsagenda, bijvoorbeeld door de instelling van een programmacommissie waarin verschillende belanghebbenden zitting nemen en die voor vijf jaar een ontwikkelingsprogramma uitzet en initiatieven van derden coördineert (om doublures te voorkomen). Prioritering kan plaatsvinden bijvoorbeeld op basis van ziektelast, of kosten en/of volume; door de financieringssystematiek leidend te laten zijn (ontwikkeling van lijsten rond DBC's); door aan te sluiten bij de prioriteiten in het beleid van patiënten/consumentenorganisaties, of bij prioriteiten van zorginkopende verzekeraars, of bij politieke prioriteiten.

Bij het uitvoeren van dit onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma onder auspiciën van de private stichting moet deze laatste:

- zorgen voor de beschikbaarheid van de benodigde meetinstrumenten in het publieke domein (eventueel door private investeerders schadeloos te stellen voor gemaakte ontwikkelkosten);
- voor zover meetinstrumenten nog niet beschikbaar zijn (ook niet in het private domein), de ontwikkeling daarvan coördineren.

## 3 De CAHPS organisatie in de Verenigde Staten

### 3.1 Het ontstaan van het CAHPS-programma

De opzet van het CAHPS-programma moet worden begrepen tegen de achtergrond van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem, dat gefinancierd wordt via een veelheid van publieke en private programma's. Voor 65-plussers en voor de allerarmsten zijn er de publieke verzekeringsschema's Medicare en Medicaid. Voor kinderen uit arme gezinnen is sinds kort het verzekeringsprogramma SCHIP ingevoerd. Medicare en Medicaid zijn federale programma's die echter worden uitgevoerd door de staten. Wie niet boven de 65 of arm is, is aangewezen op particuliere verzekeringen die men soms individueel afsluit, maar meestal collectief via de werkgever. Dat is niet voor iedereen weggelegd. Ongeveer 15% van de bevolking is onverzekerd, omdat men de (hoge) premie niet kan opbrengen (maar net niet arm genoeg is om in aanmerking te komen voor Medicaid), of omdat men de premie niet wil opbrengen (omdat men gezond is en het nut van een verzekering niet inziet). Ongeacht of men onder een publieke verzekering valt of is aangewezen op een particuliere verzekeringsvorm, bestaat er altijd de keuze tussen een traditioneel fee-for-service model (een schadeverzekering) of een managed care model (waarbij verzekeraars aanbieders contracteren en in die contracten afspraken maken over kwaliteit en organisatie van de zorg). Managed care modellen zijn er in vele soorten en maten: met en zonder voorkeursaanbieders (preferred providers); met en zonder een verwijzfunctie van de eerstelijnsarts; met artsen en ziekenhuizen die in dienst/eigendom zijn van de verzekeraar zelf of artsen en ziekenhuizen waarmee de verzekeraar contracten afsluit, maar die ook voor andere verzekeraars werken; met hoge en lage eigen risico's etc. Het is dus niet verwonderlijk dat Amerikaanse consumenten die een verzekeraar in de arm willen nemen (dat zijn dus zowel individuele particuliere consumenten, als werkgevers, als staten), door de bomen het bos niet meer zien. Het CAHPS programma is één van de initiatieven van de Amerikaanse overheid dat tot doel heeft om die consumenten te helpen bij het maken van een keuze tussen verzekeraars, opdat die keuze niet alleen gebaseerd zou zijn op informatie over de premie, maar ook op informatie over de geleverde kwaliteit.

De geschiedenis van het CAHPS programma begint in het midden van de jaren 90. In oktober 1995 krijgen 'de Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) en de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) vanuit het overkoepelend U.S. Department of Health and Human Services de opdracht voor het ontwikkelen en implementeren van een nieuwe set meetinstrumenten op het terrein van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van verzekerden. Deze nieuwe meetinstrumenten zouden het antwoord moeten vormen op de lappendeken van meetinstrumenten op het terrein van de patiëntensatisfactie en kwaliteit van zorg die op dat moment voorhanden was.

Het CAHPS programma, waarbij de term CAHPS staat voor Consumer Assessment of Health Plans, had een tweeledige doelstelling:

- 1 De ontwikkeling en implementatie van een nieuwe generatie meetinstrumenten waarmee de kwaliteit van de zorg en dienstverlening van organisaties (in eerste instantie verzekeraars) vanuit gebruikersperspectief zowel cross-sectioneel als longitudinaal vergeleken kan worden.
- 2 Het scheppen van de voorwaarden en het creëren van een infrastructuur die aan gebruikers van zorgvoorzieningen de mogelijkheid biedt om de informatie die met behulp van de nieuwe meetinstrumenten wordt verzameld aan te wenden als keuze-informatie dan wel stuurinformatie.

Oorspronkelijk opgezet om eenheid te scheppen in de veelheid van vragenlijsten ter evaluatie van de inkoopfunctie van zorgverzekeraars in de Verenigde Staten, heeft het CAHPS-programma zich geleidelijk ontwikkeld tot een programma met een veel bredere impact. Een programma dat zich richt op de behoeften van zowel gebruikers van zorgvoorzieningen als die van verzekeraars, zorgaanbieders en beleidsmakers. In de loop van de tijd is het accent verschoven van het ontwikkelen van keuzeondersteunende consumenteninformatie naar informatie die gebruikt kan worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg in instellingen, met name ziekenhuizen.<sup>4</sup>

### **3.2 CAHPS-participanten en hun functies**

In 1996 wordt officieel gestart met het CAHPS-programma. Daarbij is gekozen voor een opzet in de vorm van 5-jaren plannen. CAHPS I liep van 1996 tot 2001; CAHPS II startte in 2002 en loopt door tot 2007. Onder verantwoordelijkheid van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - de rechtsopvolger van het AHCPR - en in samenwerking met de CMS, wordt met geld van de Amerikaanse overheid de ontwikkeling, het testen en het verder verfijnen van de CAHPS-producten in de handen gelegd van drie private organisaties. CMS heeft hiervoor een mandaat van het Congress<sup>5</sup> Dit zijn: de Harvard Medical School (Massachusetts), de RAND organisatie (Californië) en het Research Triangle Instituut (RTI) uit North Carolina. Bij het CAHPS II programma is het RTI vervangen door het American Institutes for Research (AIR) in Washington, DC. Daarbij zijn echter de betrokken onderzoekers 'mee overgegaan' naar de nieuwe organisatie, zodat de samenstelling van het onderzoeksteam door de jaren heen vrij stabiel is gebleven.<sup>6</sup> Het onderzoek is door de Amerikaanse overheid gegund op basis van een open competitie<sup>7</sup>.

Een vierde private organisatie - Weststat - ondersteunt de drie wetenschappelijke organisaties en vormt via het CAHPS Survey Users Network (CAHPS-SUN) de verbindende schakel naar de gebruikers van de CAHPS-vragenlijsten. Daarnaast is Weststat verantwoordelijk voor het beheer van de database met benchmarkgegevens: de National CAHPS Benchmarking Database (NCBD).

De vier private organisaties - Harvard Medical School, RAND, RTI/AIR, Weststat - vormen, tezamen met hun partner-instituten en onderaannemers en project-medewerkers van AHRQ en CMS het CAHPS Consortium.



Het CAHPS I Consortium richtte zich op vijf doelen:

- 1 Het ontwikkelen en uittesten van vragenlijsten voor het meten van de ervaringen en oordelen van consumenten over de zorg- en dienstverlening van zorginstanties.
- 2 Het ontwikkelen en uittesten van protocollen voor dataverzameling, analyse-methoden en rapportages die in principe landelijk gebruikt kunnen worden.
- 3 Het ontwikkelen en uittesten van de verschillende manieren waarop de uitkomsten van studies naar de ervaringen en oordelen van consumenten onder de aandacht van gebruikers kunnen worden gebracht.
- 4 Het ontwerpen en uitvoeren van evaluatiestudies die zich richten op het CAHPS-protocol en de CAHPS-producten.
- 5 Het vaststellen of de uitkomsten van de CAHPS-studies en de rapportages hieruit voortvloeiend ook daadwerkelijk door gebruikers worden aangewend bij de keuze voor een zorgverlener/zorgverzekeraar.

Kijken we naar de doelen van het CAHPS II Consortium, dan is er sprake van zowel een verbreding als een verdieping van activiteiten. Deze doelen zijn:

- Het in stand houden en verbeteren/verfijnen van de CAHPS-verzekerden vragenlijst.
- Het ontwikkelen en uittesten van CAHPS-vragenlijsten op het niveau van samenwerkingsverbanden en individuele zorgverleners.
- Het ontwikkelen en uittesten van een aantal specifieke CAHPS-vragenlijsten, te weten:
  - ECHO-vragenlijst (rond 'behavioural health');
  - CAHPS-ziekenhuis vragenlijst;
  - CAHPS- vragenlijst voor dialysecentra;
  - CAHPS-vragenlijst voor verpleeghuizen;
  - CAHPS-vragenlijst voor mensen met lichamelijke beperkingen;
  - CAHPS-vragenlijst rond kanker.
- Het vaststellen van de mate waarin CAHPS-gegevens bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbetering.
- Evaluatiestudies naar de effectiviteit van de CAHPS resultaten vanuit het gezichtspunt van de gebruikers.
- Evaluatiestudies naar alternatieve wijzen van dataverzameling.
- Het verbeteren/verfijnen en uitbreiden van de richtlijnen voor rapportage.
- Het vertalen van vragenlijsten en rapportages.
- Het verrichten van onderzoek op het terrein van culturele validatie van de CAHPS-meetinstrumenten.

Van alle CAHPS-instrumenten is de CAHPS Health Plan Survey (hier verder aangehaald als CAHPS-verzekerden) het verst in zijn ontwikkeling. Dit blijkt uit:

- 1 de inbedding van de vragenlijst in de NCQA-accreditatie en rapportage via HEDIS<sup>8</sup>;
- 2 het gebruik van de vragenlijst door zowel overheidsinstanties, zorgverzekeraars als werkgevers;
- 3 de database die inmiddels is opgebouwd en betrekking heeft op meer dan 120 miljoen verzekerden;
- 4 de beschikbaarheid van de vragenlijst in meerdere talen;
- 5 de volledigheid en mate van gedetailleerdheid van de CAHPS Survey + Reporting Kit;

- 6 het feit dat er inmiddels sprake is van de 3.0 versie, terwijl de 4.0 versie in voorbereiding is;
- 7 de uitgebreide verantwoording van de ontwikkeling in de wetenschappelijke literatuur.<sup>9 10 11 12 13 14 15</sup>

Waar de drie wetenschappelijke instituten - bijgestaan door Survey Expert Panels en aangestuurd door het AHRQ - hun werk vooral achter de schermen doen, vormen de CAHPS-activiteiten van Weststat via het CAHPS Survey Users Network en de National CAHPS Benchmarking Database de link naar de buitenwereld.

Het CAHPS Survey Users Network (SUN) biedt geïnteresseerden toegang tot alle CAHPS-meetinstrumenten, ondersteuning bij de techniek van het werken met CAHPS-vragenlijsten en toegang tot een netwerk van gebruikers en gebruiksmogelijkheden. De technische ondersteuning betreft:

- een telefonische helpdesk of E-mail functie (die ongeveer 90 vragen per maand krijgt<sup>16</sup>);
- toegang tot en gebruik van de CAHPS-SUN website;
- organiseren van bijeenkomsten van gebruikersgroepen;
- het aanbieden van (on-line) internet workshops;
- periodiek overleg met sponsors;
- het verspreiden van informatie m.b.t. de CAHPS-producten, inclusief de Survey and Reporting Kits en tussentijdse rapportages.

De CAHPS Survey and Reporting Kits bevatten uitgebreide informatie in de vorm van de betreffende vragenlijst(en), richtlijnen voor het communiceren van de onderzoeksresultaten naar gebruikers van zorgvoorzieningen/verzekeraars, software die gebruikt kan worden bij de data-analyse en richtlijnen en instructies voor de feitelijke uitvoering van een CAHPS-project van het begin tot het eind. De meest recente CAHPS Survey and Reporting Kits worden in de Verenigde Staten enkel aangeboden via internet; papieren versies worden niet langer ondersteund. Aan het gebruik van het CAHPS-SUN en de CAHPS Survey and Reporting Kits zijn geen kosten verbonden. Toegang staat open voor iedereen die zich aanmeldt en registreert. Deze publieke toegankelijkheid van gestandaardiseerde vragenlijsten in combinatie met de uitgebreide gebruikersondersteuning vormt de basis van het succes van CAHPS.<sup>17</sup>

Westat, in samenwerking met Shaller Consulting, is ook verantwoordelijk voor het beheer van de National CAHPS Benchmarking Database (NCBD). Met de NCBD worden twee doelen nagestreefd:

- 1 het ondersteunen van benchmark-activiteiten met behulp van CAHPS-gegevens;
- 2 het ondersteunen van onderzoek op het terrein van kwaliteit van zorg vanuit gebruikersperspectief.

Onderzoekers behorende tot het consortium hebben - binnen de grenzen van het betreffende onderzoeksprogramma - gebruiksrecht op de data voor het doen van onderzoek en het doorontwikkelen van de CAHPS-meetinstrumenten. De mogelijkheden voor het doen van betekenisvol onderzoek worden echter belemmerd door het feit dat onderzoekers geen toegang krijgen tot informatie over de leveranciers van de data: de verzekeraars. Daardoor is het niet goed mogelijk onderzoek te doen naar bijvoorbeeld de

relatie tussen verzekeraarmerken en consumentenervaringen.<sup>18</sup> Ook externe onderzoekers kunnen een aanvraag doen voor gebruik van de data. Over die aanvraag wordt beslist door de Executive Research Committee van de NCBD Advisory Group. In deze commissie zitten vertegenwoordigers van de overheid (AHRQ), verzekeraars en CAHPS onderzoekers.

Gegevens die door verschillende ‘survey vendors’ (meetorganisaties) verzameld worden in opdracht van individuele zorgverzekeraars of andere opdrachtgevers zijn eigendom van de betreffende opdrachtgever zelf en kunnen door deze opdrachtgevers kosteloos worden ingebracht in de NCBD. In ruil krijgen deze opdrachtgevers spiegelinformatie aangeboden op basis van de bestaande benchmarkgegevens in de vorm van een op maat toegesneden Sponsor Report. Daarbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in de respondentpopulatie op grond van leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheids-toestand. In de VS worden de cijfers van die andere verzekeraars waarmee men wordt vergeleken geanonimiseerd weergegeven.

Resultaten kunnen ook worden gebruikt om accreditatie te verkrijgen van de National Committee for Quality Assurance (NCQA). Deze accreditatie is op zijn beurt een vereiste om zorg te mogen aanbieden en contracteren onder Medicare/Medicaid.<sup>18</sup> De NCQA heeft daardoor een belangrijke rol gespeeld in het promoten van CAHPS als de standaard voor het meten van consumentenervaringen.

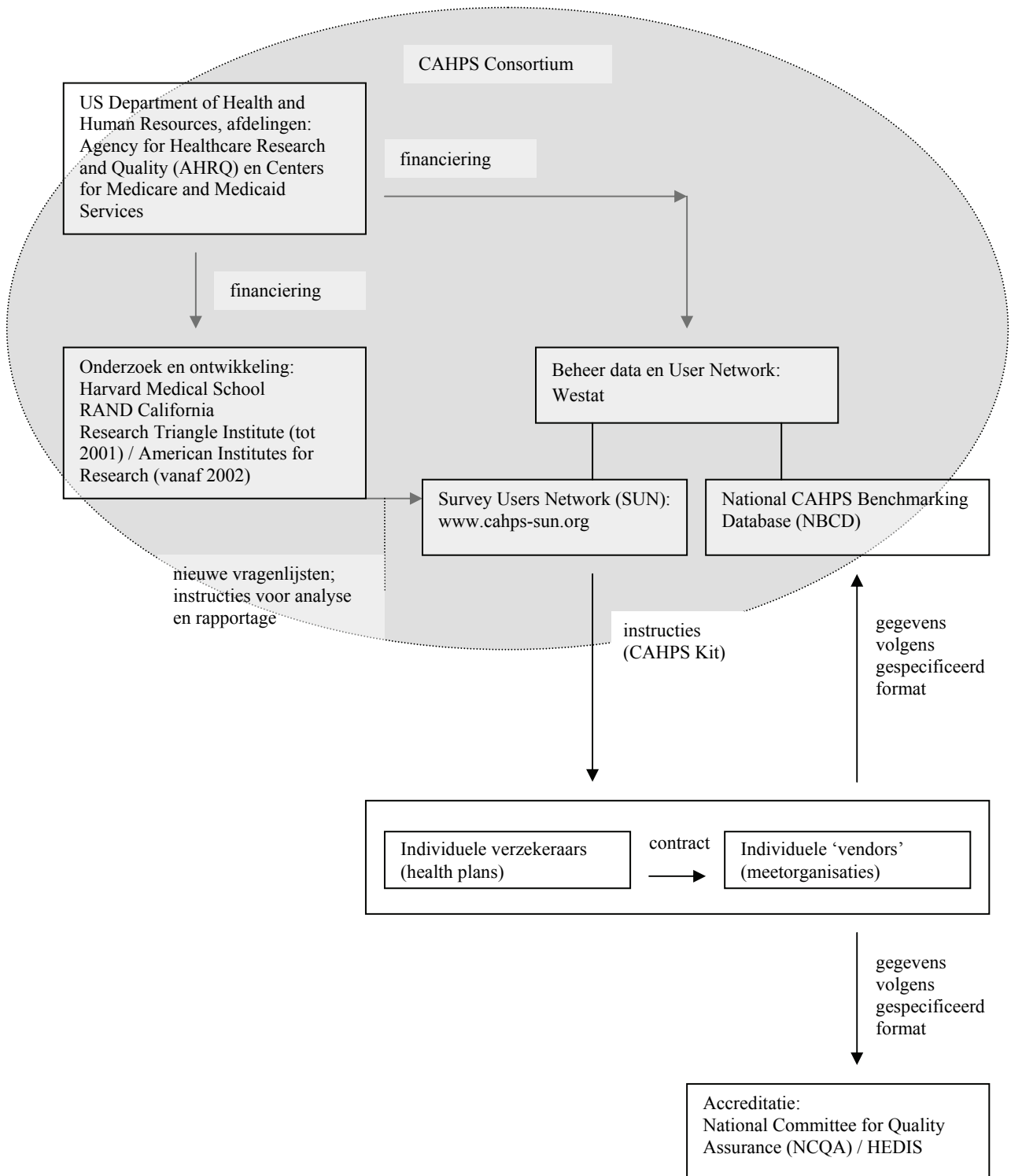
### 3.3 Samenvatting

Samenvattend geldt dat de CAHPS organisatie in de Verenigde Staten een gemengde publiek/private financiering kent. De overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van de randvoorwaarden voor gestandaardiseerde gegevensverzameling op basis waarvan benchmarkinformatie en consumenteninformatie beschikbaar komt, inclusief de ontwikkeling en het uittesten van de meetinstrumenten, een database met onderzoeksgegevens en een communicatieplatform voor gebruikers. Private partijen (ziektelkostenverzekeraars en de ‘survey vendors’ die zij in de arm nemen) zijn verantwoordelijk voor dataverzameling en -analyse ten behoeve van hun eigen bedrijfsvoering, kunnen daarbij een beroep doen op de beschikbare databases en voeden op hun beurt deze databases weer met informatie.

In de Verenigde Staten is het onderzoek en de ontwikkeling van vragenlijsten en de bijbehorende systematiek van dataverzameling, analyse en rapportage in handen van Harvard Medical School, RAND en de American Institutes of Research (AIR) op basis van 5-jaarlijkse onderzoeksprogramma’s. Voor het gebruikersnetwerk is Weststat verantwoordelijk; dezelfde private organisatie beheert ook de nationale database die voor rapportage en benchmark-activiteiten kan worden aangewend.

Financiers (AHRQ en CMS), onderzoeksinstituten (Harvard Medical School, RAND, AIR) en ondersteunende organisatie (Weststat) vormen, samen met partner-instituten en eventuele onderaannemers, in de Verenigde Staten het CAHPS Consortium (zie figuur 3.1).

Figuur 3.1 CAHPS in de VS



## 4 Implicaties voor de vertaling naar de Nederlandse context

### 4.1 Inleiding

Bij het nadenken over de implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek in Nederland moet onderscheid worden gemaakt in publieke belangen en private belangen.

#### 4.1.1 Publieke belangen

Het publieke belang is drieledig:

- 1 de overheid moet op landelijk niveau kunnen monitoren hoe het gesteld is met de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg;
- 2 de consument moet toegang hebben tot landelijk dekkende, vergelijkende keuze-informatie over de prestaties van aanbieders in cure en care en over verzekeraars om gereguleerde marktwerking mogelijk te maken;
- 3 de administratieve lasten moeten beperkt worden.

#### 4.1.2 Private belangen

De publieke belangen zijn gediend bij standaardisatie van methodieken en openbare toegankelijkheid van resultaten. Deze randvoorwaarden komen op de markt niet vanzelfsprekend tot stand. De private belangen ten aanzien van standaardisatie en openbaarheid zijn namelijk minder eenduidig:

- Zorgverzekeraars hebben weliswaar een specifiek bedrijfsbelang bij het beschikbaar komen van instrumenten voor het meten van prestaties van aanbieders (zorginkoop-instrumenten). Maar dat geldt vooral voor zorgverzekeraars voor wie zorginkoop een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering is. Er zullen altijd verzekeraars zijn die niet vrijwillig meewerken aan de totstandkoming van zorginkoopinstrumenten. Ook de ontwikkeling van meetinstrumenten voor aandoeningen die niet zo vaak voorkomen of niet zoveel kosten genereren is voor zorgverzekeraars minder lonend.
- Zorgaanbieders hebben behoefte aan instrumenten waarmee zij hun kwaliteitsbeleid vorm kunnen geven en het meten van klantervaringen hoort daarbij. Binnen benchmarktrajecten wordt gewerkt aan onderlinge vergelijking, maar er is weinig behoefte aan vergelijking van de resultaten van de eigen sector met andere sectoren. Zorgaanbieders zullen ook niet snel meetinstrumenten (laten) ontwikkelen die een hele zorgketen omvatten, omdat een deel van die keten buiten hun eigen *span of control* valt.
- De zorgverzekeraars en aanbieders die wel ervaringen van klanten meten, hebben uit zichzelf verder weinig belang bij het naar buiten brengen van de uitkomsten van

metingen op zo'n manier dat sprake is van vergelijkende keuze-informatie voor consumenten. Evenmin hebben zorgverzekeraars belang bij het naar buiten brengen van gestandaardiseerde en vergelijkbare informatie over hun eigen prestaties. De markt voorziet wél in het tot stand komen van reclame, maar niet in het tot stand komen van vergelijkend warenonderzoek. Aanbieders van zorg en verzekeraars onderhandelen met elkaar over de prijs en inhoud van de zorg en moeten beiden dingen naar de gunsten van de consument. Zij hebben er daarom belang bij zich te profileren. Standaardisatie draagt daar niet toe bij, behalve misschien voor degenen die (verwachten dat zij) heel goed uit de vergelijkende onderzoeken komen.

Uit het bovenstaande blijkt dat standaardisatie en openbaarmaking niet bovenaan staan in de private belangen. Tegelijkertijd zijn er redenen waarom verzekeraars en aanbieders hier niet afwijzend tegenover staan:

- Aanbieders en verzekeraars moeten in toenemende mate via hun maatschappelijke verantwoordingsdocumenten inzicht geven in de geleverde kwaliteit. Dat moet - eveneens in toenemende mate - op gestandaardiseerde wijze. Om redenen van efficiëntie hebben aanbieders en verzekeraars er daarom belang bij dat de informatie die zij voor hun interne bedrijfsvoering verzamelen (bijvoorbeeld voor de zorginkoop of ten behoeve van het kwaliteitsbeleid) aansluit bij de informatie die zij voor hun externe verantwoording nodig hebben.
- Instellingen en beroepsbeoefenaren hebben er bovendien belang bij dat de zorgverzekeraars hun informatievragen onderling afstemmen, zodat zij niet geconfronteerd worden met een groot aantal verschillende indicatoren. Zorgverzekeraars voelen daar minder voor omdat hun informatiebehoefte niet los kan worden gezien van hun inkoopbeleid, waardoor afstemming over het één dus impliceert dat de concurrentie ook inzicht krijgt in het ander.
- Als de ontwikkelde methodiek niet wetenschappelijk geborgd is loopt iedere verzekeraar of zorgaanbieder het risico van verwijten over manipulatie of sturing van de antwoorden, met reputatieschade als gevolg. Wetenschappelijke borging vraagt onder meer om publicaties over het ontwikkelingstraject; bij voorkeur publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. Private investeerders hebben dus wel belang bij dit type openbaarheid van resultaten (maar: een wetenschappelijke publicatie is geen consumenteninformatie).

#### **4.1.3 Afstemming publieke en private belangen**

Het samenspel van publieke en private belangen bij iedere verzekeraar en zorgaanbieder leidt tot een prisoner's dilemma, dat alleen opgelost kan worden wanneer een derde partij (de overheid) 'dwang' uitoefent. Als het gaat om de implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek bestaat de grootste uitdaging eruit om de publieke en private belangen op elkaar af te stemmen en van daaruit te zoeken naar verbindingen, zodat er geen onderzoek dubbel gedaan wordt, zodat consumenten niet van verschillende kanten met net weer iets andere vragenlijsten worden bestookt, en zodat de administratieve lasten beperkt kunnen worden (een keer verzamelen, meerdere keren gebruiken). Het streven is om met behulp van dezelfde vragenlijsten zowel informatie te verzamelen die vertaald

kan worden naar zorginkoopinformatie, naar managementinformatie en naar consumenteninformatie en die bovendien door de overheid gebruikt kan worden om het zorgsysteem te monitoren. Indien mogelijk moeten voor al deze partijen met behulp van dezelfde vragenlijsten gegevens worden verzamelen. De domeinen waarover informatie wordt verzameld, lopen immers niet ver uiteen (het gaat steeds om zaken als toegankelijkheid, bejegening, communicatie, service en dienstverlening en om indicatoren van effectiviteit en veiligheid voor zover daarover aan patiënten vragen kunnen worden gesteld). De weging en presentatie van de uitkomsten kunnen echter verschillen. Voor zorginkopende verzekeraars of managers van instellingen die streven naar kwaliteitsverbetering, kunnen andere zaken belangrijk zijn dan voor de kiezende zorgconsument.

De afstemming tussen publieke en private belangen heeft betrekking op de volgende punten:

<b>Publiek</b>	<b>Privaat</b>
Behoeftte aan standaardisatie	Behoeftte aan profilering
Behoeftte aan landelijke dekkende, openbare consumenteninformatie	Behoeftte aan bedrijfsinformatie
Behoeftte aan wetenschappelijk borging	Idem
Behoeftte aan minimalisatie administratieve lasten	Idem
Behoeftte aan prioritering van onderwerpen vanuit publiek perspectief (DALY's <sup>a</sup> , kosten, volume)	Behoeftte aan prioritering van onderwerpen vanuit bedrijfsmatig en/of marketing perspectief

Op dit moment vindt de ontwikkeling en implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek plaats binnen (1) een stichting van vier verzekeraars die samen een substantieel deel van de verzekerdenmarkt in handen hebben en (2) binnen het ZonMw-programma Consumenteninformatie. De stichting van vier verzekeraars kent een 'ontwikkelorganisatie' die meetinstrumenten en protocollen (door)ontwikkelt (op dit moment gebeurt dit door het NIVEL en het AMC, afdeling Sociale Geneeskunde) en een 'uitvoeringsorganisatie' (op dit moment bestaande uit Mailstreet - een bedrijf dat de verzending en invoer van vragenlijsten organiseert - en bureau Significant - een adviesbureau dat de standaardterugrapportages aan verzekeraars en verzekerden verzorgt). De stichting beheert de database van gegevens.

Ook de publieke investeerders ZonMw/VWS besteden de ontwikkeling van vragenlijsten op dit moment uit aan de combinatie NIVEL/AMC, afdeling Sociale Geneeskunde. In één geval is sprake van gemengde financiering, namelijk rond het doorontwikkelen van een CAHPS/QUOTE-vragenlijst over diabetes: deze vragenlijst is eigendom van Agis (een van de vier verzekeraars die de stichting hebben opgericht), maar het testen van het

<sup>a</sup> Disability Adjusted Life Years, een samengestelde volksgezondheidsmaat die (on)gezonde levensjaren meet.

discriminerend vermogen van de vragenlijst vindt plaats met financiering van ZonMw. Omdat ZonMw de diabetesvragenlijst in het publieke domein beschikbaar wil stellen, is het dringend nodig om tot afstemming te komen van de publieke en private belangen rond dit thema. Dat is ook van belang rond het meten van ervaringen van ziekenhuispatiënten. Er is door de stichting een ziekenhuisvragenlijst ontwikkeld waarvan ook het discriminerend vermogen is getest. ZonMw werkt aan het voorbereiden van een nieuwe standaard voor het meten van ziekenhuiservaringen en wil in het onderzoek daarnaar de Nederlandse ervaringen met de Hospital CAHPS betrekken. Ook deze laatste vragenlijst is echter eigendom van Agis.

Agis zal zowel de diabeteslijst als de ziekenhuislijst aan de stichting in beheer geven. De lijsten zijn daarmee ook door derden te gebruiken, zij het door middel van een opdracht aan de stichting.

Bovendien zullen ook op korte termijn CAHPS/QUOTE-vragenlijsten dienen te worden ontwikkeld voor de sector verpleging en verzorging en voor de GGZ. Binnen beide sectoren zijn de eerste voornemens hiertoe al kenbaar gemaakt. Ook hier geldt dat ZonMw waar mogelijk deze trajecten ondersteunt.

Deze actualiteit illustreert dat zonder goede afstemming van private op publieke belangen een aantal vraagstukken kan leiden tot schade voor betrokken belangen: dubbelontwikkeling; geen landelijke dekking; hoe verdien ik mijn investeringen terug; wie is eigenaar van wat etc.? Het doelmatig meten en delen van consumentenervaringen met de kwaliteit van verzekeraardiensten en zorgaanbiederprestaties is essentieel voor keuzen die consumenten maken, het permanent verbeteren van de kwaliteit van de zorg en dienstverlening en de monitoring van de klantgerichtheid van het stelsel. De productontwikkeling en de institutionele inbedding van dit instrument is een ontwikkelingsproces en een onderhandelingsproces. In dit rapport wordt niet een gewenste eindsituatie beschreven maar worden de vragen geïnventariseerd die belangrijk zijn voor de uiteindelijke vormgeving van een publieke-private samenwerking rond dit instrument. Waar mogelijk worden daarnaast in dit rapport voorstellen gedaan voor het realiseren van private en publieke belangen zonder conflict. In de volgende paragraaf wordt eerst kort omschreven wat het product 'CAHPS/QUOTE systematiek' is en uit welke stappen het productieproces bestaat.

## **4.2 Het product en het productieproces**

Het is belangrijk om allereerst duidelijk te omschrijven waaruit de methodiek bestaat die zowel door de overheid als door een deel van de zorgverzekeraars naar voren wordt geschoven als de 'standaard' en die bij gebrek aan een nieuwe naam tot op heden steeds is aangeduid als 'CAHPS/QUOTE systematiek' (met andere woorden: wat is het product waarover we het hier hebben?). Daarbij kan worden aangegeven uit welke stappen het productieproces bestaat van de 'CAHPS/QUOTE systematiek' en op welke punten daarin het publieke en private belang mogelijk uiteenlopen dan wel samenvallen.



#### 4.2.1 *Wat is CAHPS/QUOTE?*

CAHPS staat voor "Consumer Assessment of Health Plan Survey"<sup>19 9 12 16 11 10 12</sup>, een serie vragenlijsten die voor de Nederlandse zorgmarkt zijn aangepast door de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC en het NIVEL in samenwerking met Agis. QUOTE-meetinstrumenten (Quality Of care Through the patient's Eyes) zijn ontwikkeld door het NIVEL<sup>20 21 22 23</sup>. Zowel de CAHPS- als de QUOTE-vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd. Beide meten ervaringen van consumenten van zorg. Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar tevredenheid van patiënten/consumenten werd gevraagd.<sup>24</sup> In CAHPS en QUOTE vragenlijsten komen globaal dezelfde domeinen van kwaliteit van zorg aan bod, die afgeleid zijn uit kwalitatief onderzoek onder patiënten/consumenten. In CAHPS-vragenlijsten wordt relatief dieper doorgevraagd over de mate waarin gebrekkige toegankelijkheid van zorg door de consument als een probleem wordt ervaren. QUOTE-vragenlijsten gaan dieper in op aandoeningspecifieke aspecten van kwaliteit van zorg. QUOTE-vragenlijsten hebben bovendien als extra dat zij niet alleen vragen naar de ervaringen van consumenten met specifieke kwaliteitsaspecten, maar ook naar het belang dat consumenten aan deze aspecten hechten.<sup>25</sup>

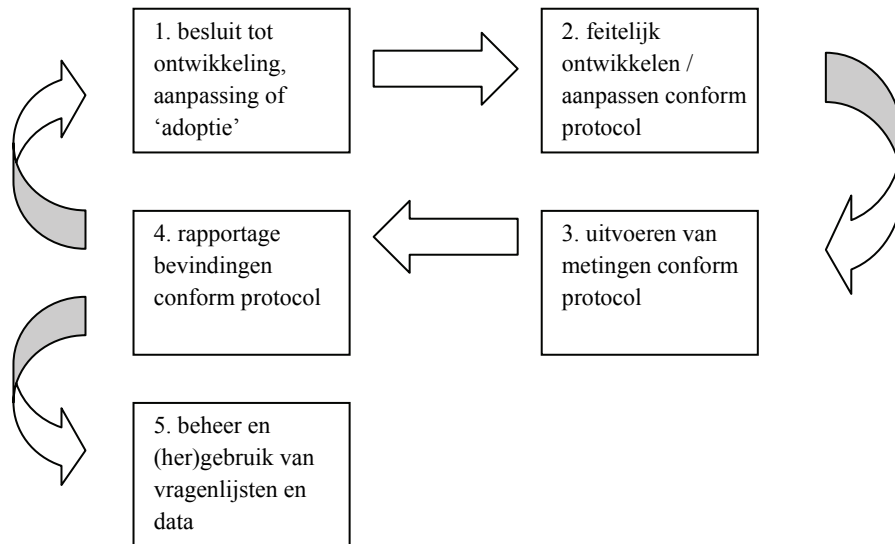
Bij de ontwikkeling van de CAHPS/QUOTE-systematiek wordt uit beide 'families' van vragenlijsten geput. Kort samengevat wordt van CAHPS overgenomen: de antwoord-systematiek (vragen naar frequentie waarmee aan kwaliteitseisen is voldaan) en de layout van vragenlijsten (elk item een aparte vraag), alsmede de geprotocolleerde aanpak van steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage. Van QUOTE wordt overgenomen: de aandoeningspecifieke verdieping van vragenlijsten (vragen over aandoeningspecifieke aspecten van kwaliteit, inclusief vragen over effectiviteit van behandeling en het optreden van eventuele complicaties) en het vragen naar het belang dat consumenten hechten aan de verschillende kwaliteitsaspecten. Informatie over het belang hoeft overigens niet bij elke meting opnieuw te worden verzameld. Eenmaal verzameld onder een relatief kleine steekproef van consumenten kunnen belangsscores vaker worden toegepast om de ervaringen van grotere groepen consumenten, eventueel ook uit andere (latere) metingen te wegen.<sup>26</sup>

#### 4.2.2 *Van wie is CAHPS/QUOTE?*

De methodiek put uit twee bronnen die beide in het publieke domein beschikbaar zijn. De hier kort beschreven methodiek is echter niet uniek voor CAHPS/QUOTE. Veel van de onderdelen kunnen worden gekarakteriseerd als 'goed wetenschappelijk gebruik', bijvoorbeeld de gebruikte antwoordcategorieën (4-puntschaal lopend van 'altijd' tot 'nooit'), de toepassing van kwalitatief onderzoek bij het opstellen van de vragenlijsten, het werken met reminders, de psychometrische analyses, de multilevel analyses etc. Het productieproces van een CAHPS/QUOTE (zie figuur 4.1 voor een omschrijving van de stappen daarin) zou daarom moeilijk gepatenteerd kunnen worden. Ook de CAHPS-organisatie in de Verenigde Staten heeft zich dit gerealiseerd.<sup>27</sup> Om toch controle te houden over de toepassing van de in het publieke domein ter beschikking gestelde

vragenlijsten heeft AHRQ daarom CAHPS als merknaam geregistreerd. Het gebruik van de naam CAHPS is daarmee beschermd.

Figuur 4.1 Stappen in het productieproces van een CAHPS/QUOTE-vragenlijst



In Nederland denken de financiers van de ontwikkeling van CAHPS/QUOTE-vragenlijsten (op dit moment de stichting van verzekeraars, ZonMw en het Ministerie van VWS) eveneens na over verschillende mogelijkheden om de ontwikkelde producten (vragenlijsten + protocollen) te beschermen. Daarvoor zou net als in de Verenigde Staten een merknaam gedeponeerd kunnen worden.

De vraag is echter: door wie? Normaal gesproken zou het antwoord zijn: door de opdrachtgever/ eigenaar van de ontwikkelde methodiek. Maar in dit geval is dat eigenaarschap diffuus, omdat er sprake is van investeringen van de kant van verzekeraars en van de kant van ZonMw/VWS en daarnaast van een 'immateriële' investering van de kant van het NIVEL in de vorm van de inbreng van de aandoeningspecifieke QUOTE-vragenlijsten.<sup>28</sup>

Bij het beschermen van de methodiek is ook het punt aan de orde van 'versiebeheer' van vragenlijsten (stap 5 in het productieproces; zie ook de paragraaf Beheer). Het lijkt onschuldig om bijvoorbeeld af te spreken dat individuele opdrachtgevers zelf vragen mogen toevoegen aan een beschermde vragenlijst, zolang ze daarover maar niet rapporteren onder de vlag van de CAHPS/QUOTE-systematiek. Het ongecontroleerd (laten) toevoegen van vragen door individuele opdrachtgevers kan echter gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid waarmee de oorspronkelijke vragenlijst wordt ingevuld, bijvoorbeeld doordat de 'toonsetting' verandert (mensen kunnen het idee krijgen dat de vragenlijst met een ander doel wordt uitgezet dan waarvoor hij is ontwikkeld), doordat doorverwijzingen niet meer kloppen of simpelweg doordat de vragenlijst te lang wordt. Om opdrachtgevers wel enig vrijheid te geven in het opstellen van een 'vragenlijst-op-

maat' kan net als bij CAHPS in de Verenigde Staten worden gewerkt met kernvragen (die altijd moeten worden gesteld) en een uitgebreide set aanvullende vragen waarvan de formulering en antwoordcategorieën vast staan en waarvan is aangegeven op welk punt ze in de kernvragenlijst kunnen worden ingevoegd.

ZonMw en het Ministerie van VWS denken na over bescherming van de methodiek met het oog op het belang van standaardisatie. De verzekeraars in de stichting doen het zowel vanuit een inhoudelijk belang als vanuit een commercieel belang. Het commercieel belang is evident: er is geïnvesteerd in de ontwikkeling van een product waarmee men de zorginkoop beter wil invullen. Het commerciële belang is gekoppeld aan de toepassing van het instrument bij professionele zorginkoop. Het inhoudelijke belang is ingewikkelder en valt voor een deel samen met het publieke belang van ZonMw en VWS: men wil bewaken dat vragenlijsten ook daadwerkelijk volgens de opgestelde protocollen worden verzonden, verwerkt en geanalyseerd. Wanneer vragenlijsten zonder verdere verbindende voorwaarden in het publieke domein worden gebracht, kunnen gebruikers vragen toevoegen of weglaten, anders formuleren, antwoordcategorieën aanpassen, ongelijksoortige steekproeven trekken, bestanden op andere manieren schonen, andere schalen construeren, andere correctiefactoren toepassen etc. Deze devaluatie van de eigen meetinstrumenten is niet in belang van de private investeerders. Bovendien ontstaat daarmee de mogelijkheid dat er een concurrerende 'standaard' wordt ontwikkeld op basis van de eigen meetinstrumenten.

Om de punten van verschil en overeenstemming tussen publiek en privaat belang nauwkeurig te kunnen ontrafelen, worden hierna de verschillende stappen in het productieproces van de CAHPS/QUOTE-methodiek besproken.

### **4.3 Besluit tot ontwikkeling van nieuwe vragenlijsten**

De vragen die rond deze fase beantwoord moeten worden zijn wie aan wie opdracht geeft tot het ontwikkelen, aanpassen of 'adopter' van vragenlijsten (wie neemt het initiatief, wie financiert?); hoe prioritering wordt aangebracht in de aandoeningen of aanbieders waarop vragenlijsten betrekking hebben en doublures worden voorkomen; en welk doel de vragenlijst primair dient (alleen consumenteninformatie, alleen zorginkoop/kwaliteitsverbetering, of beide).

#### **4.3.1 Onderzoeksprogramma**

De realiteit is dat op dit moment iedereen het initiatief kan nemen tot het ontwikkelen van een vragenlijst die ervaringen van patiënten/consumenten meet en daarvoor opdracht kan verlenen aan een onderzoeksinstituut naar keuze. Opdrachten tot het ontwikkelen of bijstellen van meetinstrumenten worden verleend door consumenten-/patiëntenorganisaties, door zorgaanbieders, door verzekeraars en door de overheid (hetzij direct, dan wel via bijvoorbeeld ZonMw). Dat moet ook vooral mogelijk blijven, maar er moet wel een

afbakening plaatsvinden van ontwikkeling binnen de CAHPS/QUOTE-systematiek en meetinstrumenten die daarbuiten vallen.

Het publieke belang vraagt om het meten van consumentenervaringen in zowel de cure als de care. Op dit moment wordt de ontwikkelagenda van nieuwe meetinstrumenten sterk bepaald door de informatiebehoefte van inkoopende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben primair belang bij inkoopinstrumenten voor de zorg die straks in het basispakket of de aanvullende verzekering zit (hoofdzakelijk cure) en minder bij instrumenten die betrekking hebben op AWBZ-voorzieningen (hoofdzakelijk care).

Het verdient de voorkeur om de ontwikkeling en toepassing van de CAHPS/QUOTE-methodiek programmatisch op te zetten. Dat maakt afbakening mogelijk en schept duidelijkheid voor potentiële investeerders en voor de bedrijfsvoering van de instituten en bureau's die belast zijn met de ontwikkeling en toepassing. Een goed doordacht onderzoeksprogramma geeft daarnaast de kaders en voorwaarden aan waarbinnen en waaronder de onderzoekers toegang hebben tot de door verschillende partijen verzamelde gegevens (zie ook paragraaf 4.7 Beheer). Bovendien werpt een programmatische aanpak in wetenschappelijk opzicht de meeste vruchten af.

#### **4.3.2 Aansturing van de ontwikkeling**

Een programmatische aanpak vraagt echter om afstemming van de publieke en private onderzoeks- en ontwikkelingsagenda, bijvoorbeeld door de instelling van een programmacommissie waarin verschillende belanghebbenden zitting nemen en die voor vijf jaar een ontwikkelingsprogramma uitzet en initiatieven van derden coördineert.

In de verdere uitwerking van de implementatie van CAHPS/QUOTE in Nederland moet worden nagedacht over de volgende specifieke vragen:

- Wie is belanghebbend en zal zitting hebben in de programmacommissie?
- Onder welke voorwaarden kan een met private investering ontwikkelde lijst publiek worden? En hoe kunnen private financiers in dat geval hun ontwikkelkosten terugverdienen?
- Wie bepaalt wanneer en op welke gronden een 'elders' (buiten het CAHPS/QUOTE-onderzoeksprogramma) ontwikkelde vragenlijst 'geadopteerd' kan worden als CAHPS/QUOTE-lijst?
- Op grond waarvan bepaalt een programmacommissie rond welke onderwerpen een vragenlijst wordt ontwikkeld en in welke volgorde: bijvoorbeeld op basis van ziektelast in termen van DALY's of kosten en/of volume; of is de financieringsystematiek leidend (ontwikkeling van lijsten rond DBC's); wordt aangesloten bij de prioriteiten in het beleid van patiënten/consumentenorganisaties, of bij die van zorginkopende verzekeraars, of bij politieke prioriteiten etc.?
- Hoe wordt voorkomen dat doublures in de ontwikkeling plaatsvinden waarbij buiten het CAHPS/QUOTE-programma soortgelijke vragenlijsten worden ontwikkeld als daarbinnen, hetzij uit onwetendheid over elkaars activiteiten, dan wel met het vooropgezette doel een concurrerende standaard te ontwikkelen?

Beantwoording van deze vragen betekent dat doordacht moet worden wat rond ontwikkeling van vragenlijsten de publieke, respectievelijk private belangen zijn. Zoals boven al werd aangegeven is de private stichting van vier verzekeraars er veel aan gelegen om te bewaken dat vragenlijsten ook daadwerkelijk volgens de opgestelde protocollen worden verzonden, verwerkt en geanalyseerd.

Om die reden is de stichting die is opgericht door vier verzekeraars huiverig voor het 'verkopen' van meetinstrumenten (waarbij de ontwikkelkosten in één keer door een externe partij worden afgekocht, waarna het deze partij vrij staat met het meetinstrument te doen wat men wil. De stichting ziet zich hierin bevestigd door de ervaringen rond de 'algemene Cahps' die wel in het publieke domein is gebracht en momenteel door het NIVEL, conform de CAHPS-protocollen wordt uitgezet onder steekproeven van vrijwel alle verzekeraars, maar tegelijkertijd door de Consumentenbond via het internet wordt voorgelegd aan hun verzekerdenpanel.

De stichting is wél bereid om de met privaat geld ontwikkelde meetinstrumenten na één jaar toegankelijk te maken voor externe partijen (ook voor concurrenten), volgens een constructie waarbij externe partijen (andere verzekeraars, aanbieders of de overheid) de uitvoeringsorganisatie van de stichting opdracht geven om geheel volgens de protocollen een meting uit te voeren en rapportages te vervaardigen. De data die in een meting voor een externe partij worden verzameld, blijven daarbij eigendom van de externe partij en het staat de externe partij vrij om de rapportages al dan niet openbaar te maken. De vier verzekeraars die de stichting hebben opgericht en in de ontwikkeling van de vragenlijsten hebben geïnvesteerd, krijgen uiteraard zonder toestemming van de externe opdrachtgever geen toegang tot de data of de uitkomsten van metingen.

Indien het Ministerie van VWS het ontwikkelingsprogramma van CAHPS/QUOTE-vragenlijsten wil onderbrengen bij de private stichting moet deze laatste:

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Zorgen voor de beschikbaarheid van de benodigde meetinstrumenten in het publieke domein (eventueel door private investeerders schadeloos te stellen voor gemaakte ontwikkelkosten).</li><li>- Voor zover meetinstrumenten nog niet beschikbaar zijn (ook niet in het private domein), de ontwikkeling daarvan coördineren.</li></ul> |
|--|

#### **4.4 Feitelijk ontwikkelen en aanpassen**

In de Verenigde Staten is het onderzoek en de ontwikkeling van vragenlijsten en de bijbehorende systematiek van dataverzameling, analyse en rapportage in handen van Harvard Medical School, RAND en de American Institutes of Research (AIR) op basis van 5-jaarlijkse onderzoeksprogramma's. Met name Harvard en RAND zijn zeer gerenommeerde onderzoeksinstituten.

#### 4.4.1 *Ontwikkelorganisatie*

Voor het creëren en behoud van draagvlak onder het publiek, de aanbieders en de verzekeraars die van de vragenlijsten gebruik maken, is het nodig dat ook in Nederland hoge eisen worden gesteld aan de academische en maatschappelijke kwaliteit van de betrokken onderzoeksinstituten. Dat is zowel in het publieke als in het private belang. Of informatie nu gepresenteerd wordt op [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl) of binnenskamers gebruikt wordt in onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders: in beide gevallen moet er geen discussie mogelijk zijn over de kwaliteit van de gebruikte meetinstrumenten en de resultaten van het onderzoek daarmee.

Indien de coördinatie van de ontwikkeling van meetinstrumenten zou worden ondergebracht bij de private stichting, moet deze bij het verlenen van onderzoeksopdrachten:

- Opdrachtnemers beoordelen<sup>29</sup> op:
  - de wetenschappelijke en maatschappelijke kwaliteit van hun onderzoek;
  - past performance op het terrein van meetinstrumentontwikkeling;
  - participatie in (inter)nationale netwerken van onderzoekers op het terrein van consumentenervaringen.
- Bevorderen dat over de ontwikkeling van meetinstrumenten wordt gepubliceerd in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften.

De Amerikaanse overheid is op basis van openbare aanbesteding tot de keuze voor onderzoeksinstituten gekomen. Voor de Nederlandse situatie kan overwogen worden om het onderzoek top-down uit te zetten (dus geen openbare aanbesteding). Niet omdat de opstellers van deze notitie er bezwaar tegen hebben om in open competitie opdrachten te verwerven, maar omdat de schaal waarop in Nederland dit type gezondheidszorg-onderzoek wordt beoefend vele malen kleiner is dan in de VS. Het ligt daarom in Nederland veel meer voor de hand de beschikbare expertise te bundelen en te komen tot een samenwerkingsverband van de belangrijkste onderzoeksgroepen op dit terrein.

#### 4.4.2 *Bescherming van de methodiek*

De met onderzoek en ontwikkeling belaste onderzoeksinstituten hebben niet alleen als taak om vragenlijsten op te stellen, maar tevens om voor die vragenlijsten protocollen te ontwikkelen - naar analogie van de Amerikaanse 'CAHPS Kit' - voor dataverzameling (bijvoorbeeld steekproefomvang, procedure voor steekproeftrekking<sup>30</sup>, procedure voor verzending en reminders), analyse (bijvoorbeeld codering, schaalconstructie, weging en correctie) en rapportage (bijvoorbeeld opzet standaard publieksrapportage, opzet standaard spiegelrapportage). Het doel van deze protocollen is het waarborgen van de kwaliteit en onderlinge vergelijkbaarheid van data die op termijn mogelijk door verschillende uitvoerders ('survey vendors') zullen worden verzameld.

Bij het meten van consumentenervaringen wordt uitgegaan van het principe ‘één keer verzamelen, meerdere keren gebruiken’. Dat houdt in dat de stichting:

- Bij het laten ontwikkelen van vragenlijsten en protocollen rekening houdt met mogelijke verschillende gebruiksdoelen (inkoopinformatie, consumenteninformatie, kwaliteitsinformatie, toezichtinformatie, monitorinformatie) in ieder geval voor wat betreft:
  - de inhoud van vragenlijsten;
  - protocollen voor steekproeftrekking (hoe groot, hoe en uit welke administratie te trekken?).

Op het moment dat een vragenlijst met bijbehorende protocollen voldoende is uitontwikkeld om op de ‘markt’ te brengen, trekken de instituten die belast zijn met onderzoek en ontwikkeling zich terug uit de dataverzameling en analyse ten behoeve van individuele opdrachtgevers. Het uitvoeren van metingen kan dan worden overdragen aan een of meerdere uitvoeringsorganisaties. In de VS bestaat er een lijst van gecertificeerde bureaus. Certificering vindt plaats op basis van de door de onderzoeksinstituten ontwikkelde handleidingen en protocollen. Om die reden kunnen de onderzoeksinstituten zelf, na afloop van de ontwikkelfase, niet ook optreden als ‘survey vendor’ (meetorganisatie).

Tijdens de ontwikkelfase is het van belang de dataverzameling wel door of onder begeleiding van de onderzoeksinstituten te laten uitvoeren, omdat alleen op basis van deze ervaring een goed protocol kan worden opgesteld.

Zoals in de vorige paragraaf al werd aangegeven denken ook Nederlandse publieke en private investeerders na over manieren om te bewaken dat een vragenlijst volgens protocol wordt uitgezet en geanalyseerd. Het is gewenst dat er gecontroleerd gebruik wordt gemaakt van de vragenlijsten en protocollen. Dat kan bijvoorbeeld door - net als in de Verenigde Staten - een merknaam te deponeren voor de vragenlijsten + protocollen en door organisaties die metingen uitvoeren (de zogeheten ‘survey vendors’) te certificeren. VWS kan de merknaam en certificering onderbrengen bij de private stichting onder voorwaarde dat:

- De merknaam alleen gebruikt wordt voor vragenlijsten die in het publieke domein beschikbaar komen;
- Certificering plaatsvindt op basis van door onafhankelijk onderzoeksinstituten (zie wetenschappelijke borging) ontwikkelde handleidingen en protocollen;
- Er geen toetredingsbelemmeringen zijn voor organisaties die als ‘survey vendor’ willen optreden.

#### **4.5 Uitvoeren van metingen**

In de Verenigde Staten is de financiering van onderzoek en ontwikkeling, van beheer en rapportage van benchmarkdata, en van beheer en onderhoud van het gebruikersnetwerk in handen van de overheid (het US Dept of Health & Human Resources, AHRQ, Centers for

Medicaid and Medicare). De deelnemende verzekeraars dragen zélf de kosten van hun eigen dataverzameling, analyse van hun eigen gegevens en rapportage over hun eigen meting. Metingen worden uitgevoerd door uitvoeringsorganisaties ('survey vendors') volgens vaste protocollen.

#### 4.5.1 *Uitvoeringsorganisatie*

Zoals eerder beschreven is de stichting van vier verzekeraars bereid zijn uitvoeringsorganisatie open te stellen voor opdrachten van externen voor het uitvoeren van metingen met door de 'ontwikkelorganisatie' ontwikkelde vragenlijsten die eigendom zijn van de stichting. Vanuit die opzet geredeneerd zou ook het Ministerie de 'uitvoeringsorganisatie' van de stichting opdracht kunnen geven landelijke metingen, bijvoorbeeld met de diabetesvragenlijst, uit te voeren voor presentatie op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Die metingen kunnen echter niet plaatsvinden zonder deelname van zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders aan het onderzoek. Die deelname is in ieder geval nodig voor de steekproeftrekking, maar zal in veel gevallen ook bestaan uit een financiële bijdrage, waarbij iedere zorgverzekeraar of -aanbieder zijn eigen dataverzameling betaalt.<sup>31</sup> Mogelijk zullen niet alle verzekeraars bereid zijn te participeren in een onderzoek van de uitvoeringsorganisatie van een stichting die is geïnitieerd door een groep concurrenten, ondanks het feit dat die uitvoeringsorganisatie volgens vaststaande, transparante protocollen werkt en de oprichters/initiatiefnemers in het geval van een landelijke meting niet meer of minder rechten zouden hebben dan alle andere deelnemers.<sup>32</sup>

Als niet alle verzekeraars of aanbieders vrijwillig participeren kan landelijke dekking (een belangrijk publiek belang) alleen worden verkregen als deelname aan het onderzoek verplicht kan worden opgelegd. Daarvoor kunnen naar verwachting wel middelen worden gevonden op grond van wet- en regelgeving<sup>33</sup>, maar de vraag is of de overheid die wil inzetten: kan/wil de overheid private partijen verplichten om deel te nemen aan en mee te betalen aan een onderzoek dat wordt uitgevoerd door een organisatie die kan worden gepercipieerd als de 'concurrent' (in het geval van andere verzekeraars) of de 'tegenpartij' (in het geval van zorgaanbieders)?

Gezien de know-how die binnen de uitvoeringsorganisatie van de stichting inmiddels is opgebouwd als het gaat om dataverzameling, dataverwerking en rapportage en gezien de eigendomsrechten van (participanten in) de stichting op vragenlijsten die ook voor het publieke belang relevant zijn, is het opportuun voor de overheid om de mogelijkheden van deze constructie nader te onderzoeken. Ook vanuit strategisch perspectief is dit de moeite waard. De status die CAHPS in de Verenigde Staten heeft weten te verkrijgen, steunt sterk op het feit dat CAHPS verplicht wordt opgelegd binnen het publieke verzekeringssysteem dat wordt uitgevoerd door de Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS). Ongeveer 50% van de kosten van zorg worden via Medicaid/Medicare betaald, dus CMS heeft als overheidsorganisatie een behoorlijke marktmacht in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. Feitelijk heeft de overheid in de Verenigde Staten daarmee zelf meer instrumenten in handen om een standaard neer te zetten, dan de Nederlandse overheid na 1 januari 2006. Vanaf dat moment kent Nederland immers



alleen nog private zorgverzekeraars. Het Ministerie van VWS zou de stichting van vier verzekeraars kunnen gebruiken als een wig, om - naar analogie van CMS - CAHPS/QUOTE als standaard te forceren.

Omgekeerd is het voor de stichting en zijn 'uitvoeringsorganisatie' opportuun aan te blijven sluiten bij de landelijke, publieke programmering van consumentenonderzoek. Daarvoor zijn zowel commerciële redenen aan te wijzen (mogelijkheden tot terugverdienen van ontwikkelkosten) als meer inhoudelijk-strategische (de eigen 'standaard' wordt tot landelijke standaard verheven, waardoor geen extra inspanning nodig is om de eigen bedrijfsvoering aan te passen aan landelijke verplichte dataverzamelingen).

#### 4.5.2 *Steekproeftrekking*

Specifiek ten aanzien van de steekproeftrekking kan nog het volgende worden opgemerkt. In veel gevallen kan zowel de informatie over verzekeraars als de informatie over zorgaanbieders worden verzameld via steekproeftrekking uit de administratie van verzekeraars. Dat is een aantrekkelijke optie, vooral in sectoren waar (nog) geen landelijk dekkende benchmarkgegevens beschikbaar zijn over consumentenervaringen. De optie is aantrekkelijk omdat het logistiek gezien gemakkelijker is om rond de 30 verzekeraars te instrueren over de steekproeftrekking dan om dat te regelen met 100 ziekenhuizen, of bij wijze van spreken 7.000 huisartsen of 14.000 specialisten.

Verzekeraars kunnen in hun declaratiebestand zien voor welk verzekerdennummer bepaalde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) of een ziekenhuisopname zijn gedeclareerd, of kosten zijn gemaakt voor bepaalde medicijnen (bijvoorbeeld voor diabetes, of astma, of reuma). Door die informatie te koppelen aan de verzekerdenadministratie kunnen steekproeven worden getrokken van verzekerden die een vragenlijst krijgen toegezonden over hun ervaringen met het ziekenhuis, met een bepaalde ingreep of met de zorg rond een bepaalde aandoening. Aan die systematiek kleven overigens nogal wat juridische haken en ogen, die momenteel nog onderwerp zijn van aanvullend onderzoek door juristen van een aantal verzekeraars en van het ministerie. Wanneer echter **alle** verzekeraars een steekproef zouden aanleveren bijvoorbeeld van verzekerden voor wie in een voorafgaande periode een ziekenhuisopname is gedeclareerd, met daarbij een nummer waaraan het betreffende ziekenhuis kan worden herkend, kan een onderzoek worden gedaan waarvan de uiteindelijke uitkomsten zowel kunnen worden geaggregeerd naar het niveau van ziekenhuizen als naar het niveau van verzekeraars (zie figuur 4.2).

Figuur 4.2 Schets van aggregatiemogelijkheden bij volledig landelijk dekkend onderzoek via verzekerdenadministraties

Verzekerden van verzekeraar A, met opname in ziekenhuis A	Verzekerden van verzekeraar B, met opname in ziekenhuis A	Verzekerden van verzekeraar C, met opname in ziekenhuis A	⇒ <b>Prestaties ziekenhuis A</b>
Verzekerden van verzekeraar A, met opname in ziekenhuis B	Verzekerden van verzekeraar B, met opname in ziekenhuis B	Verzekerden van verzekeraar C, met opname in ziekenhuis B	⇒ <b>Prestaties ziekenhuis B</b>
Verzekerden van verzekeraar A, met opname in ziekenhuis C	Verzekerden van verzekeraar B, met opname in ziekenhuis C	Verzekerden van verzekeraar C, met opname in ziekenhuis C	⇒ <b>Prestaties ziekenhuis C</b>
↓	↓	↓	↓
<b>Prestaties verzekeraar A v.w.b. zorginkoop ziekenhuizen</b>	<b>Prestaties verzekeraar B v.w.b. zorginkoop ziekenhuizen</b>	<b>Prestaties verzekeraar C v.w.b. zorginkoop ziekenhuizen</b>	⇒ <b>Prestaties verzekeraars + ziekenhuizen landelijk niveau</b>

#### 4.6 Rapportage over de bevindingen

Het publieke belang is gebaat bij rapportages met landelijk dekkende vergelijkende *consumenteninformatie* en geaggregeerde rapportages voor het *monitoren van de patiëntgerichtheid* van het gezondheidszorgsysteem door de overheid. Het private belang is ten behoeve van kwaliteitsverbetering gediend bij *terugrapportages-op-maat over de eigen prestaties*, eventueel in vergelijking met die van de concurrentie (benchmark) en ten behoeve van de zorginkoop bij rapportages over de *prestaties van contractpartners*.

##### 4.6.1 Consumenteninformatie

Bij een volledig operationeel systeem van prestatiemeting met behulp van op CAHPS en QUOTE gebaseerde instrumenten wordt informatie verzameld die uiteindelijk naar verschillende niveaus geaggregeerd kan worden (verg. figuur 4.2). Bijvoorbeeld:

- 1 prestaties van (ketens van) aanbieders bij de behandeling van specifieke aandoeningen;
- 2 prestaties van (ketens van) aanbieders in het algemeen (dat wil zeggen niet aandoeningsspecifiek);
- 3 prestaties van aanbieders geclusterd per verzekeraar (generiek en aandoeningsspecifiek);
- 4 prestaties van verzekeraars v.w.b. de eigen service en dienstverlening.

De onder 3 en 4 genoemde informatie kan worden omgevormd tot keuze-informatie voor consumenten op de zorgverzekeringsmarkt, waarbij de informatie onder 3 inzicht geeft in de prestaties van verzekeraars op het terrein van de zorginkoop. De onder 1 en 2 genoemde informatie vormt zorginkoopinformatie voor verzekeraars en kan tevens worden omgevormd tot keuze-informatie voor consumenten op de zorgaanbiedermarkt. Naast de administraties van verzekeraars vormen benchmarkonderzoeken die in

verschillende sectoren worden uitgevoerd een mogelijke bron van consumenten-informatie<sup>34</sup>. In het kader van het ZonMw-programma Consumenteninformatie wordt bijvoorbeeld gewerkt aan de vertaling van de uitkomsten van de cliëntenraadpleging uit de Benchmark Thuiszorg<sup>35</sup> naar keuze-informatie over thuiszorg voor de website [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl).

#### **4.6.2 Informatie ten behoeve van monitoring door de overheid**

Op basis van de landelijke metingen die zijn uitgevoerd is het mogelijk een rapportage op te stellen ten behoeve van de monitoring van de patiëntgerichtheid van het zorgsysteem en de prestaties van verzekeraars door het Ministerie van VWS. In deze rapportage kunnen landelijke gegevens worden gepresenteerd over de beoordeling van de kwaliteit van aanbieders en verzekeraars vanuit het perspectief van consumenten. Deze rapportage kan onder meer worden gebruikt voor de Zorgbalans en eventueel door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

#### **4.6.3 Terugrapportages-op-maat**

Het is te verwachten dat voor terugrapportages-op-maat een markt bestaat, doordat deze belangrijke extra's bieden voor zorgverzekeraars of zorgaanbieders. De consumenteninformatie die op de zorgportal wordt gepubliceerd dient een ander doel en is op een andere manier opgezet dan een rapportage voor een verzekeraar of aanbieder. Zo'n laatste rapportage zou bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van cijfers, waar in een consumentenrapportage gewerkt wordt met symbolen (bijvoorbeeld + of -; of 1, 2, of 3 sterren). De consumenteninformatie die op de portal [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) wordt gepresenteerd is waarschijnlijk ook minder gedetailleerd dan een spiegelrapportage voor een verzekeraar of aanbieder. De rapportages-op-maat die een uitvoeringsorganisatie in opdracht van individuele klanten maakt, zijn in principe niet openbaar. Het staat de klant in kwestie uiteraard wel vrij om zelf met de resultaten naar buiten te treden. Dit druist niet in tegen het recht van consumenten op informatie, omdat in principe alle informatie die relevant is voor consumenten op de portal wordt gepubliceerd. De rapportages-op-maat zullen primair informatie bevatten die relevant zijn voor de eigen bedrijfsvoering van de verzekeraar of aanbieder. Het is op voorhand moeilijk aan te geven waar exact de grens ligt tussen consumenteninformatie en informatie ten behoeve van de eigen bedrijfsvoering. Per meetinstrument moeten hierover van te voren afspraken moeten worden gemaakt tussen stakeholders. Daarbij wordt vastgelegd welke type informatie op welke wijze ('plat' of gecorrigeerd voor case mix; geaggregeerd of op itemniveau; in cijfers of symbolen etc.) op naam van de aanbieder of verzekeraar als consumenteninformatie wordt gepubliceerd.

#### 4.6.4 Informatie over prestaties van contractpartners

Indien zorgverzekeraars inzicht willen krijgen in de prestaties van zorgaanbieders kunnen ze daarvoor in theorie geheel op eigen houtje informatie verzamelen. De tussenkomst van de aanbieders zelf is in 'technische' zin niet nodig: steekproeven van te enquêteren zorggebruikers kunnen zoals eerder beschreven werd, getrokken worden uit de administratie van verzekeraars. Omdat publicatie van resultaten op naam van de aanbieders echter direct raakt aan het bedrijfsbelang van die aanbieders moeten tussen private partijen onderling en tussen private partijen en de overheid afspraken worden gemaakt over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder gegevens over prestaties van aanbieders openbaar als consumenteninformatie mogen worden gepubliceerd.

Om de publieke belangen te waarborgen dient VWS met de private stichting overeen te komen dat:

- Resultaten van metingen die in het **publieke domein** (dat wil zeggen in opdracht van of als gevolg van een verplichting van de overheid of een publieke toezichthouder) worden uitgevoerd, openbaar en op naam van de onderzochte aanbieders en/of verzekeraars worden gepubliceerd.
- Waarbij de stichting zorg draagt voor het zorgvuldig omgaan met de bedrijfsbelangen van de betreffende aanbieders en/of verzekeraars, bijvoorbeeld door:
  - de betrokkenen vooraf op de hoogte te stellen van de voorgenomen metingen (ook indien dit strikt genomen voor de steekproeftrekking niet nodig zou zijn);
  - de betrokkenen een aantal weken voor publicatie van de gegevens reeds inzage te geven in de uitkomsten;
  - de publicatie van consumenteninformatie vergezeld te doen gaan van een achtergronddocument waarin de methode van onderzoek verantwoord wordt.
- Waarbij de stichting zorgt dat de privacy van patiënten en verzekerden wordt gewaarborgd.
- Waarbij de verzekeraars die aangesloten zijn bij de stichting geen concurrentievoordeel hebben.
- Waarbij de organisatie geen financiële of bestuurlijke drempels bevat die voor overige partijen (bijvoorbeeld verzekeraars of patiënten-/consumentenorganisaties) om deel te nemen.

Het rekening houden met de belangen van degenen wier prestaties worden gemeten via steekproeftrekking door verzekeraars is des te belangrijker naarmate de analyse-eenheid kleiner wordt.

Van klein naar groot betreffen de mogelijke analyse-eenheden het niveau van individuele hulpverleners, gevolgd door het niveau van praktijken/maatschappen of afdelingen binnen een instelling, het niveau van instellingen en het niveau van regio's of concerns (bestaande uit meerdere instellingen). In het algemeen zal informatie die te herleiden is tot individuele personen gevoeliger zijn dan informatie die betrekking heeft op (afdelingen binnen) instellingen, omdat publicatie van met name slechte resultaten niet alleen (reputatie)schade opleveren voor het bedrijf maar ook gevolgen kunnen hebben voor het persoonlijk functioneren van de betrokken hulpverleners.

## 4.7 Beheer

Wat dit onderwerp betreft moet onderscheid worden gemaakt in het beheer van data (uit private en publieke metingen) en het beheer van vragenlijsten.

### 4.7.1 *Beheer van data*

In een situatie waarin regelmatig peilingen van consumentenervaringen worden gehouden door diverse opdrachtgevers, komt al gauw een grote hoeveelheid data beschikbaar. In de VS zijn de gegevens die verzameld zijn in opdracht van de overheid, zorgverzekeraars of anderen eigendom van de betreffende opdrachtgever zelf. Verzekeraars worden door het CAHPS Consortium echter gestimuleerd hun gegevens in te (laten) voeren in de omvangrijke National CAHPS Benchmarking Database. Het beheer van de benchmarking database is in handen van het CAHPS Consortium en wordt gefinancierd door de overheid. De onderzoekers behorende tot het consortium hebben - binnen de grenzen van het vastgestelde onderzoeksprogramma - gebruiksrecht op de data voor het doen van onderzoek en het doorontwikkelen van meetinstrumenten.

In de Nederlandse situatie kan eenzelfde uitgangspunt worden gekozen: de data zijn eigendom van degene die opdracht heeft gegeven tot en betaald heeft voor de dataverzameling. Zelfs bij een meting die plaatsvindt binnen een onderzoek in opdracht van de overheid, kan het zijn dat de data privaat eigendom zijn, namelijk als individuele verzekeraars de kosten van dataverzameling onder hun eigen verzekerden zelf betalen.<sup>36</sup> Dat laat onverlet dat afspraken worden gemaakt over publieke rapportage van de gegevens. Ten behoeve van het beheer moet een structuur ingericht worden waarbij aan elke eigenaar van een met CAHPS/QUOTE-vragenlijsten verzamelde dataset - of die meting nu in het publieke of in het private domein plaatsvindt - wordt gevraagd:

- Zijn data in te voeren in de landelijke database en daarbij aan te geven?
- Welke onderdelen van de data openbaar zijn en op welk aggregatieniveau?
- Voor welke rapportages de data mogen worden gebruikt al dan niet geanonimiseerd?
- Voor welke onderzoeksdoeleinden de data mogen worden gebruikt?

### 4.7.2 *Beheer van vragenlijsten*

De vragenlijsten die volgens de CAHPS/QUOTE-systematiek zijn opgesteld, dienen op een centrale plaats en volgens een gestructureerde methode te worden beheerd. Daarbij moet sprake zijn van versiebeheer en beheer van eventuele series aanvullende vragen. In de levensloop van een vragenlijst zijn verschillende stadia te onderkennen:

- een pilotversie die is opgesteld op basis van kwalitatief onderzoek, maar die nog niet kwantitatief is uitgetest (versie 0.1);
- een eerste gevalideerde versie waarop psychometrisch onderzoek is verricht (versie 0.2);
- een tweede gevalideerde versie die onderzocht is op zijn discriminerend vermogen (versie 0.3);

- een definitieve versie 1.0 die voorzien van protocollen voor steekproeftrekking, dataverzameling etc. geschikt is om (landelijk) te worden toegepast;
- versie 2.0 en verder, die zijn aangepast op basis van ervaringen in latere metingen.

Bij het beheer van de vragenlijsten over verschillende zorgaanbieders en rond verschillende ingrepen/aandoeningen moet worden bewaakt dat dezelfde vragen ook in iedere vragenlijst op exact dezelfde wijze worden geformuleerd.

#### 4.8 Hoe verder?

Op dit moment (oktober 2005) zijn er, zoals gezegd, twee belangrijke drijvende krachten achter de ontwikkeling en implementatie van de CAHPS/QUOTE-methodiek:

- 1 een stichting die is opgericht door vier verzekeraars; en
- 2 ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS.

De vraag die ten grondslag lag aan deze notitie luidde: ‘Onder welke voorwaarden kan het Ministerie van VWS een samenwerking met de private stichting opgericht door verzekeraars aangaan voor de realisatie van de publieke belangen op het terrein van het meten van consumentenervaringen met de zorg(verzekeraars)?’

Puntsgewijs zijn in dit rapport een aantal belangrijke randvoorwaarden besproken waaronder publieke doelen kunnen worden bereikt door inzet van een private stichting. Daarmee houdt de verantwoordelijkheid van onderzoekers op en zijn de betrokken partijen aan zet. Door het Ministerie van VWS en de bij de stichting betrokken verzekeraars is in oktober 2005 de intentie uitgesproken om verder invulling te geven aan de rol van de stichting bij het bereiken van publieke doelen. Daarbij zal worden aangesloten bij recente initiatieven binnen de *care* die gericht zijn op het tot stand brengen van één instituut voor kwaliteitsbewaking vanuit consumentenperspectief. ZonMw zal een belangrijke rol blijven spelen in de programmering van het onderzoek op dit terrein.

Daarbij zal zorgvuldig gebalanceerd moeten worden tussen enerzijds de wens om de standaardisatie van meetinstrumentontwikkeling en -toepassing te bewaken en anderzijds de behoefte om geen monopolies te kweken van enkele onderzoeksinstituten of uitvoeringsorganisaties op de CAHPS/QUOTE-systematiek.

# Eindnoten

- <sup>1</sup> CAHPS = Consumer Assessment of Health Plan Surveys, QUOTE = QUality Of care Through the patient's Eyes, voor meer informatie zie: Brouwer en Delnoij, 2004.
- <sup>2</sup> Om prestaties van zorgaanbieders te meten is de betrokkenheid van die aanbieders in 'technische' zin niet nodig: steekproeven van te enquêteren zorggebruikers kunnen immers getrokken worden uit de administratie van verzekeraars. Omdat publicatie van resultaten op naam van de aanbieders echter direct raakt aan het bedrijfsbelang van die aanbieders moeten tussen private partijen onderling en tussen private partijen en de overheid afspraken worden gemaakt over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder gegevens over prestaties van aanbieders openbaar als consumenteninformatie mogen worden gepubliceerd.
- <sup>3</sup> Eventueel in samenwerking met ZonMw.
- <sup>4</sup> Bron: Gesprek met Paul Cleary, Alan Zaslavsky en Alistair James O'Malley, Harvard Medical School.
- <sup>5</sup> Bron: Gesprek met Elizabeth Goldstein, Centers for Medicaid and Medicare Services.
- <sup>6</sup> Bron: Gesprek met Paul Cleary, Alan Zaslavsky en Alistair James O'Malley, Harvard Medical School.
- <sup>7</sup> Zie <http://www.ahrq.gov/qual/cahps/hcahpfqa.htm> geraadpleegd op 5 april 2005.
- <sup>8</sup> Bron: Gesprek met Joachim Roski, NCQA.
- <sup>9</sup> Hays RD, Shaul JA, Williams VS, Lubalin JS, Harris-Kojetin LD, Sweeny SF, Cleary PD. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37(3 Suppl):MS22-31.
- <sup>10</sup> Guadagnoli E, Epstein AM, Zaslavsky A, Shaul JA, Veroff D, Fowler FJ Jr, Cleary PD. Providing consumers with information about the quality of health plans: the Consumer Assessment of Health Plans demonstration in Washington State. *Jt Comm J Qual Improv*, 2000; 26(7):410-20.
- <sup>11</sup> Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS®) 2.0 Adult Core Survey. *Health Services Research*, 2003; 38(6) Part I: 1509-27.
- <sup>12</sup> Zaslavsky AM, Zaborski LB, Cleary PD. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study survey. *Med Care*, 2002; 40(6):485-99.
- <sup>13</sup> Weinberger M (ed). Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS®). *Med Care*, 1999; (37):3 Suppl.
- <sup>14</sup> Zaslavsky AM, Zaborski LB, Ding L, Shaul JA, Cioffi MJ, Cleary PD et al. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financ Rev*, 2001; 22:109-26.

- <sup>15</sup> Harris-Kojetin LD, Fowler FJ Jr, Brown JA, Schnaider JA, Sweeny SF. The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37(3 Suppl):MS10-21.
- <sup>16</sup> Bron: Gesprek met Nancy Gay, Westat.
- <sup>17</sup> Bron: Gesprek met Paul Cleary, Alan Zaslavsky en Alistair James O'Malley, Harvard Medical School.
- <sup>18</sup> Zie <http://www.ncqa.org/Communications/News/TennCare.htm> geraadpleegd op 5 april 2005.
- <sup>19</sup> Zie <http://www.cahps-sun.org/home/index.asp>
- <sup>20</sup> Campen C van, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L. Assessing noninstitutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma*, 1997; 34(6):531-8.
- <sup>21</sup> Campen C van, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Br J Rheumatol*, 1998; 37(4):362-8.
- <sup>22</sup> Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1(2):82-95.
- <sup>23</sup> Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing*, 2000; 29(2):173-8.
- <sup>24</sup> Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality: incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278(19):1608-12.
- <sup>25</sup> Andere verschillen tussen CAHPS en QUOTE hebben betrekking op de antwoordcategorieën en op de lay-out. Bij CAHPS wordt gevraagd naar de frequentie waarmee aan kwaliteitseisen is voldaan (altijd, meestal, soms, nooit), bij QUOTE naar de mate waarmee aan kwaliteitseisen is voldaan (ja, eigenlijk wel, eigenlijk niet, nee). Kenmerkend aan de lay-out van CAHPS is dat aan elke item een aparte vraag wordt gewijd met de antwoordcategorieën daar verticaal onder en dat met twee kolommen wordt gewerkt om de bladruimte efficiënt te benutten. Bij QUOTE wordt veel gewerkt met vragen in de vorm van een matrix, waarbij het betreffende item in de linker kolom staat en de antwoordcategorieën horizontaal op dezelfde rij daarachter.
- <sup>26</sup> Wanneer we spreken over de CAHPS/QUOTE-systematiek, hebben we het specifiek over:
- Wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten die **ervaringen** van consumenten/patiënten meten met de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de service en dienstverlening van zorgverzekeraars door te vragen naar:
    - o de frequentie waarmee zorg/service aan kwaliteitseisen voldoet (altijd, meestal, soms, nooit);
    - o de mate waarin gebrekkige toegankelijkheid als een probleem wordt ervaren (een groot probleem, een klein probleem, geen probleem);
    - o de waardering voor zorgaanbieders en verzekeraars op een schaal van 0 (slechtst mogelijke) tot 10 (best mogelijke).
  - Vragenlijsten die in kaart brengen welk **belang** consumenten/patiënten hechten aan diverse kwaliteitsaspecten (om op die manier goede en slechte ervaringen te kunnen wegen naar belang en prioriteiten te kunnen stellen voor bijvoorbeeld kwaliteitsbeleid of zorginkoop).
  - Vragenlijsten die ontwikkeld zijn vanuit het perspectief van consumenten/patiënten, onder meer doordat ze ontwikkeld zijn op basis van kwalitatief onderzoek onder consumenten/patiënten (focusgroeps gesprekken, conceptmapping), maar waarbij ook het uiteindelijke gebruiksdoel (bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering, keuze-informatie, zorginkoop) in het oog wordt gehouden.



- Vragenlijsten die onderworpen worden aan psychometrisch onderzoek (onder meer schaalanalyse en betrouwbaarheidsanalyse) en waarvan het ‘discriminerend vermogen’ wordt onderzocht (het vermogen om statistisch significante verschillen tussen zorgaanbieders of zorgverzekeraars te meten) onder meer via multilevel analyse.
- Vragenlijsten die worden uitgezet volgens de Dillman-methodiek: 1<sup>e</sup> verzending aanbiedingsbrief + vragenlijst, na 1 week bedankkaartje/herinnering, na 3 weken nieuwe aanbiedingsbrief + vragenlijst en (eventueel) na 5 weken een laatste herinnering in de vorm van een brief.
- Vragenlijsten die worden geanalyseerd volgens de aanwijzingen in de CAHPS Kit: onder meer exclusie van respondenten die niet tot de doelpopulatie behoren, exclusie van incomplete vragenlijsten (minder dan 50% ingevulde ‘key questions’), exclusie van respondenten die niet zelf de vragen hebben beantwoord.
- Presentatie van benchmarkresultaten die gecorrigeerd zijn voor relevante verschillen in case mix (te bepalen per vragenlijst aan de hand van achtergrondkenmerken van respondenten).

<sup>27</sup> Bron: Gesprek met Charles Darby, AHRQ.

<sup>28</sup> De CAHPS/QUOTE Diabetes (opdracht van Agis), de CAHPS/QUOTE Fysiotherapie (opdracht van Agis) en de CAHPS/QUOTE Staar (opdracht van ZonMw) bouwen bijvoorbeeld sterk voort op reeds ontwikkelde QUOTE’s Diabetes, Fysiotherapie en Staar.

<sup>29</sup> Eventueel in samenwerking met ZonMw.

<sup>30</sup> Protocollen voor steekproeftrekking dienen te worden opgesteld voor situaties waarin steekproeven uit de administratie van verzekeraars worden getrokken en voor situaties waarin steekproeven uit de administratie van aanbieders worden getrokken.

<sup>31</sup> Daarvoor is bijvoorbeeld gekozen in het onderzoek naar consumentenervaringen met de zorg en zorgverzekering.

<sup>32</sup> In het onderzoek naar consumentenervaringen met de zorg en zorgverzekering is ook sprake van vrijwillige deelname van zorgverzekeraars, waarbij zorgverzekeraars ook nog hun eigen dataverzameling betalen. De deelname aan het onderzoek is groot; vrijwel alle verzekeraars doen mee. Het onderzoek wordt in dat geval echter uitgevoerd door het NIVEL, dat als onafhankelijk instituut niet is gelieerd aan één van de partijen in het veld.

<sup>33</sup> Naar analogie van de rol die CAHPS in de Verenigde Staten speelt bij het verkrijgen van NCQA-accreditatie en in de toelating tot de markt voor Medicare/Medicaid, kan de toezichthouder (de Zorgautoriteit) daarbij een rol spelen, door verzekeraars te verplichten bepaalde vragenlijsten volgens de voorgeschreven systematiek uit te zetten onder hun verzekerden.

<sup>34</sup> Vergelijk: Brouwer W, Delnoij DMJ. Meten van patiëntgerichtheid - hoe houden we het overzicht? *Kwaliteit in Beeld*, 2005; 1:16-8.

<sup>35</sup> Uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met PricewaterhouseCoopers.

<sup>36</sup> Verg. noot 15.

