



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen  
worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **Het objectiveren van consumentervaringen en -gedrag ten behoefte van de NZa-marktscan**

E.P.C. Hopman  
R.D. Friele  
J.D. de Jong

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-94-6122-090-5

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doelstelling en (deel)vragen	11
1.3 Methode en werkwijze	12
1.4 Leeswijzer	13
<b>2 Vormgeving van de marktscan voor twee pilotmarkten</b>	<b>15</b>
2.1 Thema's rondom marktgedrag	15
2.2 Transparantie van keuze-informatie	17
2.2.1 Indicatoren	17
2.2.2 Informatie(bronnen)	19
2.3 Belemmeringen bij toegankelijkheid	20
2.3.1 Indicatoren	20
2.3.2 Informatie(bronnen)	22
2.4 Marktgedrag	23
2.4.1 Indicatoren	24
2.4.2 Informatie(bronnen)	26
2.5 Systemuitkomsten	26
2.5.1 Indicatoren	26
2.5.2 Informatie(bronnen)	29
<b>3 Generaliseerbaarheid naar overige zorgmarkten</b>	<b>31</b>
3.1 Extramurale VV & GZ	31
3.2 Curatieve GGZ	31
3.2.1 Transparantie van keuze-informatie	31
3.2.2 Belemmeringen bij toegankelijkheid	32
3.2.3 Marktgedrag	32
3.2.4 Systemuitkomsten	32
3.3 Medisch-specialistische zorg	32
3.3.1 Transparantie van keuze-informatie	32
3.3.2 Belemmeringen bij toegankelijkheid	33
3.3.3 Marktgedrag	33
3.3.4 Systemuitkomsten	33
<b>4 Samenvatting en conclusie</b>	<b>35</b>

<b>Bronnen</b>	<b>39</b>
Bijlage 1: Geconsulteerde experts	40
Bijlage 2a: Overzicht van indicatoren, informatie(bronnen), lacunes en alternatieve bronnen voor de pilotmarkt Intramurale VV & GZ	41
Bijlage 2b: Overzicht van indicatoren, informatie(bronnen), lacunes en alternatieve bronnen voor de pilotmarkt Beweegzorg	57
Bijlage 3: NIVEL-panels, mogelijk inzetbaar ten behoeve van de marktscan	70
Bijlage 4a: Suggesties/uitgangspunten voor vragen (en antwoordcategorieën) ten behoeve van consumentenbevraging binnen de intramurale VV & GZ	71
Bijlage 4b: Suggesties voor vragen (en antwoordcategorieën) ten behoeve van consumentenbevraging binnen de beweegzorg	77
Bijlage 5: Relevante CQ-index items met betrekking tot het thema 'belemmeringen bij toegankelijkheid'	84
Bijlage 6: Overzicht van ontwikkelde indicatoren ten behoeve van de marktscan	91

# Voorwoord

In dit rapport doen wij verslag van een onderzoek naar de mogelijke vormgeving van een marktscan van de NZa. Deze marktscan geeft inzicht in het marktgedrag van patiënten en consumenten in verschillende deelmarkten. In dit onderzoek hebben twee activiteiten centraal gestaan. De eerste betrof de operationalisering van het begrip 'marktgedrag'. Om dit begrip te operationaliseren zijn drie workshops gehouden, waarin medewerkers van de NZa en onderzoekers van het NIVEL intensief hebben samengewerkt. Het ging om een operationalisatie die enerzijds goed moet aansluiten bij de taken van de NZa, maar ook valide en betrouwbare resultaten zou moeten opleveren. Uiteindelijk is een beperkt set aan variabelen vastgesteld waarmee ontwikkelingen in marktgedrag kunnen worden gevolgd. Die set is in principe bruikbaar voor veel verschillende zorgmarkten, zodat onderlinge vergelijking tussen zorgmarkten mogelijk is.

De tweede activiteit betrof het zoeken naar gegevensbronnen die op een betrouwbare manier met enige regelmaat de relevante gegevens zouden kunnen leveren voor de marktscan. Ondanks het feit dat er in Nederland heel veel onderzoek wordt gedaan en ook veel gegevens worden verzameld, bleken er geen gegevensverzamelingen te vinden te zijn die op reguliere basis gegevens publiceren over het marktgedrag. Over bijvoorbeeld kwaliteit was er wel veel informatie, maar niet over marktgedrag. Op zich is dit verschil begrijpelijk. De kwaliteitswet dateert van 1996 en heeft ook geleid tot een veelheid van gegevens op het gebied van kwaliteit. De wetgeving waarin marktgedrag aan de orde is, zoals de Wet marktordening gezondheidszorg, dateert echter van tien jaar later: 2006. Dit betekent dat de gegevensinfrastructuur op dit punt nog vormgegeven dient te worden. De alhier ontwikkelde marktscan kan gezien worden als een eerste stap op dit pad.

Deze rapportage is met recht een coproductie te noemen: kennis uit de NZa en het NIVEL zijn bij elkaar gebracht in één product. De samenwerking bleek een productieve.

Gedurende het onderzoek zijn wij bijgestaan door een groep experts, afkomstig van de NZa en het NIVEL (zie Bijlage 1 voor een overzicht). Wij willen hen hierbij bedanken voor hun betrokkenheid, waardevolle bijdragen en kritische reflecties op het onderwerp.

Utrecht, juli 2011  
De onderzoekers



# Managementsamenvatting

In 2010 is de NZa gestart met het structureel in beeld brengen van haar toezichtterrein door middel van een marktscan van elke zorgmarkt die onder haar toezicht valt. Met behulp van een marktscan kan de NZa relatief snel een grofmazig beeld schetsen van de stand van zaken op een bepaalde zorgmarkt, en kan zij deze vergelijken met de stand van zaken op andere zorgmarkten. Op basis van de uitkomsten van de marktscans kan de NZa structureel en proactief beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet, en eventueel verdiepend onderzoek uitvoert. De NZa is samen met het NIVEL een project gestart om een set van indicatoren en informatiebronnen vast te stellen waarmee de NZa, door middel van een 'quick-scan' over verschillende zorgmarkten, informatie kan verzamelen over meningen en ervaringen van zorgconsumenten ten aanzien van marktgedrag. In het licht van de te bewaken publieke belangen diende bij het vormgeven en invullen van de indicatoren voldoende recht te worden gedaan aan het consumentenperspectief.

## Een beperkte set van indicatoren

Eén van de voornaamste bevindingen van onderhavig onderzoek is dat er een beperkte set van indicatoren kan worden geformuleerd die betrekking hebben op verschillende deelmarkten. Aan de hand van deze indicatorenset moet het bovendien mogelijk zijn om periodiek informatie over de deelmarkten te verzamelen. Het gaat hier om informatie ten aanzien van:

1. transparantie van informatie, met als kernvraag: *'Beschikte de consument over voldoende informatie om zijn keuze te kunnen maken?'*
2. belemmeringen bij toegankelijkheid, met als kernvraag: *'In hoeverre ondervond de consument belemmeringen bij de toegang tot de zorgaanbieder van zijn keuze?'*
3. marktgedrag (kiezen en overstappen), met als kernvraag: *'Kon de consument terecht bij de zorgaanbieder van zijn (initiële) keuze, en kon de consument, indien hij hier behoefte aan had, overstappen naar een andere zorgaanbieder?'*

## Verdieping

Er is een aantal punten te benoemen waarop nog niet zo makkelijk een antwoord kan worden gegeven, en waar verdiepend onderzoek de aanbeveling verdient. Om te beginnen leveren bestaande bronnen over het algemeen onvoldoende informatie vanuit het consumentenperspectief<sup>1</sup>, terwijl het juist een doel was om hier voldoende recht aan te doen. Het verdient daarom de aanbeveling op deze punten naar nieuwe input te zoeken; hier kan worden gedacht aan het periodiek uitzetten van consumentenraadplegingen. Panelbevraging verdient hierbij, met het oog op onder meer continuïteit, tijdigheid en kosteneffectiviteit, de voorkeur. Verder kan, met betrekking tot het thema 'transparantie van informatie', nader worden onderzocht wanneer en op welke aspecten zorgconsumenten informatie zoeken, en om wat voor informatie het dan precies gaat. Ook zou nader kunnen worden onderzocht in

---

<sup>1</sup> Een uitzondering is het thema 'belemmeringen bij toegankelijkheid', waar voor een groot deel kan worden geput uit (data van) de CQ-index.

hoeverre transparantie van informatie samenhangt met marktgedrag (kiezen en overstappen). Naast deze fundamentele vragen verdient ook een meer technisch aspect de aandacht. Zo kan worden onderzocht in hoeverre postcode-informatie kan fungeren als indicator voor de mate waarin zorgconsumenten zich bij hun keuze voor zorg laten leiden door andere aspecten dan nabijheid, zoals bijvoorbeeld kwaliteit. Voor wat betreft het in kaart krijgen van (meningen en ervaringen van zorgconsumenten over) systeemuitkomsten verdient het de aanbeveling om te onderzoeken in hoeverre er aansluiting kan worden gemaakt met bestaande infrastructuur.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

### *Algemeen*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder van alle zorgmarkten die vallen onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmo). Het gaat hier zowel om markten van zorgaanbieders als om zorgverzekeraars, en om zowel curatieve zorgmarkten als markten voor langdurige zorg. Beheersing van de totale kosten ('macrokosten') via bekostiging van zorgverleners en het bewaken van goede uitvoering van verzekeringswetten in de zorg zijn belangrijke taken. Ook het vaststellen van condities voor gereguleerde marktwerking en handhaving daarvan behoren tot het takenpakket van de NZa.

Bij haar oprichting kreeg de NZa als belangrijkste taak het bewaken en versterken van de marktpositie van de zorgconsument (artikel 3, lid 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg). Om het algemeen consumentenbelang in de zorg te borgen moet de consument in staat worden gesteld om keuzes te maken en deze te verzilveren. Binnen een vraaggestuurde markt -die de kern vormt van het huidige zorgstelsel- gaat men er immers vanuit dat als de consument in staat wordt gesteld goed geïnformeerde keuzes te maken, hij zorgaanbieders en verzekeraars stimuleert tot het leveren van kwalitatief goede zorg op een efficiënte wijze. Op die manier worden de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid geborgd. In het visiedocument '(In) het belang van de consument' (2007) concretiseerde de NZa het algemeen consumentenbelang aan de hand van de consumentenwaarden transparantie, keuzevrijheid en rechtspositie. Daar waar de zelfredzaamheid van de consument door marktfalen onvoldoende garanties op het borgen van de publieke belangen biedt, treedt de NZa op met toezicht op het marktgedrag en/of regulering van markten. De NZa houdt daarbij nadrukkelijk rekening met de verschillende dimensies van de zorgconsument, bijvoorbeeld als patiënt/cliënt of als verzekerde. Dit optreden richt zich op alle zorg die onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) valt; dus naast de Zorgverzekeringswet ook op aanvullend verzekerde zorg, niet-verzekerde zorg en de AWBZ-zorg. Voordat de NZa op een markt ingrijpt, beoordeelt zij of dat optreden effectief, efficiënt en proportioneel is.

### *Marktscan*

Begin 2009 heeft de NZa het visiedocument 'Zicht op toezicht' uitgebracht. In dit document beschrijft de NZa de algemene uitgangspunten van haar toezicht en meer specifiek haar ambities ten aanzien van het doorontwikkelen van onder meer het markttoezicht. Om invulling te geven aan deze ambitie is de NZa in 2010 gestart met het structureel in beeld brengen van haar toezichtterrein door middel van een marktscan van elke zorgmarkt die onder haar toezicht valt. Met behulp van een marktscan kan de NZa relatief snel een grofmazig beeld schetsen van de stand van zaken op een bepaalde zorgmarkt, en kan zij deze vergelijken

met de stand van zaken op andere zorgmarkten. Op basis van de uitkomsten van de marktscans kan de NZa structureel en proactief beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet, en eventueel verdiepend onderzoek uitvoert.

In het kader van deze marktscan heeft de NZa behoefte aan informatie over marktgedrag van de consument. Hiertoe dienen indicatoren te worden benoemd, alsmede informatiebronnen die hieraan invulling kunnen geven. In het licht van de te bewaken publieke belangen en het doel van de marktscans dient bij het vormgeven en invullen van de indicatoren voldoende recht te worden gedaan aan het consumentenperspectief. In beginsel maakt een marktscan gebruik van gegevens die kwantitatief van aard zijn, maar veel indicatoren zijn alleen in beeld te brengen door het vragen naar meningen, ervaringen en gedrag van zorgconsumenten (cliënten en patiënten). Het project dat in dit rapport wordt beschreven heeft dan ook als doel om consumentervaringen en -gedrag te vertalen naar meetbare concepten (indicatoren) teneinde deze op een structurele en uiteindelijk te kwantificeren manier te kunnen gaan verzamelen.

#### *Pilotmarkten*

Op termijn wil de NZa informatie over deze indicatoren opnemen in verschillende marktscans die voor verschillende zorgmarkten zullen worden uitgebracht. Onderwerp van dit onderzoek is hoe dergelijke informatie in twee (pilot)markten kan worden verzameld. Hierbij is gekozen voor twee markten die zich kenmerken door een relatief homogene zorgverlening, te weten de intramurale verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg (verder: 'intramurale VV & GZ') en de beweegzorg<sup>2</sup>. Daarnaast zal de geschiktheid van de methode voor drie deelmarkten worden verkend (hierover meer in paragraaf 1.2).

#### *Overwegingen*

Bij het verzamelen van de gegevens zijn voor de NZa de volgende overwegingen van belang:

- De **kwaliteit** van het onderzoek. De NZa moet zich op de uitspraken over meningen van consumenten kunnen verlaten. Het gaat om methode, uitvoering en verantwoording; het onderzoek moet leiden tot betrouwbare uitspraken. De resultaten moeten niet gemakkelijk kunnen worden betwist. De onderzoeksmethode en de uitvoering moeten goed zijn. Daarnaast moet het onderzoek de mening van de Nederlandse bevolking weergeven, zo mogelijk van deelgroepen. De uitvoering van de methode moet navolgbaar zijn, te verantwoorden.
- De **kosten** van het onderzoek. Uitgaande van de vereiste kwaliteit dient er te worden gekozen voor de optie die de minste kosten met zich brengt.
- De **tijdigheid** van uitvoering. Het uitbrengen van de marktscans zal door het jaar heen moeten worden gepland. Het uitbrengen mag niet worden vertraagd door het niet of niet tijdig beschikbaar komen van onderzoeksresultaten.
- De **continuïteit** van gegevens. De interpretatie van gegevens wordt complexer als er elk jaar nieuwe gegevens op steeds een andere wijze worden uitgevraagd. Het komt het gebruik van gegevens dus ten goede als een meerjarige reeks van gegevens tot stand komt.
- De **flexibiliteit**. Aan de andere kant moet het mogelijk zijn indicatoren te schrappen, toe te voegen of te wijzigen als de marktscans daartoe aanleiding geven. Ook moet het mogelijk zijn indicatoren voor verdiepende monitors toe te voegen.

---

<sup>2</sup> De beweegzorg omvat fysiotherapie (ca. 90-95% binnen de basisverzekering), oefen-, ergo- en/of podotherapie.

- **Combinatiemogelijkheden.** Het kan handig zijn bepaalde onderwerpen in samenhang uit te vragen. De gekozen onderzoeksvorm moet daar de mogelijkheid voor bieden.

#### *Aggregatieniveau*

Voor landelijke monitoring van marktontwikkelingen zijn gegevens op nationaal niveau nodig. Enkel wanneer hiertoe aanleiding zou zijn, dient te worden overgegaan tot gegevensverzameling op een lager aggregatieniveau.

## 1.2 Doelstelling en (deel)vragen

Het doel van het huidige project is om te komen tot een set van indicatoren en informatiebronnen waarmee de NZa, door middel van een 'quick-scan' over verschillende zorgmarkten, informatie kan verzamelen over meningen en ervaringen van zorgconsumenten ten aanzien van marktgedrag. Bij de uitvoer van het project is dit hoofddoel opgedeeld in twee subdoelen, namelijk:

- 1) het verkrijgen van informatie (voor zover deze beschikbaar is) over meningen en ervaringen van zorgconsumenten ten aanzien van marktgedrag; dit met betrekking tot *twee pilotmarkten* (i.e., de intramurale VV & GZ en de bewegingszorg);
- 2) het komen tot een analyse en aanbevelingen ten aanzien van de bruikbaarheid voor *overige zorgsectoren* van de methode die wordt ingezet om de onder (1) genoemde informatie te verkrijgen.

*ad 1)* Om de onder (1) genoemde informatie te verkrijgen dienen de volgende (deel)vragen te worden beantwoord:

- a. Hoe verhouden de verschillende thema's rondom marktgedrag<sup>3</sup> zich conceptueel tot elkaar, en hoe zijn zij te vertalen in (meetbare) indicatoren?
- b. Welke informatiebronnen zijn er ten aanzien van de meningen en ervaringen van zorgconsumenten over de bovengenoemde thema's?
- c. Welke informatie leveren deze bronnen op, en hoe bruikbaar is deze informatie?
- d. Welke lacunes blijven er over; welke noodzakelijke aspecten van de bovenstaande thema's kunnen niet met het beschikbare materiaal worden geoperationaliseerd?
- e. Op welke manier zou aanvullend onderzoek deze lacunes kunnen wegnemen?

Het resultaat van de onder (1) genoemde werkzaamheden zal eventueel door de NZa worden opgenomen in de eerstvolgende uit te brengen marktscan van de betreffende markt.

*ad 2)* Bij het in kaart brengen van de generaliseerbaarheid van deze aanpak zullen wij ons richten op de zorgmarkten extramurale verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg (ook wel: extramurale VV & GZ), (curatieve) GGZ en medisch-specialistische zorg. Voor deze zorgmarkten worden de deelvragen (a) en (b) beantwoord. Met betrekking tot deelvraag (c) tot en met (e) beperken wij ons tot een inschatting van de

---

<sup>3</sup> De primaire focus ligt op *voorwaarden* voor marktgedrag (transparantie van keuze-informatie en toegankelijkheid van zorg) en op marktgedrag zelf (kiezen en overstappen); daarnaast is er aandacht voor *stelsystemuitkomsten* (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg).

bruikbaarheid van informatie en -daaruit voortvloeiend- van lacunes en eventueel aanvullend onderzoek.

Het resultaat van de onder (2) genoemde werkzaamheden zal de NZa eventueel gebruiken om tot een afweging te komen hoe zij deze data op de lange termijn structureel, en ten behoeve van de marktscans, over de verschillende zorgmarkten kan (laten) verzamelen.

### **1.3 Methode en werkwijze**

#### *Methode*

Het doel van het huidige project is om te komen tot een set van indicatoren en informatiebronnen waarmee de NZa snel en efficiënt informatie kan verzamelen over de meningen en ervaringen die zorgconsumenten hebben ten aanzien van marktgedrag. Een dergelijke set van indicatoren dient aan twee voorwaarden te voldoen, namelijk: indicatoren dienen (a) meetbaar en valide te zijn en (b) tegemoet te komen aan de informatiebehoefte die de NZa in het licht van de marktscan heeft. Om zo goed mogelijk gehoor te geven aan de eerste voorwaarde zijn relevante bronnen geraadpleegd. Zo zijn er binnen het NIVEL onderzoekers geconsulteerd met een expertise op de domeinen Patiëntenperspectief, Vraaggestuurde Zorg, Zorgstelsel & Sturing en AWBZ-zorg. Ook binnen de NZa zijn beleidsmedewerkers met uiteenlopende (relevante) expertises geraadpleegd; een volledig overzicht van geconsulteerde experts is te vinden in Bijlage 1. Deze experts konden, naast het leveren van directe kennis (over bijvoorbeeld branch- en koepelorganisaties, zorgwetten, meetinstrumenten en registraties/dataverzameling) ook relevante informatiebronnen (rapporten, publicaties en websites) benoemen die verdere input zouden kunnen opleveren.

Om er zorg voor te dragen dat het beoogde eindproduct voldoende zou aansluiten op de informatiebehoefte van de NZa, heeft er op frequente basis terugkoppeling plaatsgevonden van (tussentijdse) bevindingen en producten. Meer specifiek zijn er drie NZa/NIVEL-workshops belegd, waarbij de experts van de NZa en het NIVEL (zie Bijlage 1) aanwezig waren.

#### *Werkwijze*

Bij aanvang van het project is gestreefd naar een eenheid van taal en (kern)begrippen tussen de onderzoekers van het NIVEL en de NZa. Tijdens de eerste NZa/NIVEL-workshop is dan ook gewerkt aan een zo helder mogelijke definitie van begrippen. Ook werd het van belang geacht dat NIVEL-onderzoekers optimaal gebruik zouden kunnen maken van de reeds beschikbare kennis bij de NZa. Tijdens de eerste workshop is in kaart gebracht over welke relevante kennis de NZa zelf reeds beschikte, en hoe bruikbaar deze zou zijn met het oog op de marktscan.

Aan de hand van het begrippenkader dat tijdens de eerste NZa/NIVEL-workshop nader was uitgewerkt, hebben de onderzoekers richting gegeven aan een operationalisering van begrippen. Meer specifiek is er een opzet van een indicatorenset gemaakt en is er, aan de hand van suggesties van de experts, gezocht naar informatiebronnen die mogelijk invulling leveren aan deze indicatoren. Daar waar indicatoren onafgedekt bleven omdat er geen relevante

informatiebronnen werden gevonden, werd dit aangetekend als lacune. Tijdens een tweede NZa/NIVEL-workshop werden de operationalisering van het begrippenkader (i.e., de indicatorenset), de beschikbare informatiebronnen en de reeds geïdentificeerde lacunes besproken. Daar waar nodig werden onduidelijkheden rondom de operationalisering van begrippen weggenomen, en werd er samen gekeken of (en hoe) lacunes afgedekt konden worden. Dit laatste werd in enkele gevallen bereikt door, in overleg met de experts, alternatieve bronnen te benoemen en/of operationaliseringen bij te stellen.

Op basis van de bijgestelde operationalisering van het begrippenkader en de inventarisatie van informatiebronnen hebben de onderzoekers, specifiek voor de pilotmarkten, vervolgens gezocht naar bruikbare informatie. De bruikbaarheid van informatie(bronnen) beoordeelden zij op basis van de overwegingen zoals benoemd in paragraaf 1.1. Daar waar indicatoren onafgedekt bleven vanwege het ontbreken van informatiebronnen, of daar waar informatie onvoldoende bruikbaar werd geacht, werd dit aangetekend als lacune; ten aanzien van deze lacunes werd wederom gezocht naar alternatieve bronnen. Ten slotte werd nagegaan in hoeverre de aanpak die bij de pilotmarkten was gehanteerd, bruikbaar werd geacht voor de overige zorgmarkten (dit werd gedaan door, per zorgmarkt, een overzicht te schetsen van de beoogde informatiebronnen, de daaruit te verkrijgen informatie, de te verwachten lacunes en te raadplegen alternatieve bronnen). Op basis van deze acties is er tijdens een derde NZa/NIVEL-workshop een concrete uitwerking van operationaliseringen gepresenteerd en door de experts getoetst. Deze toetsing wees uit dat de operationalisering aansluit bij de informatiebehoefte van de NZa.

## 1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de thema's rondom marktgedrag zich tot elkaar verhouden, hoe zij zich naar (meetbare) indicatoren laten vertalen, welke informatiebronnen mogelijk invulling geven aan deze indicatoren en hoe bruikbaar de informatie is die deze bronnen opleveren. In het verlengde daarvan worden de lacunes benoemd en worden er suggesties voor aanvullend onderzoek gedaan teneinde deze lacunes weg te nemen. De nadruk ligt in dit hoofdstuk op de twee pilotmarkten *Intramurale VV & GZ* en *Beweegzorg*.

Hoofdstuk 3 beschrijft in hoeverre de voor de twee pilotmarkten gehanteerde methode generaliseerbaar is naar overige zorgsectoren. Meer specifiek benoemen we hier in hoeverre er, uitgaande van de indicatoren en (aanvullende) informatiebronnen uit hoofdstuk 2, bruikbare informatie kan worden verzameld ten behoeve van marktscans binnen de zorgmarkten *Extramurale VV & GZ*, *Curatieve GGZ* en *Medisch-specialistische zorg*.

In hoofdstuk 4 ten slotte, volgt een samenvatting van het proces en de uitkomsten.



## 2 Vormgeving van de marktscan voor twee pilotmarkten

Dit hoofdstuk schetst hoe verschillende thema's rondom marktgedrag zich tot elkaar verhouden, en hoe ze naar indicatoren zijn te vertalen (deelvraag 1a). Tevens wordt in kaart gebracht welke informatiebronnen mogelijk invulling geven aan deze indicatoren (deelvraag 1b) en hoe bruikbaar de informatie is die deze bronnen opleveren (deelvraag 1c). In het verlengde daarvan worden de lacunes benoemd (deelvraag 1d) en worden er suggesties voor aanvullend onderzoek gedaan teneinde deze lacunes weg te nemen (deelvraag 1e). Deze uitwerking wordt, met het oog op het doel van de marktscan (i.e., het kunnen vergelijken van verschillende zorgmarkten), zoveel mogelijk generiek -dus geldend voor verschillende zorgmarkten- gedaan. De nadruk ligt hier echter op de twee pilotmarkten (intramurale VV & GZ en beweegzorg); de bruikbaarheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in hoofdstuk 3.

### 2.1 Thema's rondom marktgedrag

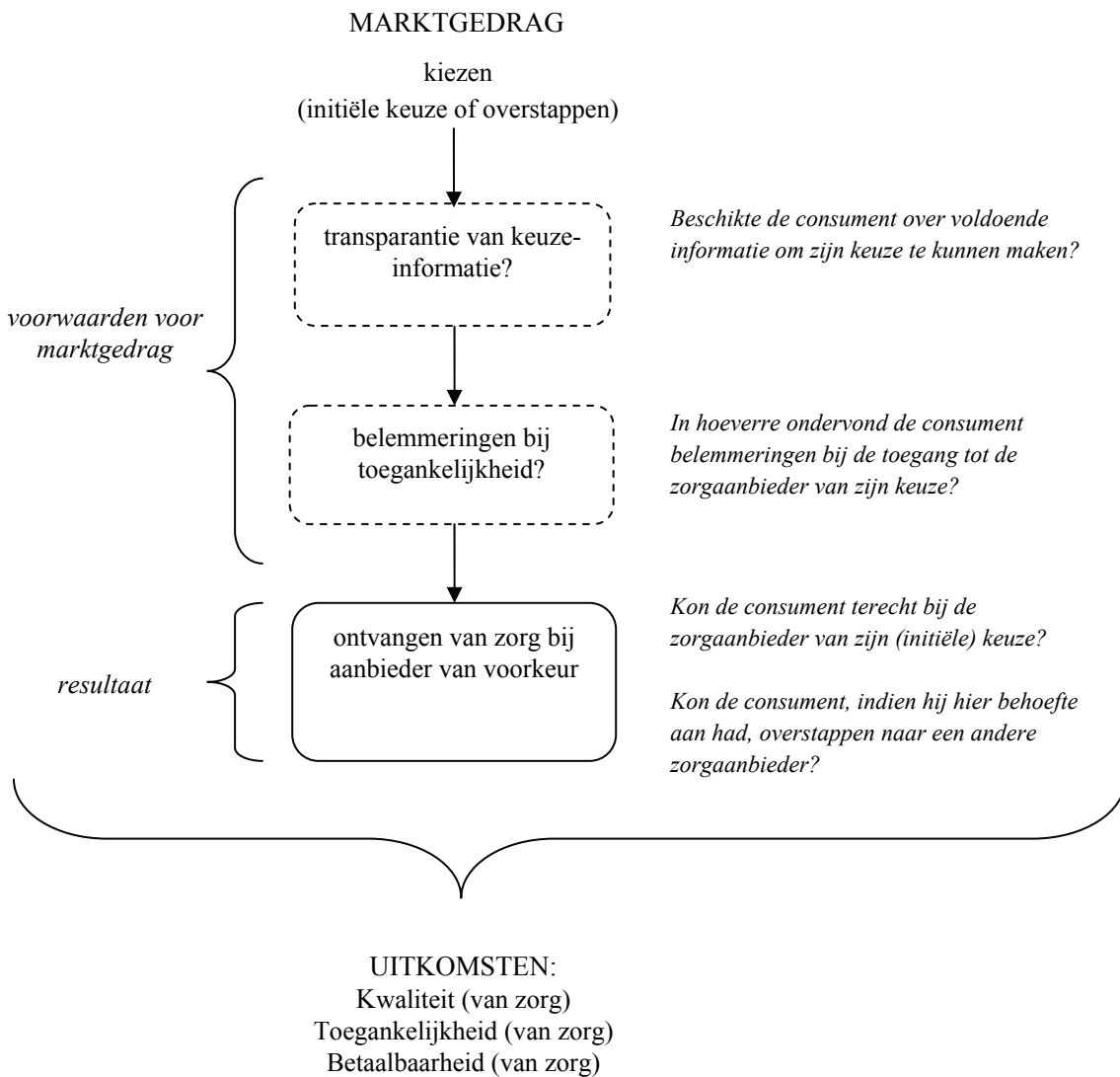
Binnen een optimaal functionerende zorgmarkt kan de consument, via actief kiezen en overstappen, zorg ontvangen bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur. Dit dient zorgaanbieders (en -verzekeraars) te stimuleren tot het leveren van kwalitatief goede zorg op een efficiënte manier. Of de consument ook daadwerkelijk terecht komt bij de zorgaanbieder van zijn eerste keuze hangt echter niet alleen van hemzelf af, maar ook van factoren waarop hij geen invloed heeft. Om optimaal te kunnen kiezen is het voor de consument namelijk noodzakelijk dat er, voor hen die dat willen<sup>4</sup>, relevante informatie over de zorg (zoals prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) beschikbaar is. Ook mag de toegang tot de zorg niet belemmerd worden, bijvoorbeeld door lange wachttijden of hoge eigen bijdragen. Transparantie van keuze-informatie en toegankelijkheid van zorg zijn vanuit systeemniveau bezien dus twee *randvoorwaarden* voor marktgedrag. Wanneer de zorgmarkt goed functioneert en de consument goed geïnformeerd en ongehinderd voor een zorgaanbieder kan kiezen, resulteert dit naar verwachting in kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Op deze manier worden de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg geborgd.

---

<sup>4</sup> Hoewel ongeveer negen op de tien mensen wel eens kwaliteitsinformatie over de zorg heeft opgezocht, lijkt de zoektocht naar informatie zich niet primair te richten op het *vergelijken* van zorgaanbieders; slechts vijf procent van de consumenten kiest op een geïnformeerde wijze een zorgaanbieder (Consumentenbond, 2010). Doelgroeponderzoek in opdracht van VWS (Motivaction & Praktijk Index, 2009) doet vermoeden dat de groep patiënten die actief naar betrouwbare (vergelijkende) informatie zoekt in de toekomst zal groeien. Vermoedelijk zullen er echter ook zorgconsumenten blijven die geen behoefte hebben aan (vergelijkende) keuze-informatie, of niet goed in staat zijn om deze te begrijpen (Motivaction & Praktijk Index, 2009; Schwartz, Monterosso, Lyubomirsky et al., 2002). Deze mensen zullen zich bij het maken van hun keuzes in de zorg eerder wenden tot vrienden, familie en artsen.

De verschillende constructen rondom marktgedrag en de manier waarop zij samenhangen zijn schematisch weergegeven in Figuur 2.1.

Figuur 2.1: Marktgedrag (voorwaarden en uitkomsten)



In paragraaf 2.2 en 2.3 worden de twee voorwaarden voor marktgedrag (i.e., transparantie van keuze-informatie en toegankelijkheid van zorg) nader uitgewerkt en vertaald naar indicatoren. In paragraaf 2.4 wordt marktgedrag zelf (i.e., kiezen en overstappen) geoperationaliseerd. Paragraaf 2.5 ten slotte, richt zich op de systeemuitkomsten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Overigens dient hier te worden opgemerkt dat de verschillende thema's rondom marktgedrag, en daarmee ook de bijbehorende indicatoren, conceptueel nauw samenhangen. Hierdoor hebben veel indicatoren niet exclusief betrekking op het thema waar ze zijn ondergebracht, en geldt andersom dat thema's inhoudelijk gezien soms breder zijn dan geoperationaliseerd.



Voor wat betreft de invulling van indicatoren kan steeds gedacht worden aan twee soorten informatie, namelijk: (1) informatie afkomstig uit (*zorg*)registraties en (2) informatie afkomstig uit *consumentenraadplegingen*. Aangezien de marktscan voldoende recht dient te doen aan het consumentenperspectief, zal de nadruk steeds liggen op de ervaring van de zorgconsument. Daar waar tevens relevante informatie kan worden onttrokken uit bestaande zorgregistraties zal dit worden voorgesteld.

## 2.2 Transparantie van keuze-informatie

Transparantie van keuze-informatie is een belangrijke randvoorwaarde voor een goed werkende zorgmarkt. Pas wanneer de consument voldoende inzicht heeft in zaken als (verschillen in) kwaliteit, toegankelijkheid en prijs, is hij in staat een goed geïnformeerde keuze tussen zorgaanbieders te maken. De zorgconsument kan bij het maken van zijn keuze worden geholpen door selectieve zorginkoop van verzekeraars, die hiermee een sturende rol vervullen. Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat sommige zorgconsumenten geen vergelijkende keuzes *willen* maken<sup>5</sup> (Motivaction & Praktijk Index, 2009; Schwartz, Monterosso, Lyubomirsky et al., 2002), en dat het maken van een goed geïnformeerde keuze in sommige gevallen -bijvoorbeeld bij spoedzorg- überhaupt geen optie is. Desalniettemin behoort het tot de taak van de NZa om erop toe te zien dat zij die dat willen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. De kernvraag die de NZa in het licht van de marktscan dan ook beantwoord wil zien, luidt: '*Beschikte de consument over voldoende informatie om zijn keuze te kunnen maken?*'. Deze kernvraag wordt hieronder (paragraaf 2.2.1) vertaald naar specifiekere indicatoren, waarna mogelijke informatiebronnen worden besproken (paragraaf 2.2.2).

### 2.2.1 Indicatoren

#### *Indicatoren met betrekking tot (zorg)registraties*

Binnen het huidige stelsel is het van belang dat de consument zich bij het kiezen voor zorg laat leiden door keuze-informatie; een belangrijke voorwaarde is dat dergelijke informatie beschikbaar is, bijvoorbeeld op vergelijkingssites als [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en [www.independer.nl](http://www.independer.nl). De volgende indicator verschaft mogelijk inzicht in de mate waarin er marktspecifieke keuze-informatie beschikbaar is:

- Het aantal bronnen (websites) dat vergelijkende keuze-informatie presenteert.

#### *Indicatoren met betrekking tot consumentenraadpleging*

In de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) is onder meer vastgelegd dat de patiënt/cliënt het recht heeft om zelf een zorgaanbieder te kiezen. Het is echter de vraag in hoeverre de consument hiervan op de hoogte is. Zo is het mogelijk dat mensen niet zelf voor een zorgaanbieder kiezen omdat zij eenvoudigweg niet weten dat dit mag. Het is daarom belangrijk de onderstaande indicator op te nemen:

---

<sup>5</sup> De vraag, in hoeverre mensen de behoefte hebben om vergelijkende keuze te maken, komt aan de orde bij het thema 'marktgedrag' (paragraaf 2.4).

- Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen

Of een consument over voldoende informatie beschikte om een keuze te kunnen maken valt het beste af te lezen uit de ervaringen van deze consument zelf. Het is hierbij van belang om ons te realiseren dat, op het moment dat consumenten zich tot een zorgaanbieder wenden, zij hoe dan ook een keuze hebben gemaakt. Binnen het huidige stelsel is het belangrijk dat consumenten deze keuze bewust en weloverwogen maken, en dat vergelijkende keuze-informatie hierbij een belangrijke rol speelt. In de praktijk maken mensen echter niet altijd bewuste en weloverwogen keuzes. Zo wenden zij zich niet zelden 'uit gewoonte' tot zorgaanbieders waar ze (bijvoorbeeld uit eigen ervaring of via een naaste) bekend mee zijn. De kans dat men hierbij een nauwkeurige afweging van verschillende aspecten (zoals kwaliteit, prijs, en toegankelijkheid) maakt, is dan relatief klein (Consumentenbond, 2010; Motivation & Praktijk Index, 2009; Schwartz, Monterosso, Lyubomirsky et al., 2002). Toch kan het zijn dat consumenten actief op zoek gaan naar vergelijkende keuze-informatie, bijvoorbeeld via de website kiesBeter.nl. Zij kunnen zich daarbij focussen op één zorgaanbieder (dit om na te gaan of deze aan bepaalde minimumeisen voldoet), of op meerdere (dit om 'de beste' te kiezen). Daarnaast kan er verschil zijn in de aard en omvang van de *aspecten* waarop men zorgaanbieders vergelijkt. Zo kunnen consumenten bijvoorbeeld kiezen op basis van een enkel aspect waaraan zij veel waarde hechten, maar kan men zorgaanbieders ook aan de hand van een heel 'wensenlijstje' beoordelen. Relevante indicatoren in dit kader zijn:

- Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt<sup>6</sup>

Wanneer de consument gericht informatie zoekt, bijvoorbeeld over een bepaalde zorgaanbieder en/of een specifiek aspect, kan het gebeuren dat hij deze niet kan vinden. Het is belangrijk te weten in hoeverre dit voorkomt; een relevante indicator is dan ook:

- Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden

Mensen verschillen in de manier waarop zij zorg kiezen, en het kan hierbij interessant zijn om naar verschillen tussen groepen te kijken. Zo is het mogelijk dat persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (die bij consumentenraadpleging standaard worden uitgevraagd) van invloed zijn op de manier van kiezen, maar het is bijvoorbeeld ook mogelijk dat chronisch zieken anders kiezen dan niet-chronisch zieken. Ook geldt dat, wanneer er sprake is van een doorverwijzing, mensen mogelijk anders kiezen dan bij een initiële keuze; in het eerste geval speelt de zorgaanbieder mogelijk een grote rol in het keuzeprocess. Tot slot is het bij consumentenraadpleging ook nuttig om na te gaan in hoeverre er bij de zorgvraag sprake was van spoed. Wanneer er spoed in het geding is zal de behoefte om bewust en

---

<sup>6</sup> Bij de operationalisering van deze indicator dient gekeken te worden naar: (1) de bronnen die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor zorg (waarbij onder meer kan worden gedacht aan de eerdere ervaring van de zorgconsument zelf, aan advies/ervaring van mensen in omgeving, advies van de huisarts en/of publieke (keuze-) informatie in de media), (2) de aspecten die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor zorg (waarbij onder meer kan worden gedacht aan locatie/licging, voorzieningen en faciliteiten, aanwezigheid van specialistische zorg en/of kwaliteit van zorg) en (3) het belang dat zorgconsumenten aan deze aspecten hechtten.

weloverwogen voor een zorgaanbieder te kiezen namelijk beperkt (zo niet geheel afwezig) zijn, en zal vergelijkende informatie niet of nauwelijks een rol in het keuzeproces spelen. Relevante (persoonsgebonden) kenmerken ten behoeve van segmentering zijn dan ook de volgende:

- Geslacht van zorgconsument
- Leeftijd van zorgconsument
- Opleidingsniveau<sup>7</sup> van zorgconsument
- De mate waarin de zorgvraag gepaard ging met spoed
- De mate<sup>8</sup> waarin er bij de zorgvraag sprake was van een doorverwijzing
- De mate<sup>9</sup> waarin er de bij zorgvraag sprake was van een chronische ziekte

### 2.2.2 *Informatie(bronnen)*<sup>10</sup>

Bij het benoemen van informatie(bronnen) ligt de nadruk op de twee pilotmarkten (de geschiktheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in hoofdstuk 3). Dit zal echter op hoofdlijnen gebeuren; voor meer detail verwijzen wij naar bijlagen 2a en 2b. In deze bijlagen is (voor respectievelijk de intramurale VV & GZ en beweegzorg) *op indicatorniveau* een overzicht gegeven van mogelijke informatiebronnen, de bruikbaarheid van informatie, eventuele lacunes en suggesties voor aanvullend onderzoek. Tevens zijn hier, voor zover gevonden, uitkomsten gerapporteerd.

#### *Informatie uit (zorg)registraties*

Met betrekking tot de indicator '*Aantal bronnen (websites) dat vergelijkende keuze-informatie presenteert*' kan er niet worden geput uit bestaande inventarisaties. Waar mogelijk aan kan worden gedacht is het tellen van bronnen, waarbij in eerste instantie kan worden gekeken op websites van instellingen zelf, en op vergelijkingssites als [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en [www.independen.nl](http://www.independen.nl). Eventueel zullen de door consumenten aangedragen bronnen hierop gaandeweg ook input leveren.

#### *Informatie uit consumentenraadpleging*

Voor zover bekend bestaat er geen informatiebron die bruikbare<sup>11</sup> gegevens beschikbaar heeft over meningen en ervaringen van zorgconsumenten over transparantie van keuze-informatie. Echter, met behulp van gebruikerspanels kunnen (grote) groepen zorgconsumenten worden bevraagd. Panelbevraging heeft als voordeel dat er *tijdig* en op *continue* basis dataverzameling kan plaatsvinden, en dat het de mogelijkheid biedt om indicatoren te

---

<sup>7</sup> Hoogst genoten opleiding

<sup>8</sup> Wel of geen sprake van een doorverwijzing

<sup>9</sup> Wel of geen sprake van een chronische ziekte

<sup>10</sup> Bij het benoemen van informatie(bronnen) ligt de nadruk op de twee pilotmarkten (de geschiktheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in Hoofdstuk 3). Dit zal echter op hoofdlijnen gebeuren; voor meer detail verwijzen wij naar bijlagen 1a en 1b. In deze bijlagen is (voor respectievelijk de intramurale VV & GZ en beweegzorg) op indicatorniveau een overzicht gegeven van mogelijke informatiebronnen, de bruikbaarheid van informatie, eventuele lacunes en suggesties voor aanvullend onderzoek. Tevens zijn hier, voor zover gevonden, uitkomsten gerapporteerd.

<sup>11</sup> Het beoordelen van de bruikbaarheid van informatie(bronnen) gebeurde op basis van de in paragraaf 1.1 (onder het kopje 'pilotmarkten') gestelde criteria.

schrappen, toe te voegen (bijvoorbeeld voor verdiepende monitors) of te wijzigen wanneer de marktscans daartoe aanleiding zouden geven. Panelbevraging biedt tevens de mogelijkheid om onderwerpen in samenhang uit te vragen. Wanneer panels specifieke groepen zorgconsumenten (zoals chronisch zieken of gehandicapten) omvatten kan tevens gerichte (i.e., marktspecifieke) bevraging plaatsvinden. Een ander voordeel is dat er bij paneldeelname doorgaans sprake is van een hoge respons, wat de validiteit van meetresultaten ten goede komt. Periodieke bevraging via een landelijk representatief panel waarbij in één keer naar verschillende zorgmarkten wordt gekeken is bovendien kosteneffectief. De exacte kostenbepaling zal echter van verschillende zaken afhangen, zoals de beoogde precisie van data en het aantal en type te bestuderen zorgmarkten. Bij panelbevraging valt te denken aan de NIVEL-panels (i.e., het Consumentenpanel, het Nationaal Panel Chronische zieken en Gehandicapten en het Panel Samen Leven; zie Bijlage 3). Uit te vragen items kunnen direct worden geënt op de indicatoren (paragraaf 2.2.1). Suggesties voor vragen zijn te vinden in Bijlage 4a (intramuraal VV & GZ) en Bijlage 4b (beweegzorg). Een voorwaarde voor consumentenraadpleging is overigens dat er, per zorgmarkt, voldoende mensen kunnen worden aangeschreven om, gegeven de verwachte respons, betrouwbare resultaten te krijgen.

## **2.3 Belemmeringen bij toegankelijkheid**

Naast transparantie van keuze-informatie is toegankelijkheid van zorg een andere randvoorwaarde voor een goed werkende zorgmarkt. Om zonder problemen zorg te ontvangen bij de zorgaanbieder van zijn eerste keuze, dient de consument immers niet gehinderd te worden door temporele, financiële en/of fysieke belemmeringen. Deze belemmeringen kunnen de vorm aannemen van lange wachttijden, hoge eigen bijdragen en een slechte bereikbaarheid (lange reisafstand, beperkte openingstijden). De kernvraag die de NZa in het licht van de marktscan dan ook beantwoord wil zien, luidt: *'In hoeverre ondervond de consument belemmeringen bij de toegang tot de zorgaanbieder van zijn keuze?'*. Deze kernvraag wordt in paragraaf 2.3.1 vertaald naar specifiekere indicatoren, waarna mogelijke informatiebronnen worden besproken (paragraaf 2.3.2).

Om de indicatorenset beperkt te houden is besloten om de nadruk te leggen op *wachttijden* en *eigen bijdragen*. Omdat er op deze twee punten binnen de beweegzorg (één van de twee pilotmarkten) momenteel geen groot toegankelijkheidsprobleem speelt, is hier ruimte om te anticiperen op zaken die mogelijk in de toekomst gaan spelen, zoals (problemen rondom) openingstijden en thuisbezoek.

### **2.3.1 Indicatoren**

#### *Indicatoren met betrekking tot (zorg)registraties*

Aan de hand van bestaande registraties ten aanzien van wachttijden en eigen bijdragen kan mogelijk invulling aan de onderstaande indicatoren worden gegeven:

- De gemiddelde wachttijd
- De gemiddelde eigen bijdrage

- Het percentage zorgaanbieders dat buiten kantooruren zorg verleent<sup>12</sup>

#### *Indicatoren met betrekking tot consumentenraadpleging*

Registraties geven mogelijk enige inzage in de mate waarin er sprake is van belemmeringen rondom de toegankelijkheid van zorg. Echter, deze informatie schetst geen volledig beeld, aangezien registraties niets zeggen over de ervaring van de consument. Iets wat op het oog geen lange wachttijd lijkt, kan door de consument wel degelijk als probleem zijn ervaren, of vice versa. Ook kan een consument zich afgeschrikt voelen door (hoge) eigen bijdragen, ook wanneer hij geen nauwkeurig inzicht heeft in de absolute hoogte ervan (wat mogelijk vaak het geval is). Het is daarom belangrijk om te vragen naar wachttijden, eigen bijdragen en toegankelijkheid *zoals patiënten en cliënten deze hebben ervaren*. Het is hierbij steeds belangrijk om niet alleen naar absolute waarden te informeren, maar ook naar waarden die de consument reëel acht, zodat zijn ervaringen in een kader geplaatst kunnen worden. Ten aanzien van wachttijden dient nog opgemerkt te worden dat het van belang is om te informeren naar de genoten zorg; het is namelijk niet gezegd dat er op het eerste contactmoment met de zorgaanbieder direct met de behandeling werd aangevangen. De volgende indicatoren zijn in het kader van bovenstaande relevant:

#### *Wachttijd*

- De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg
- Het percentage zorgconsumenten dat bij het verstrijken van de wachttijd:
  - a) een gesprek had met de zorgverlener
  - b) een diagnose kreeg toegewezen
  - c) werd behandeld
- De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen
- Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer

#### *Eigen bijdrage*

- De gemiddelde eigen bijdrage
- De gemiddelde eigen bijdrage die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen
- Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer

#### *Openingstijden en thuisbezoek<sup>13</sup>*

- Het percentage zorgconsumenten dat buiten kantooruren<sup>14</sup> bij de zorgaanbieder terecht kon
- Het percentage zorgconsumenten dat openingstijden buiten kantooruren<sup>15</sup> reëel vindt
- Het percentage zorgconsumenten dat de openingstijden als een probleem ervoer
- Het percentage zorgconsumenten waarbij thuisbezoek door de zorgaanbieder mogelijk was
- Het percentage zorgconsumenten dat thuisbezoek door de zorgaanbieder reëel vindt
- Het percentage zorgconsumenten dat problemen ervoer rondom thuisbezoek door de zorgaanbieder

---

<sup>12</sup> Buiten kantooruren houdt in: in de avonduren en in het weekend. Deze indicator is binnen de pilot overigens alleen relevant voor de zorgmarkt Beweegzorg

<sup>13</sup> De indicatoren die onder dit kopje vallen zijn binnen de pilot alleen relevant voor de zorgmarkt Beweegzorg

<sup>14</sup> Buiten kantooruren houdt in: in de avonduren en/of in het weekend

<sup>15</sup> Buiten kantooruren houdt in: in de avonduren en/of in het weekend

Naast het in kaart brengen van (ervaren) belemmeringen is het tevens relevant om na te gaan in hoeverre consumenten uiteindelijk bij de zorgaanbieder van hun eerste keuze terecht kwamen. Het is namelijk goed mogelijk dat men vanwege een verminderde toegankelijkheid bij de zorgaanbieder van voorkeur, besluit om naar een andere zorgaanbieder te gaan. Andersom kan men toegankelijkheidsproblemen voor lief nemen om uiteindelijk maar bij de zorgaanbieder van de eerste keuze terecht te kunnen. De volgende indicator dient dus in de marktscan te worden opgenomen:

- Het percentage zorgconsumenten dat de zorg van eerste keuze ontving

De bovenstaande indicatoren richten zich op eventuele belemmeringen rondom *genoten* zorg. Het is echter ook denkbaar dat consumenten er, vanwege voorziene belemmeringen, van afzien om een zorgaanbieder überhaupt te benaderen. Aangezien dit in een goed functionerende zorgmarkt niet zou mogen voorkomen is het belangrijk de volgende indicator in de marktscan op te nemen:

- Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen<sup>16</sup>, ooit van af heeft gezien een zorgaanbieder te benaderen

### 2.3.2 Informatie(bronnen)<sup>17</sup>

#### *Informatie uit (zorg)registraties*

De AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) levert *wachttijdcijfers* rondom AWBZ-zorg, wat relevant is voor de zorgmarkten intra- en extramurale V&V en GZ. Deze gegevens verschijnen jaarlijks in de Zorgthermometer van Vektis, en zijn daarmee dus openbaar. Hiernaast beschikt de NZa, voor wat betreft de AWBZ-zorg, over wachttijdgegevens uit de registratie van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Voor zover bekend bestaan er geen (zorg)registraties die bruikbare gegevens beschikbaar hebben over wachttijden/wachttijdcijfers voor de andere pilotmarkt (beweegzorg).

De meest actuele maximale *eigen bijdragen* met betrekking tot AWBZ-zorg zijn (onder meer) te vinden op de websites [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)<sup>18</sup> en [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl). De meest actuele maximale eigen bijdragen binnen het Basispakket Zorgverzekering zijn (onder meer) te vinden op de websites [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).

Voor zover bekend bestaat er geen (zorg)registraties die bruikbare gegevens beschikbaar hebben over *openingstijden*.

---

<sup>16</sup> Voorziene belemmeringen houdt in: op voorhand bekende lange wachttijden, hoge eigen bijdragen of beperkte openingstijden

<sup>17</sup> Bij het benoemen van informatie(bronnen) ligt de nadruk op de twee pilotmarkten (de geschiktheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in Hoofdstuk 3). Dit zal echter op hoofdlijnen gebeuren; voor meer detail verwijzen wij naar bijlagen 1a en 1b. In deze bijlagen is (voor respectievelijk de intramurale VV & GZ en beweegzorg) op *indicatorniveau* een overzicht gegeven van mogelijke informatiebronnen, de bruikbaarheid van informatie, eventuele lacunes en suggesties voor aanvullend onderzoek. Tevens zijn hier, voor zover gevonden, uitkomsten gerapporteerd.

<sup>18</sup> Het CAK berekent en incasseert de eigen bijdragen voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wmo. Het CAK is ook verantwoordelijk voor de financiering van de AWBZ-instellingen en het uitbetalen van de Compensatie eigen risico in de zorgverzekeringswet.

### *Informatie uit consumentenraadpleging*

Voor wat betreft patiënt- en cliëntervaringen kan op dit punt mogelijk geput worden uit metingen met de *CQ-index*. De CQ-index is een instrument dat de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief meet. Inmiddels bestaan er zo'n 20 lijsten die betrekking hebben op een specifieke sector, aandoening of ingreep, en is er een klein 20-tal lijsten in ontwikkeling (een actueel overzicht is te vinden op [www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)). Binnen de meeste CQ-indexen worden enkele thema's rondom toegankelijkheid uitgevraagd; relevante items zijn weergegeven in Bijlage 5.

Beschikbaarheid van CQI-gegevens is niet vanzelfsprekend, aangezien de uitvraag via verschillende kanalen verloopt en data door verschillende partijen wordt beheerd. Zo wordt ongeveer de helft van alle CQI-metingen (waaronder die met betrekking tot fysiotherapie) uitgevoerd door een koepel van zorgverzekeraars (Stichting Miletus). Hoewel Stichting Miletus eigenaar van de data is, kunnen deze wel worden opgevraagd. De andere helft van de lopende CQI-metingen (waaronder die met betrekking tot de VV&T, en op termijn ook de gehandicaptenzorg) vindt plaats op initiatief van de stuurgroepen van Zichtbare Zorg. Instellingen dragen in dit geval zelf zorg voor de metingen en zijn derhalve eigenaar van de data. Data komen periodiek beschikbaar via jaarrapportages (van individuele instellingen) en zijn opvraagbaar bij Zichtbare Zorg.

Voor wat betreft het gebruik van CQI-data zijn enkele lacunes aan te wijzen. Zoals uit het overzicht in Bijlage 5 valt af te lezen, worden er binnen de intramurale VV & GZ geen items uitgevraagd met betrekking tot toegankelijkheid. Binnen de beweegzorg worden er, met behulp van de CQI Fysiotherapie, wel items uitgevraagd over wacht- en openingstijden, maar niet over eigen bijdragen. Ook voor wat betreft de overige te onderzoeken zorgmarkten geldt dat toegankelijkheid doorgaans niet, of niet volledig<sup>19</sup> wordt uitgevraagd. CQI-items bieden al met al dus onvoldoende dekking voor de indicatoren.

Voor zover de indicatoren niet gedekt worden door CQI-data valt als alternatieve methode ook hier te denken aan bevraging via een panel. Waarom deze methode, met het oog op de overwegingen uit paragraaf 1.1, een aanbeveling geniet werd reeds uiteengezet bij het thema 'transparantie van keuze-informatie' (paragraaf 2.2.2). Uit te vragen items kunnen direct worden geënt op de indicatoren zoals benoemd in paragraaf 2.3.1. Suggesties voor vragen zijn te vinden in Bijlage 4a (intramurale VV & GZ) en Bijlage 4b (beweegzorg).

## **2.4 Marktgedrag**

Om zelfredzaam te kunnen zijn op de zorgmarkt is het voor de consument van belang dat er voor hem iets te *kies*en valt, dat hij terecht kan bij de zorgaanbieder van zijn eerste keuze en dat hij, wanneer hij dat wil, kan *overstappen* naar een andere aanbieder. Alleen wanneer de consument de vrijheid heeft om zelf te kiezen voor de aanbieder die het beste bij hem past, wordt het consumentenbelang optimaal bewaakt. De kernvraag die de NZa in het licht van de

---

<sup>19</sup> Voor sommige zorgmarkten wordt slechts een enkel aspect van toegankelijkheid uitgevraagd (bijvoorbeeld alleen wachttijden, en geen eigen bijdrage).

marktscan dan ook beantwoord wil zien, luidt: *'Kon de consument terecht bij de zorgaanbieder van zijn (initiële) keuze, en kon de consument, indien hij hier behoefte aan had, overstappen naar een andere zorgaanbieder?'*. Deze kernvraag wordt in paragraaf 2.4.1 vertaald naar specifiekere indicatoren, waarna mogelijke informatiebronnen worden besproken (paragraaf 2.4.2).

Zoals eerder al eerder werd opgemerkt hangen de verschillende thema's rondom marktgedrag conceptueel nauw samen waardoor enkele aspecten, die inhoudelijk sterk verband houden met kiezen en overstappen, eerder (bij het thema 'transparantie van keuze-informatie') al aan de orde kwamen. Hierdoor blijft er onder het thema marktgedrag een vrij minimale set over. Verder dient te worden opgemerkt dat er, voor wat betreft *overstappen*, niet zal worden gekeken naar second opinions; deze vallen buiten scope van marktscan.

### 2.4.1 *Indicatoren*

#### *Indicatoren met betrekking tot (zorg)registraties*

Net als bij de voorgaande thema's is ook hier gezocht naar een min of meer objectieve maat waartegen ervaringen van consument kunnen worden afgezet. Zo is de mogelijkheid onderzocht om, aan de hand van de afstand tussen het adres van de patiënt/cliënt en dat van (de praktijk van) de behandelaar, een beeld te schetsen van de mate waarin de consument *niet* naar de meest voor de hand liggende zorgaanbieder ging. De gedachte hierachter was dat de dichtstbijzijnde zorgaanbieder doorgaans de meest voor de hand liggende keuze is. De mate waarin consumenten van deze keuze afwijken zou goed iets kunnen zeggen over de mate waarin zij zich (hebben) laten leiden door keuze-informatie (Varkevisser, 2010). Een probleem dat zich hier, en meer specifiek met betrekking tot de intramurale VV & GZ, aandient is dat het woonadres van bewoners (zoals bekend via registraties) doorgaans samenvalt met dat van de zorginstelling. Daarnaast zijn instellingen vaak onderdeel van conglomeraten, en beschikken registraties in dit geval vaak enkel over de postcodes van de hoofdivisies. Dit gegeven maakt de bovengenoemde methode vooralsnog niet bruikbaar voor de pilotmarkt Intramurale VV & GZ. Omdat ook de validiteit van de methode (nog) niet onomstotelijk is vastgesteld, is besloten het thema marktgedrag vooralsnog enkel te vertalen naar indicatoren die betrekking hebben op consumentenraadpleging.

#### *Indicatoren met betrekking tot consumentenraadpleging*

Binnen een goed functionerende zorgmarkt kan de consument zorg ontvangen bij de zorgaanbieder van zijn eerste keuze. Het is daarom relevant om de volgende indicator in de marktscan op te nemen, en deze door middel van consumentenbevraging in te vullen:

- Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze

Voor de werking van het huidige zorgsysteem is het van belang dat de 'eerste keuze' het resultaat is van een proces waarin consumenten verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Twee vragen zijn hierbij relevant, te weten: (1) *willen* consumenten verschillende zorgaanbieders vergelijken, en (2) *kunnen* zij dit ook? De tweede vraag kwam deels aan bod in paragraaf 2.1, bij het thema 'transparantie van keuze-informatie'. De eerste is hier met name relevant. Het systeem kan er namelijk nog zo zeer op ingericht zijn dat er voor de consument



daadwerkelijk iets te kiezen valt, maar als blijkt dat hij dit simpelweg niet wil zal er geen marktwerking ontstaan. Het is dus van belang inzicht te hebben in de mate waarin de consument wil kiezen. De volgende indicatoren dienen derhalve te worden opgenomen in de marktscan:

- Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken
- Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken  
(*zorgconsumenten die niet meerdere zorgaanbieders met elkaar hebben vergeleken fungeren als teller bij de volgende verdiepingsvraag*)
  - Redenen waarom zorgconsumenten *niet* meerdere zorgaanbieders met elkaar hebben vergeleken<sup>20</sup>

Binnen het huidige systeem van gereguleerde marktwerking is het tevens van belang dat de consument, wanneer hij dit wil, kan overstappen naar een andere zorgaanbieder. Ook hier is het van belang inzicht te krijgen in de mate waarin mensen deze behoefte hebben, waarom ze deze hebben en in hoeverre ze, wanneer deze behoefte bestaat, ook daadwerkelijk terecht komen bij een andere zorgaanbieder. In de marktscan dienen de volgende indicatoren te worden opgenomen, en uitgevraagd onder consumenten:

- Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder  
(*zorgconsumenten die deze behoefte hebben gehad fungeren als teller bij de volgende verdiepingsvraag*)
  - Redenen waarom zorgconsumenten de behoefte hadden om over te stappen naar een andere zorgaanbieder<sup>21</sup>  
(*zorgconsumenten die de behoefte tot overstappen hebben gehad fungeren als teller bij de volgende indicator*)
- Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder  
(*zorgconsumenten die niet naar een andere zorgaanbieder zijn overgestapt fungeren als teller bij de volgende verdiepingsvraag*)
  - Redenen waarom zorgconsumenten *niet* zijn overgestapt naar een andere zorgaanbieder<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Hierbij kan onder meer worden gedacht aan onbekendheid met de plek waar men informatie over zorgaanbieders kan vinden, onbekendheid met de aspecten waarop men zorgaanbieders kan vergelijken en/of onbekendheid met het feit dat men zorgaanbieders überhaupt kan vergelijken.

<sup>21</sup> Hierbij kan onder meer worden gedacht aan logistieke overwegingen, een veranderde zorgvraag en/of ontevredenheid. Overigens kan hier binnen de zorgmarkt Beweegzorg een verdiepende vraag naar waargenomen substitueerbaarheid van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg worden opgenomen (zie Bijlage 4b).

<sup>22</sup> Hierbij kan onder meer worden gedacht aan onbekendheid met het feit dat men kan/mag overstappen, het niet kunnen vinden van een passend alternatief en/of het niet (tijdig) terecht kunnen bij een gevonden alternatief.

### 2.4.2 Informatie(bronnen)<sup>23</sup>

Zoals in de vorige paragraaf werd benoemd, is het thema marktgedrag enkel vertaald naar indicatoren die betrekking hebben op consumentenraadpleging. Voor zover bekend bestaat er ten aanzien van meningen en ervaringen van zorgconsumenten geen informatiebron die bruikbare<sup>24</sup> gegevens beschikbaar heeft. Echter, met behulp van gebruikerspanels kunnen (markt)specifieke groepen zorgconsumenten worden bevraagd. Waarom deze methode, met het oog op de overwegingen uit paragraaf 1.1, een aanbeveling geniet werd reeds eerder uiteengezet. Net als bij de vorige twee thema's kunnen uit te vragen items direct worden geënt op de indicatoren (zie paragraaf 2.4.1). Suggesties voor vragen zijn te vinden in Bijlage 4a (intramurale VV & GZ) en Bijlage 4b (beweegzorg).

## 2.5 Systeemuitlekomsten

Binnen een vraaggestuurde markt, die de kern vormt van het huidige zorgstelsel, is toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg het beoogde resultaat. De systeemuitlekomsten *kwaliteit*, *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid* zijn voor de NZa belangrijke maten waaraan het functioneren van de zorgmarkt (en meer specifiek: de zelfredzaamheid van de consument hierop) kan worden afgemeten. De kernvraag die de NZa in het licht van de marktscan dan ook beantwoord wil zien, is driedelig: (1) '*Hoe is het volgens de consument gesteld met de kwaliteit van zorg?*', (2) '*Hoe is het volgens de consument gesteld met de toegankelijkheid van zorg?*' en (3) '*Hoe is het volgens de consument gesteld met de betaalbaarheid van zorg?*'. Deze kernvragen worden in paragraaf 2.5.1 vertaald naar specifiekere indicatoren, waarna mogelijke informatiebronnen worden besproken (paragraaf 2.5.2).

### 2.5.1 Indicatoren

#### a. *Kwaliteit*

De kwaliteit van zorg laat zich lastig in enkele indicatoren vangen omdat zij uiteenlopende aspecten omvat. Zo stelt Arah (2005) dat *effectiviteit*, *veiligheid*, *tijdigheid* en *vraaggerichtheid* essentieel zijn voor kwaliteit, en in de Kwaliteitswet zorginstellingen worden ook de begrippen *doeltreffendheid* (effectiviteit) en *patiëntgerichtheid* genoemd. Dat het begrip 'kwaliteit van zorg' niet eenvoudig te duiden is, wordt versterkt door het feit dat, over zorgmarkten of -sectoren heen, de verschillende aspecten in verschillende mate lijken mee te wegen. Dit is logisch; iemand met een kwaadaardige borstafwijking is immers gebaat bij andersoortige zorg dan iemand die zich met rugpijn bij de fysiotherapeut meldt, of iemand

---

<sup>23</sup> Bij het benoemen van informatie(bronnen) ligt de nadruk op de twee pilotmarkten (de geschiktheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in Hoofdstuk 3). Dit zal echter op hoofdlijnen gebeuren; voor meer detail verwijzen wij naar bijlagen 1a en 1b. In deze bijlagen is (voor respectievelijk de intramurale VV & GZ en beweegzorg) op *indicatorniveau* een overzicht gegeven van mogelijke informatiebronnen, de bruikbaarheid van informatie, eventuele lacunes en suggesties voor aanvullend onderzoek. Tevens zijn hier, voor zover gevonden, uitkomsten gerapporteerd.

<sup>24</sup> Het beoordelen van de bruikbaarheid van informatie(bronnen) gebeurde op basis van de in paragraaf 1.1 (onder het kopje 'pilotmarkten') gestelde criteria.

die vanwege mobiliteitsproblemen in aanmerking komt voor thuiszorg. Hoe kwalitatief goede zorg zich laat definiëren, is dus voor een deel aandoening- of sectorgebonden.

#### *Indicatoren uit de Zorgbalans*

Omwille van doelmatigheid en consistentie is het wenselijk om op dit punt aan te sluiten bij de Zorgbalans. De Zorgbalans, uitgebracht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010) brengt de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg tweejaarlijks in kaart. Meer specifiek geeft de Zorgbalans een beeld van hoe het gesteld is met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland. Dit gebeurt aan de hand van ongeveer 125 indicatoren waarvan in de laatste Zorgbalans meer dan 10% op patiëntervaringen was gebaseerd.

Het beschrijven van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg gebeurt aan de hand van ongeveer 50 indicatoren die betrekking hebben op de domeinen *effectiviteit*, *patiëntveiligheid*, *vraaggerichtheid* en *coördinatie en afstemming*. Een deel van deze indicatoren is op patiëntervaringen gebaseerd. Dit is met name het geval bij het domein vraaggerichtheid, waar de zorggebruiker immers centraal staat. Een compleet overzicht van indicatoren is te vinden in de meest recente Zorgbalans (pag. 258-260; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010). Hieronder worden de indicatoren weergegeven die betrekking hebben op patiëntervaringen (het betreft hier voornamelijk vragen uit de CQ-index); hieruit kan mogelijk geput worden bij het in kaart brengen van het begrip 'kwaliteit' ten behoeve van de onderhavige marktscan.

#### *Effectiviteit van curatieve zorg*

- Ervaren vooruitgang in fysieke vermogens na operatie

#### *Effectiviteit van langdurige zorg*

- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat een goede lichamelijke verzorging ervaart
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat de zorg als professioneel en veilig ervaart

#### *Patiëntveiligheid*

- Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
  - fouten bij medicijnverstrekking
  - medische fout bij behandeling of verzorging
  - fout bij verstrekking onderzoeksuitslagen

#### *Vraaggerichtheid*

- Ervaren bejegening
- Ervaren beleefde behandeling
- Ontvangen van begrijpelijke uitleg
- Meebeslissen over de zorg
- Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers
- Vervulling zorgwensen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg

### *Coördinatie en afstemming*

- Mate waarin zorggebruikers zeggen vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen
- Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie
- Percentage chronisch zieken dat coördinatieproblemen ervaart bij de aanvraag van testen
- Begeleiding en informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis

### **b. Toegankelijkheid**

Toegankelijke zorg betekent dat "*personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening*" (Smits, Droomers & Westert, 2002). In paragraaf 2.3 onderscheiden we al temporele en financiële drempels, in de vorm van wachttijden en (respectievelijk) eigen bijdragen; operationalisering van deze concepten zijn te vinden in paragraaf 2.3.1. Daarnaast kunnen ook aspecten als reisafstand en openingstijden worden onderscheiden (waarvan de laatste ook in paragraaf 2.3.1 is geoperationaliseerd).

Toegankelijkheid van zorg is (naast kwaliteit en betaalbaarheid) één van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg die de Zorgbalans tweejaarlijks in kaart brengt. Dit gebeurt aan de hand van ongeveer 40 indicatoren die betrekking hebben op de domeinen *financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid)*, *geografische toegankelijkheid (bereikbaarheid)*, *temporele toegankelijkheid (tijdigheid)*, *toegankelijkheid naar behoefte*, *personeelsaanbod* en *keuzevrijheid*. Een deel van deze indicatoren is op patiëntervaringen gebaseerd. Een compleet overzicht van indicatoren is te vinden in de meest recente Zorgbalans (pag. 260-261; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010). Hieronder worden de indicatoren weergegeven die betrekking hebben op patiëntervaringen (het betreft hier voornamelijk vragen uit de CQ-index); hieruit kan mogelijk geput worden bij het in kaart brengen van het begrip 'toegankelijkheid' ten behoeve van de onderhavige marktscan.

#### *Financiële toegankelijkheid*

- Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg

#### *Tijdigheid van acute zorg*

- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden of wilden

#### *Tijdigheid van reguliere zorg*

- Percentage mensen dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn

#### *Toegankelijkheid naar behoefte*

- Afstemming van de geleverde zorg, onderzoek en behandeling op de behoefte
- Telefonische bereikbaarheid van de reguliere zorg tijdens kantooruren
- Bejegening door zorgverleners

#### *Personeelsaanbod*

- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis of verpleeghuis

#### *Keuzevrijheid*

- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Percentage verzekerden dat problemen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen

### **c. Betaalbaarheid**

Een optimaal functionerende zorgmarkt levert -naast kwalitatief goede en toegankelijke- ook betaalbare zorg op. Dit geldt zowel op microniveau (betaalbare basisverzekering en eigen bijdragen) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). In paragraaf 2.3 benoemden we betaalbaarheid van zorg als de financiële component van het (meer algemene) aspect toegankelijkheid. Operationalisering/ indicatoren met betrekking tot de eigen bijdrage werden reeds weergegeven in paragraaf 2.3.1.

Verder schetst de Zorgbalans tweejaarlijks, op macro- en mesoniveau, een beeld van de zorguitgaven en doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit wordt gedaan aan de hand van 30 indicatoren; patiëntervaringen maken hiervan geen onderdeel uit. Een compleet overzicht van indicatoren is te vinden in de meest recente Zorgbalans (pag. 261-262; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010).

## **2.5.2 Informatie(bronnen)<sup>25</sup>**

### *Informatie uit de Zorgbalans*

Zoals in de paragraaf hierboven al werd benoemd, levert de Zorgbalans tweejaarlijks gegevens over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg - deze zijn dus beschikbaar. Er is echter een lacune te benoemen; deze houdt verband met het feit dat de Zorgbalans niet zozeer prestaties van individuele zorgverleners of instellingen beoogt te meten, maar ernaar streeft om het functioneren van het *zorgsysteem* in zijn geheel in kaart te brengen. Om aan dit gegeven recht te doen, wordt bij het inzichtelijk maken van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid geen strikte sectorale indeling gehanteerd, maar meer een indeling die is geordend langs sectoroverstijgende begrippen als veiligheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid en keuzevrijheid. Het is daarom dus niet altijd mogelijk om, ten behoeve van de marktscan, marktspecifiek invulling te geven aan de indicatoren. Het verdient derhalve de aanbeveling om te onderzoeken in hoeverre er aansluiting kan worden gemaakt tussen de bestaande infrastructuur van de Zorgbalans en de informatiebehoefte in het kader van de marktscan.

### *Kwaliteitsinformatie zoals aangeleverd bij Zichtbare Zorg*

Voor wat betreft het thema 'kwaliteit', valt als aanvulling op de informatie uit de Zorgbalans verder te denken aan de sectorspecifieke gegevens die zorgaanbieders en -instellingen periodiek bij Zichtbare Zorg<sup>26</sup> aanleveren. Deze gegevens hebben deels betrekking op de

<sup>25</sup> Bij het benoemen van informatie(bronnen) ligt de nadruk op de twee pilotmarkten (de geschiktheid van de gehanteerde methode voor overige zorgmarkten volgt in Hoofdstuk 3). Dit zal echter op hoofdlijnen gebeuren; voor meer detail verwijzen wij naar bijlagen 1a en 1b. In deze bijlagen is (voor respectievelijk de intramurale VV & GZ en beweegzorg) op *indicatorniveau* een overzicht gegeven van mogelijke informatiebronnen, de bruikbaarheid van informatie, eventuele lacunes en suggesties voor aanvullend onderzoek. Tevens zijn hier, voor zover gevonden, uitkomsten gerapporteerd.

<sup>26</sup> Zichtbare Zorg is een programma dat in 2007 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en in opdracht van het Ministerie van VWS, is opgericht. Binnen dit programma ontwikkelen verschillende stuurgroepen sectorspecifieke indicatorensets; deze sets leveren informatie op voor onder meer zorggebruikers, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid. De zorgsectoren en bijbehorende indicatorensets -voor zover ontwikkeld- zijn te vinden op de website ([www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)).

professionele kwaliteit van de geleverde zorg, en deels op de kwaliteit van zorg zoals door de patiënt/cliënt waargenomen (dit laatste wordt gemeten door middel van de CQ-index). Gegevens worden uiteindelijk openbaar gemaakt via kiesBeter, maar zijn (in sommige gevallen) ook opvraagbaar bij Zichtbare Zorg. Een lacune die hierbij valt aan te tekenen is dat nog niet voor alle zorgmarkten/sectoren indicatorensets zijn vastgesteld, of worden uitgevraagd. Voor zover er uitvraag plaatsvindt, zijn de gegevens nog niet voor alle zorgmarkten/sectoren openbaar of opvraagbaar; dit geldt bijvoorbeeld voor de gehandicaptenzorg.

### 3 Generaliseerbaarheid naar overige zorgmarkten

De marktscan moet het mogelijk maken om over verschillende zorgmarkten heen te kijken; hierbij zal niet alleen -per zorgmarkt- naar ontwikkelingen door de tijd heen worden gekeken, maar zullen zorgmarkten ook met elkaar worden vergeleken. Het is dus van belang dat de methode, zoals in het voorgaande hoofdstuk beschreven, toepasbaar is op meer zorgmarkten dan enkel de twee pilotmarkten. In dit hoofdstuk beschrijven we in hoeverre de voor de twee pilotmarkten gehanteerde methode generaliseerbaar is naar overige zorgsectoren. Meer specifiek benoemen we in hoeverre er, uitgaande van de indicatoren en (aanvullende) informatiebronnen uit hoofdstuk 2, bruikbare informatie kan worden verzameld ten behoeve van marktscans binnen de extramurale VV & GZ (paragraaf 3.1), curatieve GGZ (paragraaf 3.2) en medisch-specialistische zorg (paragraaf 3.3).

#### 3.1 Extramurale VV & GZ

Voor alle thema's (i.e., transparantie van keuze-informatie, belemmeringen bij toegankelijkheid, marktgedrag en systeemuitkomsten) geldt dat voor het grootste deel dezelfde indicatoren kunnen worden gebruikt als bij intramurale VV & GZ (zie Bijlage 2a) dezelfde informatiebronnen<sup>27</sup> worden geraadpleegd. Verwacht wordt dat eventuele lacunes zich hier op dezelfde punten zullen voordoen (en van dezelfde aard zullen zijn) als binnen de zorgmarkt intramurale VV & GZ.

#### 3.2 Curatieve GGZ

##### 3.2.1 *Transparantie van keuze-informatie*

De indicatoren zoals vastgesteld in hoofdstuk 2 zullen naar verwachting zonder al te veel problemen kunnen worden gebruikt in een marktscan binnen de zorgmarkt (curatieve) GGZ. Voor zover bekend zijn er binnen deze sector geen gegevens beschikbaar ten aanzien van transparantie van keuze-informatie. Echter, met behulp van gebruikerspanels zou een specifieke groep cliënten binnen de (curatieve) GGZ kunnen worden bevroegd; op dit punt kan worden gedacht aan raadpleging van het Consumentenpanel (zie Bijlage 3).

---

<sup>27</sup> Voor wat betreft de CQ-index als informatiebron worden er zowel binnen de VV&T als binnen de gehandicaptenzorg verschillende lijsten voor intramurale en extramurale zorg uitgezet - zowel onder cliënten zelf als onder vertegenwoordigers van cliënten. Als vanzelf spreekt dat daar waar de intramurale lijsten (i.e., de CQI Verpleging en Verzorging en de CQI Verstandelijk Gehandicapten/wonen) konden worden gebruikt voor de zorgmarkt intramurale V&V en GZ, hier de extramurale lijsten (i.e., de CQI Thuiszorg en de CQI Verstandelijk Gehandicapten/ambulante zorg) kunnen worden geraadpleegd. Voor wat betreft raadpleging een panel geldt dat er (al dan niet na screening, wat gerichte benadering mogelijk maakt) een specifieke groep (naast van) cliënten van de *extramurale V&V* en GZ dient te worden bevroegd.

### **3.2.2 *Belemmeringen bij toegankelijkheid***

Gegevens over wachttijden zijn -voor zover bekend- niet beschikbaar voor wat betreft de volle breedte van de (curatieve) GGZ. Wel beschikt het NIVEL, via een netwerk van 650 eerstelijns psychologen, over wachttijdgegevens binnen de eerstelijns GGZ. Wettelijke eigen bijdragen zijn vastgelegd in het Basispakket Zorgverzekering (dekking en eigen risico; zie [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)). Voor wat betreft subjectieve toegankelijkheid bevat de CQI Klinische GGZ en verslavingszorg items over wachttijden en openingstijden (zie Bijlage 5). Hierbij dient te worden opgemerkt dat CQI-metingen binnen de GGZ pas sinds kort plaatsvinden, en gegevens vooralsnog niet worden vrijgegeven. Mogelijk komen deze gegevens in de toekomst beschikbaar (via Zichtbare Zorg, kiesBeter en/of jaarverslagen van instellingen). Met behulp van gebruikerspanels zou echter een specifieke groep cliënten binnen de (curatieve) GGZ over dit thema kunnen worden bevroegd.

### **3.2.3 *Marktgedrag***

Voor zover bekend bestaan er met betrekking tot de (curatieve) GGZ geen informatiebronnen die invulling geven aan de indicatoren rondom kiezen en overstappen. Ook hier kan echter weer worden gedacht aan de inzet van gebruikerspanels.

### **3.2.4 *Systeemuitskomsten***

De Zorgbalans levert tweejaarlijks gegevens over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zoals bij de beschrijving van de pilotmarkten al werd benoemd, wordt hier bij het inzichtelijk maken van systeemuitskomsten geen strikte sectorale indeling gehanteerd, maar meer een indeling die is geordend langs sectoroverstijgende begrippen. Het is daarom dus niet altijd mogelijk om, ten behoeve van de marktscan, marktspecifiek invulling te geven aan de indicatoren – dit geldt ook voor de (curatieve) GGZ. Als aanvulling op het thema 'kwaliteit' kan in de toekomst worden gedacht aan kwaliteitsinformatie die zorgaanbieders en -instellingen periodiek bij Zichtbare Zorg aanleveren, en welke uiteindelijk openbaar wordt via kiesBeter (of opvraagbaar is bij Zichtbare Zorg). Echter, omdat metingen binnen de GGZ in de beginfase verkeren, kan er vooralsnog niet over gegevens worden beschikt.

## **3.3 *Medisch-specialistische zorg***

### **3.3.1 *Transparantie van keuze-informatie***

De indicatorenset zoals vastgesteld in hoofdstuk 2 zal naar verwachting zonder al te veel aanpassingen kunnen worden gebruikt in een marktscan binnen de medisch-specialistische zorg. Voor zover bekend bestaat er binnen deze sector geen registratie die een volledig en actueel inzicht biedt in de mate van transparantie van keuze-informatie. Echter, met behulp van gebruikerspanels zou een specifieke groep ziekenhuispatiënten hierover kunnen worden bevroegd. Het Consumentenpanel biedt op dit punt mogelijk uitkomst (zie Bijlage 3).



### 3.3.2 *Belemmeringen bij toegankelijkheid*

Mediquest verzamelt wachttijden binnen de ziekenhuiszorg; zij verzamelt de gegevens deels via sites van ziekenhuizen en ontvangt ze voor een deel van ziekenhuizen zelf. Aangetekend dient te worden dat niet duidelijk is in hoeverre deze gegevens betrouwbaar/valide zijn, en dat er mogelijk kosten zijn verbonden aan het opvragen van deze informatie. Daarnaast dient te vraag te worden gesteld in hoeverre wachtlijstgegevens inzicht bieden in wachttijden *na* een eerste bezoek (theoretisch kunnen er andere wachttijden bestaan voor latere consulten). Wettelijke eigen bijdragen zijn vastgelegd in het Basispakket Zorgverzekering (dekking en eigen risico; zie [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)). Voor wat betreft subjectieve toegankelijkheid bevatten ziekenhuisgerelateerde CQ-indexen items over wachttijden en openingstijden (zie Bijlage 5). Stichting Miletus voert sinds 2009 om de twee jaar CQI-metingen uit, data zijn opvraagbaar. Als aanvulling hierop kan ook hier worden gedacht aan consumentenbevraging (zie Bijlage 3).

### 3.3.3 *Marktgedrag*

Voor zover bekend bestaan er met betrekking tot de medisch-specialistische zorg geen informatiebronnen die invulling geven aan de indicatoren rondom kiezen en overstappen. Ook hier kan echter weer worden gedacht aan de inzet van gebruikerspanels.

### 3.3.4 *Systeemuitskomsten*

Net als bij de eerdergenoemde zorgmarkten kan aansluiting worden gezocht bij de Zorgbalans, maar ook hier geldt het bezwaar dat deze geen strikte sectorale indeling hanteert (wat met het oog op de marktscan wel wenselijk is). Als aanvulling op het thema 'kwaliteit' kan worden gedacht aan kwaliteitsgegevens die worden verzameld door Zichtbare Zorg en/of Stichting Miletus<sup>28</sup>. Deze gegevens worden uiteindelijk openbaar gemaakt via kiesBeter, maar zijn in sommige gevallen ook opvraagbaar (bij Zichtbare Zorg en/of Stichting Miletus).

---

<sup>28</sup> Stichting Miletus zet periodiek de algemene CQ-index Ziekenhuisopname uit, alsmede de ziekenhuisgerelateerde CQI's 'Heup-/knieoperatie', 'Mammacare (goedaardig)', 'Mammacare (kwaadaardig)', 'Reumatoïde Artritis', 'Rughernia', 'Spataderen' en 'Staaroperatie'. De vragenlijsten zijn te vinden op de site van het Centrum Klantervaring Zorg ([www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)).



## 4 Samenvatting en conclusie

Het doel van het hier beschreven project was om te komen tot een set van indicatoren en informatiebronnen waarmee de NZa, door middel van een 'quick-scan' over verschillende zorgmarkten, informatie kan verzamelen over meningen en ervaringen van zorgconsumenten ten aanzien van marktgedrag. Op basis van uitkomsten van deze marktscans beoogt de NZa structureel en proactief te kunnen beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet, en eventueel verdiepend onderzoek toepast. In het licht van de te bewaken publieke belangen dient bij het vormgeven en invullen van de indicatoren voldoende recht te worden gedaan aan het consumentenperspectief.

### *Indicatoren*

Om te beginnen is geschetst hoe de verschillende aspecten rondom marktgedrag zich tot elkaar verhouden. Gesteld werd dat, binnen het systeem van een vraaggestuurde markt, *transparantie van keuze-informatie* en *toegankelijkheid van zorg* twee noodzakelijke voorwaarden zijn voor optimaal *marktgedrag* (i.e. kiezen en overstappen door de zorgconsument). Wanneer de zorgmarkt optimaal functioneert resulteert dit in kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg; *kwaliteit*, *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid* worden daarom ook wel systeemuitkomsten genoemd. De bovenstaande concepten vormen voor de NZa belangrijke maten waaraan het functioneren van de zorgmarkt (en meer specifiek: de zelfredzaamheid van de consument hierop) kan worden afgemeten; deze begrippen zijn dan ook vertaald naar (meetbare) indicatoren. Het formuleren/uitwerken van de indicatoren is, met het oog op het doel van de marktscan (i.e., het kunnen vergelijken van verschillende zorgmarkten), zoveel mogelijk generiek -dus geldend voor verschillende zorgmarkten- gedaan. Het consumentenperspectief vormde altijd het uitgangspunt. Een volledig overzicht van de indicatoren die ten behoeve van de marktscan zijn ontwikkeld, is te vinden in Bijlage 6.

### *Informatiebronnen, bruikbaarheid van informatie en wegnemen van lacunes*

Bij het benoemen van informatiebronnen lag de nadruk eveneens op de waarneming van de consument, en werd er gezocht naar informatie afkomstig uit patiënt- of cliëntbevestigingen. Als aanvulling hierop werd gezocht naar min of meer objectieve bronnen, zoals (zorg)registraties. Vooral rondom het thema (*belemmeringen bij*) *toegankelijkheid* vonden we bronnen die bruikbare informatie opleveren. Zo worden consumenten, door middel van onderzoek met de CQ-index, periodiek bevraagd over thema's rondom toegankelijkheid. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit niet binnen alle zorgmarkten het geval is en dat beschikbaarheid van CQI-gegevens bovendien niet vanzelfsprekend is. Als aanvulling kan dan ook worden gedacht aan de Zorgthermometer van Vektis, die jaarlijks gegevens openbaart over wachttijden binnen de AWBZ-zorg, en aan actuele informatie over eigen bijdragen die te vinden is op diverse websites. Indien gewenst zou de NZa voor aanvullende informatie rondom dit thema ook kunnen overwegen om periodiek consumenten-

raadplegingen uit te zetten. Te denken valt hierbij aan de panels van het NIVEL.

Voor wat betreft de thema's *transparantie van keuze-informatie* en *marktgedrag* was de zoektocht naar informatie minder vruchtbaar; hier werden geen bronnen (noch patiëntervaringen, noch zorgregistraties) gevonden die gegevens ter invulling van de indicatoren zouden kunnen opleveren. Het verdient daarom de aanbeveling op deze punten naar nieuwe input te zoeken; hier kan worden gedacht aan het periodiek uitzetten van consumentenraadplegingen. Belangrijke overwegingen hierbij zijn dat er tijdig en op continue basis dataverzameling onder grote groepen zorgconsumenten kan plaatsvinden. Bij de uitvraag moet het mogelijk zijn om indicatoren te schrappen, toe te voegen (bijvoorbeeld voor verdiepende monitors) of te wijzigen wanneer de marktscans daartoe aanleiding zouden geven. Verder is het wenselijk om onderwerpen in samenhang uit te kunnen vragen, en om specifieke consumentengroepen (zoals bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten) gericht te kunnen benaderen. Verder dient de respons hoog genoeg te zijn, aangezien dit de datakwaliteit en validiteit van meetresultaten ten goede komt. Periodieke bevraging via een landelijk representatief panel waarbij in één keer naar verschillende zorgmarkten wordt gekeken is bovendien kosteneffectief. De exacte kostenbepaling zal echter van verschillende zaken afhangen, zoals de beoogde precisie van data en het aantal en type te bestuderen zorgmarkten. Het gebruiken van panels voor dergelijk onderzoek ligt voor de hand, bijvoorbeeld de NIVEL-panels.

Ten aanzien van de *stysteemuitkomsten* (en *kwaliteit van zorg* in het bijzonder) is het omwille van doelmatigheid en consistentie wenselijk om op termijn aansluiting te zoeken bij de Zorgbalans van het RIVM. De Zorgbalans brengt tweejaarlijks in kaart hoe het gesteld is met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland. Het patiëntperspectief speelt hierbij een belangrijke rol. De Zorgbalans heeft als doel om op landelijk niveau de prestaties van de gezondheidszorg in kaart te brengen; hierbij wordt geen sectorale indeling gehanteerd. Het is daarom dus niet altijd mogelijk om, ten behoeve van de marktscan, marktspecifiek invulling te geven aan de indicatoren. Het verdient daarom de aanbeveling om te onderzoeken in hoeverre er aansluiting kan worden gemaakt tussen bestaande infrastructuur van de Zorgbalans en de informatiebehoefte in het kader van de marktscan; hierbij kan gedacht worden aan kiezen voor eenzelfde type indicator. Als eerste stap in dit proces kan met betrekking tot de twee pilotmarkten worden geïnventariseerd welke informatie beschikbaar is waarmee de indicatoren voor kwaliteit en toegankelijkheid zoals ze in de Zorgbalans worden gebruikt voor specifieke deelmarkten gevuld kunnen worden. Als eventuele aanvulling op het thema kwaliteit van zorg kan verder worden gedacht aan de sectorspecifieke gegevens die zorgaanbieders en -instellingen periodiek bij Zichtbare Zorg aanleveren. Hierbij moet worden opgemerkt dat nog niet voor alle zorgmarkten/sectoren indicatorensets zijn vastgesteld of worden uitgevraagd, en dat beschikbaarheid van gegevens derhalve niet voor alle zorgmarkten/sectoren vanzelfsprekend is.

### *Conclusie*

Het onderhavige project heeft een set van indicatoren opgeleverd die (a) meetbaar en valide kunnen worden geacht, en die (b) tegemoet komen aan de informatiebehoefte die de NZa in het licht van de marktscan heeft. Ook is er een aantal bronnen benoemd die informatie leveren ter invulling van deze indicatoren; het betreft hier gegevens uit (zorg)registraties en uit

consumentenraadplegingen (i.e., data uit de CQ-index) die inzicht verschaffen over de toegankelijkheid van zorg. Bij een groot deel van de indicatoren moesten we echter lacunes aantekenen, wat inhoudt dat we überhaupt geen informatie(bronnen) vonden, of dat de informatie uit gevonden bronnen inhoudelijk of qua aggregatieniveau niet aansloot op de marktscan. Voor een deel van deze lacunes (i.e., daar waar überhaupt geen informatie beschikbaar was, zoals op de thema's 'transparantie van keuze-informatie' en 'marktgedrag') stellen we voor om te zoeken naar nieuwe informatie, bijvoorbeeld door het periodiek uitzetten van consumentenraadplegingen. Daar waar bestaande informatie niet goed aansluit op de behoefte van de marktscans (dit is met name het geval op de thema's 'belemmeringen bij toegankelijkheid' en 'kwaliteit van zorg') adviseren wij om te onderzoeken in hoeverre er aansluiting kan worden gemaakt tussen bestaande infrastructuren en de informatiebehoefte in het kader van de marktscan.



## Bronnen

- Arah, O. A. (2005). Performance reexamined: Concepts, content and practice of measuring health system performance (*dissertatie*). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Brabers, A. E. M., Reitsma-van Rooijen, M. & de Jong, J. D. (2011). Consumentenpanel gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel. Utrecht: NIVEL, 2011.
- Consumentenbond (2010). Het verschil tussen kiezen en een geïnformeerde keuze. Presentatie op het Symposium "Vijf jaar kiesBeter.nl" (Utrecht, 11 maart 2010).
- Motivaction & Praktijk Index (2009). Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009). Zicht op Toezicht. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2007). (In) het belang van de consument. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing Versus Satisficing: Happiness Is a Matter of Choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1178-1197.
- Smits, J. P. J. M., Droomers, M., Westert, G.P. (2002). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Varkevisser, M. (2009). Patient Choice, Competition and Antitrust Enforcement in Dutch Hospital Markets (*dissertatie*). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Westert, G. P., van den Berg, M. J., Zwakhals, S. L. N., Heijink, R., de Jong, J. D., & Verkleij, H (redactie). (2010). Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- [www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)
- [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- [www.independer.nl](http://www.independer.nl)
- [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl)
- [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
- [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

## Bijlage 1: Geconsulteerde experts

<b>Expert</b>	<b>Functie</b>	<b>Orgaan/Instituut</b>
dhr. R. Croes	beleidsmedewerker	NZa
mevr. L. Ghirlanda	beleidsmedewerker	NZa
mevr. M. de Groot	beleidsmedewerker	NZa
mevr. M. Hendriks	onderzoeker Patiëntenperspectief / Vraaggestuurde zorg	NIVEL
mevr. J. de Jong	programmaleider Zorgstelsel en Sturing, projectleider Consumentenpanel	NIVEL
dhr. E. Koek	beleidsmedewerker	NZa
mevr. E. Kogel	beleidsmedewerker	NZa
dhr. T. Neven	beleidsmedewerker	NZa
mevr. J. Peeters	senior onderzoeker AWBZ-zorg	NIVEL
mevr. M. Reitsma	onderzoeker Consumentenpanel	NIVEL
mevr. L. Schakel	beleidsmedewerker	NZa
mevr. I. Seinen	beleidsmedewerker	NZa
dhr. B. Simmelink	beleidsmedewerker	NZa
dhr. I. Vermeulen	beleidsmedewerker	NZa
dhr. F. Visser	beleidsmedewerker	NZa



## Bijlage 2a: Overzicht van indicatoren, informatie(bronnen), lacunes en alternatieve bronnen voor de pilotmarkt Intramurale VV & GZ

De onderstaande tabellen geven, specifiek voor de pilotmarkt *Intramurale VV & GZ* en per indicator, een overzicht van de informatie die de in hoofdstuk 2 genoemde bronnen opleveren. De tabellen geven tevens weer hoe bruikbaar<sup>29</sup> deze informatie is, welke lacunes er overblijven en op welke manier aanvullend onderzoek deze lacunes alsnog zou kunnen wegnemen.

De volgende thema's komen aan de orde: 'transparantie van keuze-informatie' (Tabel 1), 'belemmeringen bij toegankelijkheid' (Tabel 2), 'marktgedrag' (Tabel 3) en systeemuitkomsten (tabellen 4 t/m 7). De indicatoren zoals benoemd in hoofdstuk 2 zijn steeds in de linker kolom opgenomen; in de bijbehorende rij zijn steeds bronnen, bruikbaarheid en (daar waar deze werden gevonden) concrete uitkomsten weergegeven. Daar waar geen bronnen en/of uitkomsten werden gevonden, wordt dit aangegeven door een streepje (-). Voor zover relevant is per indicator gekeken naar de beschikbaarheid van informatie uit (zorg)registraties en uit consumentenraadpleging. Daar waar indicatoren niet voldoende door reeds beschikbare informatie(bronnen) worden ingevuld, worden alternatieve (informatie-) bronnen aangedragen.

Tabel 1: Transparantie van keuze-informatie

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
Het aantal bronnen (websites) dat vergelijkende keuze-informatie presenteert	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
	-	-	-
Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen	<i>Alternatieve invulling: Tellen van bronnen (websites e.d.). In eerste instantie kan gekeken worden op websites van instellingen zelf, en op vergelijkingsites als kiesBeter.nl. Eventueel zullen de door consumenten aangedragen bronnen (op de indicator 'Welke bronnen hebben een rol gespeeld bij de keuze?') hierop gaandeweg ook input leveren.</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		

- Tabel 1 wordt vervolgd -

<sup>29</sup> Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van informatie(bronnen) is rekening gehouden met de overwegingen die, ten aanzien van dataverzameling, voor de NZa van belang zijn (zie paragraaf 1.1, onder het kopje 'pilotmarkten').

- vervolg Tabel 1 -

<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Bruikbaarheid van informatie</b>	<b>Uitkomst</b>
Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
<b>Persoonsgebonden kenmerken ten behoeve van segmentering</b>	<b>Bron</b>	<b>Bruikbaarheid van informatie</b>	<b>Uitkomst</b>
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
Geslacht van zorgconsument	<i>Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	-	-	-
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
Leeftijd van zorgconsument	<i>Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	-	-	-
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
Opleidingsniveau van zorgconsument	<i>Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	-	-	-
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
De mate waarin de zorgvraag gepaard ging met spoed	<i>Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	-	-	-
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
De mate waarin er bij de zorgvraag sprake was van een doorverwijzing	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	<i>n.v.t.</i>		
	<i>n.v.t.</i>		
De mate waarin er de bij zorgvraag sprake was van een chronische ziekte	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	<i>n.v.t.</i>		
	<i>n.v.t.</i>		

Tabel 2: Belemmeringen bij toegankelijkheid

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Wachttijd</i>			
De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg <sup>30</sup>	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
	Vektis' Zorgthermometer	In de Zorgthermometer verschijnen jaarlijks gegevens vanuit de AZR-registratie	<u>2009</u> 82% van de gerealiseerde zorg is binnen de Treeknorm geleverd
	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	NZA gebruikt deze gegevens reeds	<i>bekend bij de NZa</i>
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat bij het verstrijken van de wachttijd: a) een gesprek had met de zorgverlener b) een diagnose kreeg toegewezen c) werd behandeld	<i>n.v.t.</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>			
De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		

- Tabel 2 wordt vervolgd -

<sup>30</sup> Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling volgens Treeknorm: 80 % binnen drie weken, maximaal vier weken (bron: www.treeknorm.nl)

- vervolg Tabel 2 -

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
Eigen bijdrage			
De gemiddelde eigen bijdrage	<p><i>Informatie uit (zorg)registraties</i></p> <p>www.hetcaak.nl www.rijksoverheid.nl</p>	<p>De meest actuele maximale eigen bijdragen zijn op deze websites te vinden.</p>	<p><u>2011</u> De maximale <i>hoge</i> eigen bijdrage bedraagt € 2097,40 per maand, de maximale <i>lage</i> eigen bijdrage € 764,40 per maand.</p> <p><u>2010</u> De maximale <i>hoge</i> eigen bijdrage bedraagt € 2.081,60 per maand, de maximale <i>lage</i> eigen bijdrage € 758,65 per maand.</p> <p><u>2009</u> De maximale <i>hoge</i> eigen bijdrage bedraagt € 1.838,60 per maand, de maximale <i>lage</i> eigen bijdrage € 741,20 per maand.</p>
	<p><i>Informatie uit consumentenraadpleging</i></p>		
	-	-	-
	<p><i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i></p>		

- Tabel 2 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 2 -

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
De gemiddelde eigen bijdrage die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen	<i>n.v.t.</i> <sup>31</sup>		
Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
<i>Overig</i>			
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen <sup>32</sup> , wel eens van heeft afgezien een zorgaanbieder te benaderen	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>			

<sup>31</sup> Volwassenen die AWBZ-hulp krijgen via het zorgkantoor, moeten daarvoor een eigen bijdrage betalen (de eigen bijdrage geldt niet voor kinderen). Er zijn twee soorten eigen bijdragen; de *lage* en de *hoge* eigen bijdrage. De *lage* eigen bijdrage betaalt men de eerste zes maanden, of wanneer de cliënt in een specifieke situatie verkeert (zie [www.hetcaak.nl](http://www.hetcaak.nl)). De hoogte van de (lage en hoge) bijdragen hangt af van inkomen, leeftijd en gezinssituatie. Het kan binnen de intramurale AWBZ-zorg voorkomen dat AOW en pensioen tezamen niet volstaan; deze worden dan ingehouden, en de cliënt ontvangt zak- en kleedgeld (in dit geval is er geen sprake van een direct door de cliënt ervaren eigen bijdrage).

<sup>32</sup> Op voorhand bekende lange wachttijden, hoge eigen bijdragen of beperkte openingstijden.

Tabel 3: Marktgedrag

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Initiële keuze</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
<i>Overstappen</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4a)</i>		

Tabel 4: Kwaliteitsinformatie uit de Zorgbalans

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Effectiviteit van langdurige zorg</i>	
Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat een goede lichamelijke verzorging ervaart	Ruim 60% van de bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging ervoer de lichamelijke verzorging in 2008 altijd als goed* <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>
Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat de zorg als professioneel en veilig ervaart	Cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging ervoeren de zorg in 2008 doorgaans als professioneel en veilig (gemiddelde score van 3,47 op een 4-puntsschaal [1=nooit, 2=soms, 3=meestal en 4=altijd goede ervaringen])* <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>
<i>Patiëntveiligheid</i>	
Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals fouten bij medicijnverstrekking, medische fout bij behandeling of verzorging, of fout bij verstreking onderzoeksuitslagen	In 2008 vond 17% van de chronisch zieke patiënten in Nederland dat tijdens hun behandeling of verzorging de afgelopen twee jaar een fout is gemaakt <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
<i>Vraaggerichtheid</i>	
Ervaren bejegening	Negen van de tien patiënten waren tussen 2005 en 2008 positief over de wijze waarop zij worden bejegend door zorgverleners <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
Ervaren beleefde behandeling	In 2006 gaf ongeveer 70% van de V&V-clënten, en iets meer dan 60% van hun vertegenwoordigers, aan altijd beleefd te zijn behandeld <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>
Ontvangen van begrijpelijke uitleg	In 2006 gaf ongeveer 55% van de V&V-clënten aan dat zij altijd begrijpelijke uitleg hadden gekregen <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>
Meebeslissen over de zorg	In 2006 gaf ongeveer 20% van de V&V-clënten aan dat zij altijd mochten meebeslissen over de geboden zorg <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>

- Tabel 4 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 4 -

Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers	In 2006 gaf ongeveer 40% van de V&V-cliënten, en ongeveer 20% van hun vertegenwoordigers, aan dat zorgverleners altijd voldoende tijd voor de bewoner namen <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>
<b>Thema's en indicatoren</b>	<b>Uitkomsten (en evt. lacunes)</b>
<i>Coördinatie en afstemming</i>	
Mate waarin zorggebruikers zeggen vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen	<i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie	In 2007 gaf ongeveer 60% van de vertegenwoordigers van minderjarige GZ-cliënten, en ongeveer 55% de vertegenwoordigers van volwassen GZ-cliënten, aan dat zorgverleners nooit tegenstrijdige adviezen gaven <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V</i>

\* meer gedetailleerde informatie is te vinden in de Zorgbalans (Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010)



Tabel 5: Toegankelijkheidsinformatie uit de Zorgbalans

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Financiële toegankelijkheid</i>	
Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg	Ongeveer 3% van de Nederlandse bevolking met een chronische ziekte gaf in 2008 aan de afgelopen twee jaar vanwege de kosten wel eens te hebben afgezien van een artsbezoek. <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
<i>Tijdigheid van reguliere zorg</i>	
Percentage mensen dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn	Voor 22,3% van de mensen die zorg ontvangen, vormt het wachten op zorg een probleem (2008) <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
<i>Toegankelijkheid naar behoefte</i>	
Bejegening door zorgverleners	Bijna 95% van de bevolking vindt dat ze prettig bejegend worden in de zorg (2008) <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale V&amp;V en/of GZ</i>
<i>Personeelsaanbod</i>	
Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis of verpleeghuis	Cliënten van instellingen voor verpleging en verzorging ervoeren dat er in 2007 en 2008 meestal voldoende personeel beschikbaar was (op een 4-puntsschaal [1=nooit, 2=soms, 3=meestal en 4=altijd goede ervaringen] 2,94 in 2007 en 2-98 in 2008) <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de intramurale GZ</i>

*Kwaliteitsinformatie zoals aangeleverd bij Zichtbare Zorg*

Bij de op te zetten marktscan wordt een onderscheid gemaakt tussen de zorgmarkten intramurale VV & GZ en extramurale VV & GZ. Dit onderscheid staat haaks op het onderscheid dat gemaakt wordt bij de vaststelling, uitvraag en terugkoppeling van kwaliteit(sindicatoren); dit gebeurt namelijk apart voor de sectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (ouderenzorg, zowel intra- als extramuraal) en Gehandicaptenzorg (minderjarigen en volwassenen, eveneens intra- en extramuraal). Hieronder worden derhalve twee indicatorsets weergegeven, namelijk die met betrekking tot de intramurale V&V (Tabel 6) en de intramurale GZ (Tabel 7).

Tabel 6: Indicatorenset intramurale verpleging en verzorging

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Kwaliteit van leven</i>	
1 Lichamenlijk welbevinden en gezondheid	
1.1 ervaringen met lichamenlijke verzorging	<i>Openbare data komen beschikbaar via kiesBeter; bij Zichtbare Zorg (en voorheen bij het CIBG) kunnen dataverzoeken worden gedaan</i>
1.2 ervaringen met maaltijden	<i>idem</i>
2 Woon- en leefsituatie	
2.1 ervaringen met schoonmaken	<i>idem</i>
2.2 ervaren sfeer	<i>idem</i>
2.3 ervaren privacy en woonruimten	<i>idem</i>
2.4 ervaren veiligheid woon- en leefomgeving	<i>idem</i>
3 Participatie	
3.1 ervaringen met dagbesteding en participatie	<i>idem</i>
3.2 ervaren zelfstandigheid/autonomie	<i>idem</i>
4 Mentaal welbevinden	
4.1 ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	<i>idem</i>

- Tabel 6 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 6 -

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Kwaliteit van de zorgverleners, kwaliteit van de zorgorganisatie en zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</i>	<i>Kwaliteit van de zorgverleners, kwaliteit van de zorgorganisatie en zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</i>
5 Kwaliteit van de zorgverleners	
5.1 ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	idem
5.2 ervaren bejegening	idem
5.3 ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	idem
6 Kwaliteit van de zorgorganisatie	
6.1 ervaringen met zorgleefplan en evaluatie	idem
6.2 ervaren inspraak en overleg	idem
6.3 ervaren informatie	idem
6.4 ervaren telefonische bereikbaarheid	idem
6.5* ervaren samenhang in zorg	idem
6.6 ervaren beschikbaarheid personeel	idem
6.7 beschikbaarheid verpleegkundige	idem
6.8 beschikbaarheid arts	idem
6.9 bekwaamheid voorbeh. en risicovolle handelingen	idem
7 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid	
7.1 Risicosignalering zorgproblemen	
a uitvoering	idem
b opvolging	idem
7.2 huidletsel	idem

- Tabel 6 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 6 -

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
7 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid	
7.3 voedingstoestand	
a* risico op ondervoeding	<i>idem</i>
b onbedoeld gewichtsverlies	<i>idem</i>
7.4 valincidenten	<i>idem</i>
7.5 medicijnincidenten	<i>idem</i>
7.6 antipsychotica	<i>idem</i>
7.7 depressieve symptomen	<i>idem</i>
7.8 incontinentie	
a prevalentie	<i>idem</i>
b diagnose	<i>idem</i>
7.9 probleemgedrag	<i>idem</i>
7.10 vrijheidsbeperkende maatregelen	
a prevalentie	<i>idem</i>
b toepassing	<i>idem</i>
c effectevaluatie	<i>idem</i>
d afbouw	<i>idem</i>
7.11* preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen	<i>idem</i>
7.12 ervaren respectering rechten vrijheidsbeperking	<i>idem</i>
7.13 hitteprotocol	<i>idem</i>
7.14 noodvoorziening bij stroomuitval	<i>idem</i>

Indicatoren gemarkeerd door een sterretje (\*) worden niet uitgevraagd voor wat betreft *intramurale* VV&T, of worden alleen voor intern gebruik uitgevraagd.

Tabel 7: Indicatorenset intramurale gehandicaptenzorg

Domeinen/randvoorwaarden en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Domein 1: Lichamelijk welbevinden</i>	
A percentage cliënten met een onderkende lichamelijke aandoening of probleem	<i>Metingen verkeren in de beginfase; gegevens zijn voornamelijk niet openbaar/opvraagbaar</i>
B percentage cliënten met een lichamelijke aandoening waarbij een inventarisatie is uitgevoerd naar de risico's verbonden aan de aandoening en waarbij afspraken over het omgaan met risico's zijn vastgelegd	<i>idem</i>
C percentage cliënten met diabetes waarvan de HbA1c waarde in de afgelopen 12 maanden is bepaald	<i>idem</i>
D percentage cliënten met epileptische activiteit in de afgelopen 12 maanden waarvoor een actuele, volledig ingevulde insulijst beschikbaar is	<i>idem</i>
E percentage cliënten waarbij het gehoor (bij blinde/slechthorende cliënten) / het gezichtsvermogen (bij dove/slechthorende cliënten) in de laatste 24 maanden is gecontroleerd	<i>idem</i>
F percentage cliënten dat ondersteuning krijgt bij:	
a persoonlijke verzorging en hygiëne	<i>idem</i>
b gezonde leefstijl	<i>idem</i>
c seksuele ontwikkeling	<i>idem</i>
<i>Domein 2: Psychisch welbevinden</i>	
A percentage cliënten met een gediagnosticeerde psychische aandoening	<i>idem</i>
B percentage cliënten met een gediagnosticeerde psychische aandoening waarbij een inventarisatie is uitgevoerd naar de risico's verbonden aan de aandoening en afspraken over het omgaan met risico's zijn vastgelegd	<i>idem</i>
C percentage cliënten met probleemgedrag waaraan speciale aandacht en zorg wordt besteed	<i>idem</i>

- Tabel 7 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 7 -

Domeinen/randvoorwaarden en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Domein 2: Psychisch welbevinden</i>	
D percentage cliënten dat ondersteuning krijgt bij:	<i>idem</i>
a planning en structuur	<i>idem</i>
b geheugenproblemen	<i>idem</i>
c sociaal emotioneel welbevinden	<i>idem</i>
E percentage cliënten dat ondersteuning krijgt bij sociaal emotionele problematiek	<i>idem</i>
<i>Domein 3: Inter-persoonlijke relaties</i>	
A percentage cliënten dat ondersteund wordt bij het opbouwen en onderhouden van sociale contacten	<i>idem</i>
B percentage cliënten waarbij het gezinssysteem onderdeel uit maakt van de behandeling en ondersteuning	<i>idem</i>
C percentage cliënten dat ondersteund wordt bij het opbouwen en onderhouden van a) het sociale netwerk en b) het gezinssysteem	<i>idem</i>
<i>Domein 4: Deelname aan de samenleving</i>	
A percentage cliënten dat begeleid wordt bij / getraind wordt in actieve deelname aan de samenleving (wonen, onderwijs, arbeid en vrije tijd)	<i>idem</i>
<i>Domein 5: Persoonlijke ontwikkeling</i>	
A percentage cliënten waarbij het onderwijs betrokken is bij het behandelplan	<i>idem</i>
<i>Domein 6: Materieel welzijn</i>	
A percentage cliënten dat ondersteund wordt bij het omgaan met geld	<i>idem</i>
<i>Domein 7: Zelfbepaling</i>	
A percentage cliënten waarbij de eigen regie in het zorg- en ondersteuningsplan gewaarborgd is	<i>idem</i>

- Tabel 7 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 7 -

Domeinen/randvoorwaarden en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Domein 8: Belangen</i>	
A beschikbaarheid van een vorm van medezeggenschap voor de informatie-eenheid (a) en de beschikbaarheid van ondersteuning of coaching daarbij (b)	<i>idem</i>
<i>Randvoorwaarde 9: Zorgafspraken en ondersteuningsplan</i>	
A percentage cliënten dat beschikt over een zorg/behandel/ondersteuningsplan dat aan procedurele voorwaarden voldoet	<i>idem</i>
B percentage cliënten waarbij afspraken over de zorg/behandeling /ondersteuning op alle domeinen en leefgebieden zijn vastgelegd en nagekomen	<i>idem</i>
C percentage cliënten waarbij aandacht voor hulpmiddelen onderdeel uit maakt van het behandel en ondersteuningsplan	<i>idem</i>
<i>Randvoorwaarde 10: Cliëntveiligheid</i>	
A percentage cliënten waarbij sprake is van (een) veiligheidsrisico's	<i>idem</i>
B percentage cliënten met (een) veiligheidsrisico's waarbij een inventarisatie is gemaakt van de risico's en afspraken over het omgaan met risico's zijn vastgelegd	<i>idem</i>
C prevalentie van incidenten op het gebied van veiligheid in de afgelopen 12 maanden	<i>idem</i>
D percentage cliënten waarvan de medicatie in de afgelopen 12 maanden is geëvalueerd	<i>idem</i>
E percentage cliënten waarbij het effect van toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen is geëvalueerd	<i>idem</i>

- Tabel 7 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 7 -

<b>Domeinen/randvoorwaarden en indicatoren</b>	<b>Uitkomsten (en evt. lacunes)</b>
<i>Randvoorwaarde 1: Kwaliteit van medewerkers en organisatie</i>	
A	percentage ziekteverzuim over 2009 binnen de locatie <i>idem</i>
B	percentage cliënten waarbij relevante deskundigen betrokken zijn bij de zorg/ behandeling/ondersteuning <i>idem</i>
C	percentage cliënten waarbij tenminste twee verschillende relevante deskundigen betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding <i>idem</i>
D	percentage cliënten waarbij (a) de gewenste wijze van communiceren is vastgelegd en (b) de communicatie op de gewenste wijze plaats vindt <i>idem</i>
E	percentage cliënten tot 5 jaar waarbij de wachttijd tussen aanmelding en behandeling 4 weken of minder bedraagt <i>idem</i>
<i>Randvoorwaarde 12: Samenhang in zorg en ondersteuning</i>	
A	percentage cliënten waarbij de zorg/behandeling/ondersteuning in samenhang wordt geleverd <i>idem</i>



## Bijlage 2b: Overzicht van indicatoren, informatie(bronnen), lacunes en alternatieve bronnen voor de pilotmarkt Beweegzorg

De onderstaande tabellen geven, specifiek voor de pilotmarkt *Beweegzorg* en per indicator, een overzicht van de informatie die de in hoofdstuk 2 genoemde bronnen opleveren. De tabellen geven tevens weer hoe bruikbaar<sup>33</sup> deze informatie is, welke lacunes er overblijven en op welke manier aanvullend onderzoek deze lacunes alsnog zou kunnen wegnemen.

De volgende thema's komen aan de orde: 'transparantie van keuze-informatie' (Tabel 8), 'belemmeringen bij toegankelijkheid' (Tabel 9), 'marktgedrag' (Tabel 10) en systeemuitkomsten (tabellen 11 t/m 13). De indicatoren zoals benoemd in hoofdstuk 2 zijn steeds in de linker kolom opgenomen; in de bijbehorende rij zijn steeds bronnen, bruikbaarheid en (daar waar deze werden gevonden) concrete uitkomsten weergegeven. Daar waar geen bronnen en/of uitkomsten werden gevonden, wordt dit aangegeven door een streepje (-). Voor zover relevant is per indicator gekeken naar de beschikbaarheid van informatie uit (zorg)registraties en uit consumenten-raadpleging. Daar waar indicatoren niet voldoende door reeds beschikbare informatie(bronnen) worden ingevuld, worden alternatieve (informatie-)bronnen aangedragen.

Tabel 8: Transparantie van keuze-informatie

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
Het aantal bronnen (websites) dat vergelijkende keuze-informatie presenteert	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
	-	-	-
Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen	<i>Alternatieve invulling: Tellen van bronnen (websites e.d.). In eerste instantie kan gekeken worden op websites van instellingen zelf, en op vergelijkingsites als kiesBeter.nl. Eventueel zullen de door consumenten aangedragen bronnen (op de indicator 'Welke bronnen hebben een rol gespeeld bij de keuze?') hierop gaandeweg ook input leveren.</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		

- Tabel 8 wordt vervolgd -

<sup>33</sup> Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van informatie(bronnen) is rekening gehouden met de overwegingen die, ten aanzien van dataverzameling, voor de NZa van belang zijn (zie paragraaf 1.1, onder het kopje 'pilotmarkten').

vervolg Tabel 8 -

<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Bruikbaarheid van informatie</b>	<b>Uitkomst</b>
Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt	<i>Informatie uit consumenten-aadpleging</i>		
	-	-	-
Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	-	-	-
<b>Persoonsgebonden kenmerken ten behoeve van segmentering</b>	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	<b>Bron</b>	<b>Bruikbaarheid van informatie</b>	<b>Uitkomst</b>
Geslacht van zorgconsument	<i>Informatie uit consumenten-aadpleging</i>		
	-	-	-
Leeftijd van zorgconsument	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	-	-	-
Opleidingsniveau van zorgconsument	<i>Informatie uit consumenten-aadpleging</i>		
	-	-	-
De mate waarin de zorgvraag gepaard ging met spoed	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	<i>n.v.t.</i>		
De mate waarin er bij de zorgvraag sprake was van een doorverwijzing	<i>Informatie uit consumenten-aadpleging</i>		
	-	-	-
De mate waarin er de bij zorgvraag sprake was van een chronische ziekte	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	-	-	-

Tabel 9: Belemmeringen bij toegankelijkheid

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Wachttijd</i>			
De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg <sup>34</sup>	-	-	-
	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat bij het verstrijken van de wachttijd: a) een gesprek had met de zorgverlener b) een diagnose kreeg toegewezen c) werd behandeld	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw fysiotherapeut?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ binnen 0-2 dagen</li> <li>○ binnen 3-7 dagen</li> <li>○ binnen 8-14 dagen</li> <li>○ langer dan 14 dagen</li> </ul> </li> </ul>	Data zijn jaarlijks opvraagbaar bij Zichtbare Zorg	Gegevens over 2009 en 2010 zijn reeds in bezit van de NZa
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	-	-	-
De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	-	-	-
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>			

- Tabel 9 wordt vervolgd -

<sup>34</sup> Wachttijd paramedische zorg volgens Treeknorm: 100 % binnen één week (bron: www.treeknorm.nl)

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Wachttijd</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
<i>Eigen bijdrage</i>			
De gemiddelde eigen bijdrage	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
	Basispakket Zorgverzekering (dekking en eigen risico; via <a href="http://www.rijksoverheid.nl">www.rijksoverheid.nl</a> en <a href="http://www.wetten.overheid.nl">www.wetten.overheid.nl</a> )	De meest actuele maximale eigen bijdragen zijn te allen tijde op deze websites te vinden	<p><i>2011</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fysio- en oefentherapie wordt voor verzekerden boven de 18 jaar niet gedekt in de basisverzekering.</li> </ul> <p>Uitzondering hierop zijn enkele chronische aandoeningen (de 'chronische lijst', deze is te vinden op <a href="http://www.wetten.overheid.nl">www.wetten.overheid.nl</a>); hier geldt vanaf de 13<sup>e</sup> behandeling een vergoeding vanuit de basisverzekering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>verplicht eigen risico bedraagt 170 Euro</li> </ul>
De gemiddelde eigen bijdrage die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Eigen bijdrage</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervaert	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>			
<i>Openingstijden en thuisbezoek</i>			
Het percentage zorgaanbieders dat buiten kantooruren zorg verleent	<i>Informatie uit (zorg)registraties</i>		
	-	-	-
Het percentage zorgconsumenten dat buiten kantooruren bij de zorgaanbieder terecht kon	<i>CQI Fysiotherapie</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kon uw fysiotherapeut u ook buiten kantooruren (voor 9.00 en na 17.00 uur) behandelen? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> nooit</li> <li><input type="radio"/> soms</li> <li><input type="radio"/> meestal</li> <li><input type="radio"/> altijd</li> <li><input type="radio"/> ik hoefde geen behandeling buiten kantooruren</li> </ul> </li> <li>• Kon u een afspraak maken op een door u gewenst tijdstip? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> nooit</li> <li><input type="radio"/> soms</li> <li><input type="radio"/> meestal</li> <li><input type="radio"/> altijd</li> </ul> </li> </ul>	Data zijn jaarlijks opvraagbaar bij Zichtbare Zorg	Gegevens over 2009 en 2010 zijn reeds in bezit van de NZa
<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>			

- vervolg Tabel 9 -

<b>Indicator</b>	<b>Bron</b>	<b>Bruikbaarheid van informatie</b>	<b>Uitkomst</b>
<i>Openings tijden en thuisbezoek</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat openingstijden buiten kantooruren reëel vindt	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat de openingstijden als een probleem ervoer	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten waarbij thuisbezoek door de zorgaanbieder mogelijk was	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat thuisbezoek door de zorgaanbieder reëel vindt	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat problemen ervoer rondom thuisbezoek door de zorgaanbieder	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		

- Tabel 9 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 9 –

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Overig</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat de zorg van eerste keuze ontving	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen <sup>35</sup> , wel eens van heeft afgezien een zorgaanbieder te benaderen	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		

<sup>35</sup> op voorhand bekende lange wachttijden, hoge eigen bijdragen of beperkte openingstijden

Tabel 10: Marktgedrag

Indicator	Bron	Bruikbaarheid van informatie	Uitkomst
<i>Initiële keuze</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
<i>Overstappen</i>			
Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		
Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder	<i>Informatie uit consumentenraadpleging</i>		
	-	-	-
	<i>Alternatieve invulling: Gebruikerspanels (zie bijlagen 3 en 4b)</i>		



Tabel 11: Kwaliteitsinformatie uit de Zorgbalans

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Effectiviteit van curatieve zorg</i>	
-	<i>Lacune: geen sectorspecifieke indicatoren/gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
<i>Patiëntveiligheid</i>	
Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals fouten bij medicijnverstrekking, medische fout bij behandeling of verzorging, of fout bij verstreking onderzoeksuitslagen	In 2008 vond 17% van de chronisch zieke patiënten in Nederland dat tijdens hun behandeling of verzorging de afgelopen twee jaar een fout is gemaakt <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
<i>Vraaggerichtheid</i>	
Ervaren bejegening	Negen van de tien patiënten waren tussen 2005 en 2008 positief over de wijze waarop zij worden bejegend door zorgverleners <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
Ervaren beleefde behandeling	In 2006 gaf iets minder, en in 2008 iets meer dan 95% van de fysiotherapiepatiënten aan altijd beleefd te zijn behandeld <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
Ontvangen van begrijpelijke uitleg	In 2008 gaf iets minder dan 85% van de fysiotherapiepatiënten aan dat zij altijd begrijpelijke uitleg hadden gekregen <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
Meebeslissen over de zorg	In 2008 gaf iets minder dan 60% van de fysiotherapiepatiënten aan dat zij altijd mochten meebeslissen over de geboden zorg <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>

- tabel 11 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 11 -

<b>Thema's en indicatoren</b>	<b>Uitkomsten (en evt. lacunes)</b>
<i>Vraaggerichtheid</i>	
Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers	In 2008 gaf ruim 80% van de fysiotherapiepatiënten aan dat zorgverleners altijd voldoende tijd voor de bewoner namen <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
<i>Coördinatie en afstemming</i>	
Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie	In 2008 gaf ongeveer 95% van de fysiotherapiepatiënten aan dat zorgverleners nooit tegenstrijdige adviezen gaven <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>

\* meer gedetailleerde informatie is te vinden in de Zorgbalans (Westert, van den Berg, Zwakhs et al., 2010)

Tabel 12: Toegankelijkheidsinformatie uit de Zorgbalans

<b>Thema's en indicatoren</b>	<b>Uitkomsten (en evt. lacunes)</b>
<i>Financiële toegankelijkheid</i>	
Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg	Ongeveer 3% van de Nederlandse bevolking met een chronische ziekte gaf in 2008 aan de afgelopen twee jaar vanwege de kosten wel eens te hebben afgezien van een artsbezoek. <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>
<i>Tijdigheid van acute zorg</i>	
Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden of wilden	Zeven procent van de mensen die (in 2008) in de afgelopen 12 maanden meteen hulp nodig hadden voor een ziekte, verwonding of een aandoening, gaven aan niet de hulp te hebben gekregen die zij nodig hadden; 93% kreeg <i>meestal</i> (24%) of <i>altijd</i> (69%) de benodigde hulp <i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i>

- tabel 12 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 12 -

Thema's en indicatoren	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<p><i>Tijdigheid van reguliere zorg</i></p> <p>Percentage mensen dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn</p>	<p>Voor 22,3% van de mensen die zorg ontvangen, vormt het wachten op zorg een probleem (2008)</p> <p><i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i></p>
<p><i>Toegankelijkheid naar behoefte</i></p>	<p>In 2008 gaf ongeveer 60% van de mensen aan altijd, en ongeveer 30% meestal snelle en adequate hulp te hebben ontvangen bij telefonische contacten, spoedgevallen en consulten</p> <p><i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i></p>
<p>Telefonische bereikbaarheid van de reguliere zorg tijdens kantooruren</p>	<p>Ruim 30% van de bevolking heeft in 2008 problemen ervaren met de telefonische bereikbaarheid van zorgverleners tijdens kantooruren; 7,5% ervoer grote, en 25% ervoer kleine problemen.</p> <p><i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i></p>
<p>Bejegening door zorgverleners</p>	<p>Bijna 95% van de bevolking vindt dat ze prettig bejegend worden in de zorg (2008)</p> <p><i>Lacune: geen sectorspecifieke gegevens beschikbaar voor de bewegzorg/fysiotherapie</i></p>

Tabel 13: Kwaliteitsinformatie zoals aangeleverd bij Zichtbare Zorg

Indicator/vraag	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Fysiotherapeutisch handelen (% patiënten bij wie ...)</i>	
1 Methodisch is gehandeld tijdens screening	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
2a Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
2b Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënt	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
3 Methodisch is gehandeld bij vaststellen doelen	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
4 Methodisch is gehandeld tijdens therapeutisch proces	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
5a Behandelresultaat is vastgesteld	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
5b Behandelresultaat subjectief is vastgesteld	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
5c Behandelresultaat objectief is vastgesteld	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
6 Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
7 Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
8a Overlegd is met DTF-patiënt	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
8b Overlegd is met verwezen patiënt	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
<i>Praktijkorganisatie en etalage-informatie</i>	
9 Etalage-informatie beschikbaar	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
10 Veiligheid gewaarborgd	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
11 Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
12 Mate van professionele samenwerking	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
13 Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>

- Tabel 13 wordt vervolgd -

- vervolg Tabel 13 -

Indicator/vraag	Uitkomsten (en evt. lacunes)
<i>Patiëntervaringen (gemeten mbv. de CQ-index)</i>	
14 Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
15 Accommodatie	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
16 Communicatie en informatie	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
17 Bejegening	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
18 Samenwerking	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
19 Zelfstandigheid	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
20 Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
21 Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
22 De behandelperiode	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>
23 Patiëntenrechten	<i>data opvraagbaar bij Zichtbare Zorg (data over 2009 en 2010 reeds in bezit van NZa)</i>

### **Bijlage 3: NIVEL-panels, mogelijk inzetbaar ten behoeve van de marktscan**

Het **Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten** (NIVEL) bestaat uit ongeveer 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar of ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. De panelleden doen twee keer per jaar (voor- en najaar) mee aan een reguliere enquête, daarnaast kunnen zij één keer worden gevraagd deel te nemen aan een flexibele peiling. Het NPCG kan ook door andere organisaties gebruikt worden voor het beantwoorden van onderzoeksvragen; deze kunnen ook gebruik maken van reeds verzamelde gegevens.

Meer dan 600 mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking zijn lid van het **Panel Samen Leven** (NIVEL). Ook zijn er ruim 400 naasten van mensen met een verstandelijke beperking lid van het panel. Panelleden met een verstandelijke beperking worden één keer per twee jaar uitgenodigd voor een vraaggesprek bij hen thuis; een deel van de panelleden wordt soms voor een extra vraaggesprek benaderd. Onder de panelleden die als naaste deelnemen wordt één keer per jaar een schriftelijke enquête gehouden; daarnaast worden er minimaal één keer per jaar vragen aan de naasten gesteld in het kader van een flexibele (telefonische) peiling. Het Panel Samen Leven kan ook door andere organisaties worden geraadpleegd voor het beantwoorden van onderzoeksvragen; deze kunnen ook gebruik maken van reeds verzamelde gegevens.

Het **Consumentenpanel Gezondheidszorg** van het NIVEL, dat bestaat uit circa 6.000 personen van 18 jaar en ouder, verzamelt onder de algemene bevolking in Nederland informatie over de meningen over de gezondheidszorg en de ervaringen hiermee. Het doel van het panel is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Deze informatie wordt verzameld in peilingen, welke circa acht maal per jaar worden uitgezet (zowel schriftelijk als via internet). Er zijn verschillende mogelijkheden om onderzoek uit te laten voeren binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Zo is het mogelijk om een complete peiling uit te laten voeren, maar ook kan er een kleiner aantal vragen voor worden gelegd aan de panelleden als onderdeel van een complete peiling. Het panel staat tevens open voor andere mogelijkheden, zoals het houden van telefonische interviews. Meer informatie over het consumentenpanel is te vinden in het basisrapport (Brabers, Reitsma-van Rooijen & de Jong, 2011).

*Voor inzetten van de panels is goedkeuring nodig van een programmacommissie, en dient het onderzoek binnen de planning te passen. Meer informatie over de panels is te vinden op de website van het NIVEL ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)).*

## **Bijlage 4a: Suggesties/uitgangspunten voor vragen (en antwoordcategorieën) ten behoeve van consumentenbevraging binnen de intramurale VV & GZ**

Met behulp van gebruikerspanels kunnen (grote) groepen zorgconsumenten worden bevestigd; overwegingen werden gegeven in paragraaf 2.2.2. Uit te vragen items kunnen direct worden geënt op de indicatoren die relevant zijn voor het betreffende thema. Hieronder volgen, voor elk van de drie hoofdthema's, suggesties/uitgangspunten voor vragen. Er dient te worden benadrukt dat onderstaande vragen in hun huidige hoedanigheid nog niet gereed zijn voor uitvraag. Zo dient de formulering van de vragen nader te worden afgestemd op de (markt)specifieke groep consumenten waaraan ze worden voorgelegd, en dienen de vragen en antwoordcategorieën te worden getest op begrijpelijkheid (naar aanleiding waarvan zij mogelijk gewijzigd worden).

### **Transparantie van keuze-informatie**

#### ***Achtergrondvragen***

- Wie vult deze vragenlijst in?<sup>36</sup>
  - cliënt zelf
  - partner van de cliënt
  - ouder(s) van de cliënt
  - kind(eren) van de cliënt
  - broer/zus van de cliënt
  - anders, namelijk ...
  
- In wat voor woon-/zorgvoorziening verblijft/verbleef de cliënt?
  - een verpleeg- of verzorgingshuis voor ouderen
  - een instelling voor gehandicapten

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen*

- Patiënten en cliënten hebben het recht om hun eigen woon-/zorgvoorziening te kiezen. Wist u (of de cliënt) dat hij/zij zelf een woon-/zorgvoorziening kan kiezen?
  - ja
  - nee

---

<sup>36</sup> Bij de vraagstelling wordt in principe uitgegaan van het perspectief van de een directe naaste van de cliënt, al kunnen de vragen ook door de cliënt zelf worden beantwoord (in dit geval dient 'de cliënt' te worden gelezen als 'u').

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt*

- Welke bronnen hebben een rol gespeeld bij de keuze voor de woon-/zorgvoorziening van de cliënt?
  - eerdere ervaring (van de cliënt)
  - advies/ervaring van mensen in omgeving
  - advies van huisarts
  - informatie op het internet (zoals bijvoorbeeld op de website kiesBeter.nl)
  - anders, namelijk .
- Welke overwegingen speelden een rol bij de keuze voor de woon-/zorgvoorziening van de cliënt?
  - locatie/ligging
  - voorzieningen/faciliteiten
  - aanwezigheid specialistische zorg
  - zorgvisie
  - kwaliteit van zorg
  - activiteitenaanbod
  - sfeer/leefstijl
  - geloofsovertuiging/levensbeschouwing
  - [evt. nog andere overwegingen toevoegen]*
  - anders, namelijk ... *(meerdermalen te selecteren)*
- Hoe belangrijk was deze overweging bij de keuze?
  - niet belangrijk
  - een beetje belangrijk
  - belangrijk
  - heel belangrijk

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden*

- Kon u (of de cliënt) voldoende informatie vinden over de overwegingen die belangrijk waren bij de keuze voor een woon-/zorgvoorziening?
  - ja
  - nee<sup>37</sup>

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Geslacht van zorgconsument*

- Bent u een man of een vrouw?
  - man
  - vrouw

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Leeftijd van zorgconsument*

- Wat is uw leeftijd?  
[...]

---

<sup>37</sup> Indien de zorgconsument deze vraag met 'nee' beantwoordt, kan ter verdieping worden gevraagd welke informatie er ontbrak.



*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Opleidingsniveau van zorgconsument*

- Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)
  - geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
  - lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
  - lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
  - middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
  - middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
  - hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
  - hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
  - wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
  - anders, namelijk ...

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): De mate waarin de zorgvraag gepaard ging met spoed*

- Was de (eerste) opname van de cliënt in een woon-/zorgvoorziening een acute opname of een niet-acute opname?
  - een acute opname
  - een niet-acute opname

### **Belemmeringen bij toegankelijkheid**

#### ***Wachttijd***

*Indicator: De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg*

- Hoeveel tijd zat er tussen het moment van indicatiestelling en het moment dat de cliënt in de woon-/zorgvoorziening terecht kon?  
*[lijst met reële antwoordopties formuleren]*

*Indicator: De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen*

- Wat had u (of de cliënt) zelf een reële wachtermijn tussen het moment van indicatiestelling en het moment van opname gevonden?  
*[lijst met reële antwoordopties formuleren]*

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer*

- Heeft u (of de cliënt) de wachttijd als een probleem ervaren?
  - nee, als geen probleem
  - ja, als een klein probleem
  - ja, als een groot probleem

### **Eigen bijdrage**

*Indicator: De gemiddelde eigen bijdrage*

- Welk bedrag betaalde de cliënt maandelijks zelf (eigen bijdrage)?  
*[lijst met reële antwoordopties formuleren; daarbij rekening houdend met verschillende bedragen; laag en hoog, of veranderde levenssituatie]*

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer*

- Heeft u (of de cliënt) de eigen bijdrage als een probleem ervaren?
  - nee, als geen probleem
  - ja, als een klein probleem
  - ja, als een groot probleem

### **Overig**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de zorg van eerste keuze ontving*

- Is de woon-/zorgvoorziening waar de cliënt verblijft ook degene die u (of de cliënt) als eerste heeft benaderd?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen, wel eens van heeft afgezien een zorgaanbieder te benaderen*

- Heeft u (of de cliënt) ooit een woon-/zorgvoorziening *niet* benaderd vanwege een lange wachttijd?
  - ja
  - nee
- Heeft u (of de cliënt) ooit besloten een woon-/zorgvoorziening *niet* te benaderen vanwege een (op voorhand bekende) hoge eigen bijdrage?
  - ja
  - nee

### **Marktgedrag**

#### **Initiële keuze**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze*

- Kon de cliënt terecht bij de woon-/zorgvoorziening van zijn/haar eerste keuze?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken*

- Wilde u (of de cliënt) bij het kiezen voor een woon-/zorgvoorziening meerdere zorghuizen met elkaar vergelijken?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken*

- Heeft u (of de cliënt) meerdere zorghuizen met elkaar vergeleken?
  - ja
  - nee

[indien niet vergeleken]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten niet meerdere zorgaanbieders met elkaar hebben vergeleken*

- Waarom heeft u (of de cliënt) niet meerdere zorghuizen met elkaar vergeleken?
  - ik (of cliënt) wist niet dat dit kon
  - ik (of cliënt) wist niet waar informatie te vinden is
  - ik (of cliënt) wist niet op welke aspecten ik moest letten  
[evt. nog andere opties toevoegen]
  - anders, namelijk ...'

### **Overstappen**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder*

- Heeft u (of de cliënt), gedurende het verblijf van de cliënt in de (eerste) woon-/zorgvoorziening, ooit gewild dat de cliënt zou verhuizen?
  - ja
  - nee

[indien wel behoefte]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten de behoefte hadden om over te stappen naar een andere zorgaanbieder*

- Waarom wilde u (of de cliënt) dat de cliënt zou verhuizen?
  - om logistieke redenen
  - vanwege een veranderde zorgvraag van de cliënt (behoefte aan andere en/of specialistische zorg)
  - vanwege ontevredenheid (over zorg en/of zorgaanbieders) bij de eerste woon-/zorgvoorziening
  - omdat er zich een beter/passender alternatief aandeede  
[evt. nog andere opties toevoegen]
  - anders, namelijk ...'

[indien wel behoefte]

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder*

- Is de cliënt ooit verhuisd naar een andere woon-/zorgvoorziening?
  - ja
  - nee

[indien wel behoefte, maar niet overgestapt]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten niet zijn overgestapt naar een andere zorgaanbieder*

- Waarom is de cliënt niet naar een andere woon-/zorgvoorziening verhuisd?
  - ik (of cliënt) wist niet dat dit kan/mag
  - ik (of cliënt) kon geen geschikt/passend alternatief vinden
  - ik (of cliënt) kon wel een geschikt/passend alternatief vinden, maar hier was geen plaats
    - [evt. nog andere opties toevoegen]*
  - anders, namelijk ...'

## **Bijlage 4b: Suggesties voor vragen (en antwoordcategorieën) ten behoeve van consumentenbevraging binnen de beweegzorg**

Met behulp van gebruikerspanels kunnen (grote) groepen zorgconsumenten worden bevestigd; overwegingen werden gegeven in paragraaf 2.2.2. Uit te vragen items kunnen direct worden geënt op de indicatoren die relevant zijn voor het betreffende thema. Hieronder volgen, voor elk van de drie hoofdthema's, suggesties/uitgangspunten voor vragen. Er dient te worden benadrukt dat onderstaande vragen in hun huidige hoedanigheid nog niet gereed zijn voor uitvraag. Zo dient de formulering van de vragen nader te worden afgestemd op de (markt)specifieke groep consumenten waaraan ze worden voorgelegd, en dienen de vragen en antwoordcategorieën te worden getest op begrijpelijkheid (naar aanleiding waarvan zij mogelijk gewijzigd worden).

Om differentiatie tussen de verschillende deelspecialismen binnen beweegzorg mogelijk te maken dient er, bij consumentenbevraging, een openingsvraag te worden ingebouwd waarbij de zorgconsument aangeeft of hij (bij de initiële keuze) gebruik heeft gemaakt van fysio-, oefen-, ergo- of podotherapie. Hoewel bij de huidige formulering van de uit te vragen items (zie hieronder) steeds wordt gesproken van *fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut*, zal bij de daadwerkelijke uitvraag steeds gerefereerd worden aan het specifieke deelspecialisme waar de zorgconsument zorg heeft ontvangen.

### **Transparantie van keuze-informatie**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen*

- Patiënten hebben het recht om hun eigen zorgaanbieder te kiezen. Wist u dat u zelf een fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut kunt kiezen?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt*

- Welke bronnen hebben een rol gespeeld bij de keuze voor uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - eigen, eerdere ervaring
  - advies/ervaring van mensen in omgeving
  - advies van huisarts
  - informatie op het internet (zoals bijvoorbeeld op de website kiesBeter.nl)
  - anders, namelijk ...
- Welke overwegingen speelden een rol bij uw keuze voor uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - locatie/licging
  - voorzieningen/faciliteiten
  - aanwezigheid specialistische zorg
  - kwaliteit van zorg
  - [evt. nog andere overwegingen toevoegen]
  - anders, namelijk ... (meerdermalen te selecteren)

- Hoe belangrijk was deze overweging bij uw keuze?
  - niet belangrijk
  - eigenlijk wel belangrijk
  - belangrijk
  - van het allergrootste belang

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden*

- Kon u voldoende informatie vinden over de overwegingen die belangrijk waren bij uw keuze voor uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - ja
  - nee<sup>38</sup>

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Geslacht van zorgconsument*

- Bent u een man of een vrouw?
  - man
  - vrouw

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Leeftijd van zorgconsument*

- Wat is uw leeftijd?  
[...]

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): Opleidingsniveau van zorgconsument*

- Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)
  - geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
  - lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
  - lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
  - middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
  - middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
  - hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
  - hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
  - wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
  - anders, namelijk ...

---

<sup>38</sup> Indien de zorgconsument deze vraag met 'nee' beantwoordt, kan ter verdieping worden gevraagd welke informatie er ontbrak.

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): De mate waarin er bij de zorgvraag sprake was van een doorverwijzing*

- Bent u naar uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut verwezen door een arts (bv huisarts, specialist)?
  - ja
  - nee

*Persoonsgebonden kenmerk (tbv. segmentering): De mate waarin er de bij zorgvraag sprake was van een chronische ziekte*

- Ontvangt u fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeutische zorg in verband met een chronische aandoening?
  - ja
  - nee

### **Belemmeringen bij toegankelijkheid**

#### ***Wachttijd***

*Indicator: De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg*

- Hoeveel tijd zat er tussen het moment waarop u uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut benaderde en de start van de behandeling?
  - binnen een dag
  - 1-2 dag(en)
  - 3-4 dagen
  - 5-7 dagen
  - meer dan een week

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat bij het verstrijken van de wachttijd: (a) een gesprek had met de zorgverlener, (b) een diagnose kreeg toegewezen, (c) werd behandeld*

- Wat gebeurde er tijdens uw eerste afspraak?  
*(meerdere antwoorden mogelijk)*
  - er vond een (intake)gesprek plaats
  - er werd een diagnose gesteld
  - er vond een behandeling plaats

*Indicator: De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen*

- Wat had u zelf een reële termijn tot aan de start van de behandeling gevonden?
  - binnen een dag
  - 1-2 dag(en)
  - 3-4 dagen
  - 5-7 dagen
  - meer dan een week

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer*

- Heeft u de wachttijd als een probleem ervaren?
  - nee, als geen probleem

- ja, als een klein probleem
- ja, als een groot probleem

### ***Eigen bijdrage***

*Indicator: De gemiddelde eigen bijdrage*

- Welk bedrag heeft u in totaal zelf moeten betalen?
  - niets
  - minder dan € 100
  - € 100 - € 200
  - € 200 - € 300
  - € 300 - € 400
  - € 400 - € 500
  - meer dan € 500

*Indicator: De gemiddelde eigen bijdrage die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen*

- Wat had u zelf een reële eigen bijdrage gevonden?
  - niets
  - minder dan € 100
  - € 100 - € 200
  - € 200 - € 300
  - € 300 - € 400
  - € 400 - € 500
  - meer dan € 500

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer*

- Heeft u de eigen bijdrage als een probleem ervaren?
  - nee, als geen probleem
  - ja, als een klein probleem
  - ja, als een groot probleem

### ***Openingstijden en thuisbezoek***

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat buiten kantooruren bij de zorgaanbieder terecht kon*

- Op welke tijden kon u, buiten de kantooruren om, bij uw fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut terecht?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
  - op werkdagen voor 9.00 uur
  - op werkdagen na 17.00 uur
  - weekenden
  - geen van bovenstaande opties

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat openingstijden buiten kantooruren reëel vindt*

- Wat had u zelf reële openingstijden gevonden?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
  - op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur



- op werkdagen voor 9.00 uur
- op werkdagen na 17.00 uur
- weekenden

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de openingstijden als een probleem ervoer*

- Heeft u de openingstijden als een probleem ervaren?
  - nee, als geen probleem
  - ja, als een klein probleem
  - ja, als een groot probleem

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten waarbij thuisbezoek door de zorgaanbieder mogelijk was*

- Was het mogelijk dat de fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut u thuis behandelde?
  - ja, dat was mogelijk
  - nee, dat was niet mogelijk
  - ik weet niet of dit mogelijk was

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat thuisbezoek door de zorgaanbieder reëel vindt*

- Had u het zelf reëel gevonden dat de fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut u thuis behandelde?
  - ja
  - nee
  - weet niet / geen mening

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat problemen ervoer rondom thuisbezoek door de zorgaanbieder*

- Heeft u een probleem ervaren rondom thuisbezoek?
  - nee, geen probleem
  - ja, een klein probleem
  - ja, een groot probleem

### **Overig**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de zorg van eerste keuze ontving*

- Was de fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut waar u uiteindelijk zorg ontving ook degene die u destijds als eerste benaderde?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen, wel eens van heeft afgezien een zorgaanbieder te benaderen*

- Heeft u ooit een fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut *niet* benaderd vanwege een lange wachttijd?
  - ja
  - nee

- Heeft u ooit een fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut *niet* benaderd vanwege een hoge eigen bijdrage?
  - ja
  - nee
- Heeft u ooit een fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut *niet* benaderd vanwege beperkte openingstijden?
  - ja
  - nee

### **Marktgedrag**

#### ***Initiële keuze***

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze*

- Kon u terecht bij de fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut van uw eerste keuze?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken*

- Wilde u bij het kiezen voor een fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken?
  - ja
  - nee

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken*

- Heeft u meerdere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut met elkaar vergeleken?
  - ja
  - nee

[indien niet vergeleken]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten niet meerdere zorgaanbieders met elkaar hebben vergeleken*

- Waarom heeft u niet meerdere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut met elkaar vergeleken?
  - ik wist niet dat dit kon
  - ik wist niet waar ik informatie kon vinden
  - ik wist niet op welke aspecten ik moest letten  
*[evt. nog andere opties toevoegen]*
  - anders, namelijk ...'

### **Overstappen**

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder*

- Heeft u, gedurende de behandelperiode bij uw (eerste) zorgaanbieder, wel eens willen overstappen naar een andere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - ja
  - nee

[indien wel behoefte]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten de behoefte hadden om over te stappen naar een andere zorgaanbieder*

- Waarom wilde u overstappen naar een andere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - om logistieke redenen
  - vanwege een veranderde zorgvraag (behoefte aan andere en/of specialistische zorg)
  - vanwege ontevredenheid bij de eerste fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut
  - omdat er zich een beter/passender alternatief aandiende  
[evt. nog andere opties toevoegen]
  - anders, namelijk ...'

[indien wel behoefte, en de initiële keuze of fysio- of oefentherapie betrof]

*Verdiepingsvraag: De mate waarin de zorgconsument fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg als substitueerbaar ziet*

- In hoeverre heeft u, bij uw overweging over te stappen naar een andere therapeut, oefentherapie/fysiotherapie als mogelijk alternatief gezien?
  - ja, ik heb oefentherapie/fysiotherapie als mogelijk alternatief gezien
  - nee, ik heb oefentherapie/fysiotherapie niet als mogelijk alternatief gezien

[indien wel behoefte]

*Indicator: Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder*

- Bent u ooit overgestapt naar een andere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut?
  - ja
  - nee

[indien wel behoefte, maar niet overgestapt]

*Verdiepingsvraag: Redenen waarom zorgconsumenten niet zijn overgestapt naar een andere zorgaanbieder*

- Waarom bent u niet naar een andere fysio-, oefen-, ergo- of podotherapeut overgestapt?
  - ik wist niet dat dit kan/mag
  - ik kon geen geschikt/passend alternatief vinden
  - ik kon wel een geschikt/passend alternatief vinden, maar ik kon hier niet (tijdig) terecht  
[evt. nog andere opties toevoegen]
  - anders, namelijk ...'

## **Bijlage 5: Relevante CQ-index items met betrekking tot het thema 'belemmeringen bij toegankelijkheid'**

Voor wat betreft patiënt- en cliëntervaringen ten aanzien van toegankelijkheid (paragraaf 2.3) kan mogelijk geput worden uit metingen met de *CQ-index*. Binnen de meeste CQ-indexen worden namelijk enkele thema's rondom (belemmeringen bij) toegankelijkheid uitgevraagd. Relevante items zijn, geordend naar sector/zorgmarkt, hieronder weergegeven:

### **Pilotmarkt: Intramurale V&V en GZ**

#### CQI Verpleging en Verzorging

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

#### CQI Verstandelijke Gehandicaptenzorg - wonen

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

### **Pilotmarkt: Beweegzorg**

#### CQI Fysiotherapie

##### *Wachttijd*

- 'Binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw fysiotherapeut?'
  - 0-2 dagen
  - 3-7 dagen
  - 8-14 dagen
  - langer dan 14 dagen

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

##### *Openingstijden en thuisbezoek*

- 'Kon uw fysiotherapeut u ook buiten kantooruren (voor 9.00 en na 17.00 uur) behandelen?'
  - nooit
  - soms
  - meestal
  - altijd
  - ik hoefde geen behandeling buiten kantoor uren
- 'Kon u een afspraak maken op een door u gewenst tijdstip?'
  - nooit
  - soms
  - meestal
  - altijd

- 'Bent u behandeld in de fysiotherapiepraktijk of ergens anders (bijvoorbeeld thuis)?'<sup>39</sup>
  - Ik ben in de fysiotherapiepraktijk behandeld
  - Ik ben thuis behandeld
  - Ik ben ergens anders behandeld, namelijk ...

### **Overige zorgmarkten: Extramurale V&V en GZ**

#### CQI Thuiszorg

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

#### CQI Verstandelijke Gehandicaptenzorg – ambulante hulp

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

### **Overige zorgmarkten: Curatieve GGZ**

#### CQI Kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

##### *Openingstijden*

- 'Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem

#### CQI Klinische GGZ en verslavingszorg

##### *Wachttijd*

- 'Hoe lang heeft u op de wachtlijst gestaan voor de behandeling die u nu heeft?'
  - niet van toepassing, ik zit op een gesloten opname afdeling
  - ik heb niet op de wachtlijst gestaan
  - twee weken tot één maand
  - één tot drie maanden
  - drie tot vier maanden
  - vier tot acht maanden
  - acht maanden tot één jaar
  - één tot twee jaar
  - langer dan twee jaar

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

---

<sup>39</sup> Opgemerkt dient te worden dat deze vraag iets zegt over de plaats waar de behandeling heeft plaatsgevonden, en niet over wat er eventueel mogelijk was geweest.

### *Openingstijden*

- 'Is het een probleem voor u om overdag een verpleegkundige te spreken te krijgen?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
- 'Is het een probleem voor u om 's avonds of in het weekend een verpleegkundige te spreken te krijgen?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
  - niet van toepassing, ik ben in deeltijdbehandeling
- 'Is het een probleem voor u om uw behandelaar te spreken te krijgen?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem

### **Overige zorgmarkten: Medisch-specialistische zorg**

#### COI Ziekenhuisopname

##### *Wachttijd*

- 'Was het aantal dagen dat u moest wachten voordat u in het ziekenhuis werd opgenomen een probleem?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
  - niet van toepassing, ik ben onverwachts (via de EHBO of afdeling Spoedeisende Hulp) opgenomen

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

##### *Openingstijden*

- *geen relevante items*

#### COI Heup-/knieoperatie (ziekenhuiszorg)

##### *Wachttijd*

- *geen relevante items*

##### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

##### *Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Mammacare (goedaardig)

#### *Wachttijd*

- 'Hoe snel kon u na uw contact met de huisarts terecht in het ziekenhuis?'
  - binnen 5 werkdagen
  - tussen 6 en 10 werkdagen
  - tussen 11 en 15 werkdagen
  - na 15 werkdagen
  - weet ik niet (meer)
  
- 'Hoeveel dagen zat er tussen uw eerste bezoek aan het ziekenhuis (polikliniek) en het moment dat u de diagnose (uitslag van het onderzoek) te horen kreeg?'
  - binnen 24 uur
  - 1 - 2 werkdagen
  - 3 - 5 werkdagen
  - 6 - 10 werkdagen
  - na 10 werkdagen
  - weet ik niet (meer)
  
- 'Kreeg u de diagnose (uitslag van het onderzoek) sneller of later te horen dan u had verwacht?'
  - veel sneller
  - sneller
  - op de verwachte tijd
  - later
  - veel later
  - weet ik niet (meer)

#### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

#### *Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Mammacare (kwaadaardig)

#### *Wachttijd*

- 'Hoe snel kon u na uw contact met de huisarts terecht in het ziekenhuis?'
  - binnen 5 werkdagen
  - tussen 6 en 10 werkdagen
  - tussen 11 en 15 werkdagen
  - na 15 werkdagen
  - weet ik niet (meer)
  
- 'Hoeveel dagen zat er tussen uw eerste bezoek aan het ziekenhuis (polikliniek) en het moment dat u de diagnose (uitslag van het onderzoek) te horen kreeg?'
  - binnen 24 uur
  - 1 - 2 werkdagen
  - 3 - 5 werkdagen
  - 6 - 10 werkdagen
  - na 10 werkdagen
  - weet ik niet (meer)

- 'Kreeg u de diagnose (uitslag van het onderzoek) sneller of later te horen dan u had verwacht?'
  - veel sneller
  - sneller
  - op de verwachte tijd
  - later
  - veel later
  - weet ik niet (meer)

*Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

*Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Reumatoïde Artritis

*Wachttijd*

- 'Hoeveel tijd zat er tussen de verwijzing en een eerste afspraak bij de reumatoloog?'
  - korter dan 2 weken
  - 2-4 weken
  - 4-6 weken
  - langer dan 6 weken
  - weet ik niet
- 'Is het een probleem geweest om met een reumatoloog in contact te treden?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem

*Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

*Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Rughernia

*Wachttijd*

- 'Hoeveel tijd zat er tussen uw verwijzing naar deze arts [i.e., de specialist] en uw eerste bezoek aan deze arts?'
  - minder dan 48 uur
  - 3 dagen tot 1 week
  - 1 tot 2 weken
  - 2 tot 4 weken
  - 1 tot 3 maanden
  - meer dan 3 maanden
  - weet ik niet (meer)
- 'Was de wachttijd voor een eerste afspraak met deze arts een probleem voor u?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem



- 'Hoeveel tijd zat er tussen het aanvragen van het [radiodiagnostisch] onderzoek en de dag dat de scan werd gemaakt?'
  - minder dan 1 week
  - 1 tot 2 weken
  - 2 tot 3 weken
  - 3 tot 4 weken
  - meer dan 4 weken
  - weet ik niet (meer)
- 'Was het een probleem voor u om te wachten op het maken van de scan?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
- 'Hoeveel tijd zat er tussen het maken van de scan en het bespreken van de uitslag met de arts?'
  - minder dan 1 week
  - 1 tot 2 weken
  - 2 tot 3 weken
  - 3 tot 4 weken
  - meer dan 4 weken
  - weet ik niet (meer)
- 'Was het een probleem voor u om te wachten op de uitslag van de scan?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
- 'Hoeveel tijd zat er tussen het moment dat de wervelkolomchirurg besloot een operatie uit te voeren en de operatie?'
  - minder dan 1 maand
  - 1 tot 3 maanden
  - 3 tot 6 maanden
  - 3 tot 4 weken
  - meer dan 6 maanden
  - weet ik niet
- 'Was de wachttijd voor een operatie een probleem voor u?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
- 'Wanneer was de eerste controleafspraak na uw operatie?'
  - binnen 1 maand na de operatie
  - 1 tot 2 maanden na de operatie
  - 2 tot 3 maanden na de operatie
  - meer dan 3 maanden na de operatie
  - weet ik niet (meer)

*Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

*Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Spataderen

#### *Wachttijd*

- 'Was de wachttijd voor de behandeling of operatie van uw spataderen in het [ZIEKENHUISNAAM] een probleem voor u?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem

#### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

#### *Openingstijden*

- *geen relevante items*

### CQI Staaroperatie

#### *Wachttijd*

- 'Is het een probleem geweest om na een verwijzing zo snel als u wilde een afspraak bij een oogarts te krijgen voor uw staar?'
  - een groot probleem
  - een klein probleem
  - geen probleem
- 'Hoe lang heeft u moeten wachten voor uw staaroperatie?'
  - [...] weken

#### *Eigen bijdrage*

- *geen relevante items*

#### *Openingstijden*

- *geen relevante items*

## **Bijlage 6: Overzicht van ontwikkelde indicatoren<sup>40</sup> ten behoeve van de marktscan**

### **Transparantie van keuze-informatie**

- Het aantal bronnen (websites) dat vergelijkende keuze-informatie presenteert
- Het percentage zorgconsumenten dat op de hoogte was van het recht om zelf een zorgaanbieder te kiezen
- Het percentage zorgconsumenten dat een bewuste keuze voor zorg heeft gemaakt
- Het percentage zorgconsumenten dat behoefte had aan informatie die zij niet konden vinden

### *Persoonsgebonden kenmerken (tbv. segmentering)*

- Geslacht van zorgconsument
- Leeftijd van zorgconsument
- Opleidingsniveau van zorgconsument
- De mate waarin de zorgvraag gepaard ging met spoed
- De mate waarin er bij de zorgvraag sprake was van een doorverwijzing
- De mate waarin er de bij zorgvraag sprake was van een chronische ziekte

### **Belemmeringen bij toegankelijkheid**

#### *Wachttijd*

- De gemiddelde wachttijd tot aanvang van de zorg
- Het percentage zorgconsumenten dat bij het verstrijken van de wachttijd:
  - a) een gesprek had met de zorgverlener
  - b) een diagnose kreeg toegewezen
  - c) werd behandeld
- De gemiddelde wachttijd die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen
- Het percentage zorgconsumenten dat de wachttijd als een probleem ervoer

#### *Eigen bijdrage*

- De gemiddelde eigen bijdrage
- De gemiddelde eigen bijdrage die zorgconsumenten, gegeven hun zorgvraag en de genoten zorg, zelf als reëel beschouwen
- Het percentage zorgconsumenten dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer

#### *Openingstijden en thuisbezoek*

- Het percentage zorgaanbieders dat buiten kantooruren zorg verleent
- Het percentage zorgconsumenten dat buiten kantooruren bij de zorgaanbieder terecht kon
- Het percentage zorgconsumenten dat openingstijden buiten kantooruren reëel vindt
- Het percentage zorgconsumenten dat de openingstijden als een probleem ervoer
- Het percentage zorgconsumenten waarbij thuisbezoek door de zorgaanbieder mogelijk was
- Het percentage zorgconsumenten dat thuisbezoek door de zorgaanbieder reëel vindt
- Het percentage zorgconsumenten dat problemen ervoer rondom thuisbezoek door de zorgaanbieder

---

<sup>40</sup> Suggesties voor verdiepingvragen (die aan sommige indicatoren kunnen worden gekoppeld) zijn in deze lijst niet opgenomen; zij zijn te vinden in hoofdstuk 2, en in de bijlagen 4a en 4b.

### *Overig*

- Het percentage zorgconsumenten dat de zorg van eerste keuze ontving
- Het percentage zorgconsumenten dat er, op basis van voorziene belemmeringen, wel eens van heeft afgezien een zorgaanbieder te benaderen

### **Marktgedrag**

#### *Initiële keuze*

- Het percentage zorgconsumenten dat terecht kon bij de zorgaanbieder van de eerste keuze
- Het percentage zorgconsumenten dat de behoefte had om meerdere zorgaanbieders met elkaar te vergelijken
- Het percentage zorgconsumenten dat meerdere zorgaanbieders met elkaar heeft vergeleken

#### *Overstappen*

- Het percentage zorgconsumenten dat behoefte heeft gehad om over te stappen naar een andere zorgaanbieder
- Het percentage zorgconsumenten dat is overgestapt naar een andere zorgaanbieder

### **Systeemuitkomsten**

#### *Kwaliteit*<sup>41</sup>

- Ervaren vooruitgang in fysieke vermogens na operatie
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat een goede lichamelijke verzorging ervaart
- Aantal cliënten of vertegenwoordigers dat de zorg als professioneel en veilig ervaart
- Percentage chronisch zieke mensen dat fouten heeft ervaren, zoals:
  - fouten bij medicijnverstrekking
  - medische fout bij behandeling of verzorging
  - fout bij verstrekking onderzoeksuitslagen
- Ervaren bejegening
- Ervaren beleefde behandeling
- Ontvangen van begrijpelijke uitleg
- Meebeslissen over de zorg
- Mate waarin zorgverleners voldoende tijd besteden aan zorggebruikers
- Vervulling zorgwensen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg
- Mate waarin zorggebruikers zeggen vaak hetzelfde verhaal te moeten vertellen
- Patiëntervaringen over ontvangen tegenstrijdige informatie
- Percentage chronisch zieken dat coördinatieproblemen ervaart bij de aanvraag van testen
- Begeleiding en informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis

---

<sup>41</sup> Indicatoren zijn afkomstig uit de Zorgbalans (pag. 260-261; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010)

### *Toegankelijkheid*<sup>42</sup>

- Percentage chronisch zieken dat vanwege de kosten afziet van benodigde gezondheidszorg
- Percentage mensen met een acute hulpvraag dat niet de hulp kreeg die ze nodig hadden of wilden
- Percentage mensen dat van mening is dat de wachttijden in de zorg kort dan wel lang zijn
- Afstemming van de geleverde zorg, onderzoek en behandeling op de behoefte
- Telefonische bereikbaarheid van de reguliere zorg tijdens kantooruren
- Bejegening door zorgverleners
- Percentage zorggebruikers dat vindt dat er voldoende personeel beschikbaar is tijdens verblijf in het ziekenhuis of verpleeghuis
- Aantal mensen dat problemen heeft ondervonden bij het vinden van een huisarts
- Percentage verzekerden dat problemen heeft ervaren in hun keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen

### *Betaalbaarheid*

n.v.t

---

<sup>42</sup> Indicatoren zijn afkomstig uit de Zorgbalans (pag. 261-262; Westert, van den Berg, Zwakhals et al., 2010)