

De CQ-index: vergelijken van klantervaringen in de zorg

**Achtergronddocument bij de Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg
2007 van het Centrum Klantervaring Zorg**

NIVEL:

M. Hendriks

D. de Boer

P. Spreeuwenberg

J. Rademakers

Centrum Klantervaring Zorg:

D. Delnoij



ISBN 978-90-6905-900-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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

1 Inleiding	5
1.1 De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg	6
1.2 Het huidige rapport	7
1.2.1 Vergelijkingen tussen patiëntengroepen	7
1.2.2 Vergelijkingen in een sector	8
1.2.3 Vergelijkingen over de tijd	8
2 Vergelijkingen tussen patiëntengroepen: rapportcijfers, ervaringen en belangrijke aspecten van zorg	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Methode	13
2.2.1 Dataverzameling en respons	13
2.2.2 Schalen	15
2.2.3 Statistische analyses	15
2.3 Resultaten	16
2.3.1 Kenmerken van de patiëntenpopulaties	16
2.3.2 Algemene oordelen	16
2.3.3 Belangrijke aspecten van zorg, ervaringen en algemene oordelen	17
2.3.4 Algemene oordelen en ervaringen aangaande belangrijke en minder belangrijke aspecten	21
2.4 Samenvatting en conclusies	24
2.4.1 Top-10 belangrijkste aspecten per CQ-index	24
2.4.2 Relaties tussen ervaringen op aspecten van zorg en het algemene oordeel	24
3 Vergelijkingen in een sector: de grootte van kwaliteitsverschillen tussen instellingen	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Beschikbare gegevens	28
3.3 Resultaten	30
3.3.1 Intra-klasse correlaties	30
3.3.2 Indeling in groepen	31
3.4 Samenvatting en conclusie	32
4 Vergelijkingen over de tijd: verschillen in de prestaties van zorgverzekeraars	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Methode	37
4.2.1 Beschikbare gegevens	37
4.2.2 Resultaten van 2005, 2006 en 2007	39
4.2.3 Secundaire statistische analyses	40
4.3 Resultaten vergelijkingen over de tijd	41

4.3.1	Verandering in prestaties voor alle zorgverzekeraars samen	41
4.3.2	Verandering in prestaties op verbeterpunten	42
4.3.3	Verandering in prestaties van goede en minder goede zorgverzekeraars	43
4.4	Samenvatting en conclusie	46
5	Algemene samenvatting en discussie	49
5.1	Vergelijkingen tussen patiëntengroepen	49
5.2	Vergelijkingen in een sector	51
5.3	Vergelijkingen over de tijd	52
	Literatuur	55

1 Inleiding

De laatste jaren hebben er ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in het Nederlandse zorgstelsel. Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden. Hiermee is een start gemaakt om het Nederlandse zorgstelsel om te vormen van een aanbodgestuurd tot een vraaggestuurd zorgstelsel. Vraaggestuurde zorg wordt gedefinieerd als ‘zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt. Zorg die ook flexibel is en zodoende kan inspelen op veranderende behoeften van patiënten’ (Dooper, 2005). Met andere woorden: binnen een vraaggestuurde benadering is er een grote rol weggelegd voor de vraag en de behoeften van patiënten en consumenten.

Belangrijk binnen het nieuwe zorgstelsel is dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft, hetgeen vraagt om een goede taakverdeling tussen zorgaanbieders, zorggebruikers en zorginkopers. Van zogenoemde ‘zorgconsumenten’ wordt een actieve, bewuste rol verwacht. De gedachte is dat goed geïnformeerde, kritische consumenten zullen kiezen voor kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs. De zorgaanbieders worden op deze manier gestimuleerd tot betere prestaties: het leveren van goede en doelmatige zorg die aansluit bij de wensen van de patiënt/consument. Ook zorgverzekeraars hebben een grotere verantwoordelijkheid om de wensen van de zorgconsument en de mogelijkheden van de aanbieders op elkaar af te stemmen. De overheid houdt toezicht op de prestaties van het gezondheidszorgsysteem (onder andere door middel van prestatie-indicatoren) en blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid tot kwalitatief goede zorg en voor de betaalbaarheid. Dit alles moet resulteren in meer concurrentie en marktwerking, en uiteindelijk tot een vermindering van kosten en een hogere efficiëntie binnen de gezondheidszorg (Ministerie van VWS, 2000).

Voorwaarde voor het slagen van de vraagsturing in de zorg is transparantie over de kwaliteit van de zorg die wordt verleend. Kritische zorgconsumenten hebben immers informatie nodig om een weloverwogen keuze te maken tussen verschillende zorgaanbieders, zorginstellingen en zorgverzekeraars (zie onder andere de onderzoeksprogrammalijn ‘Kiezen in Zorg’ van ZonMw). Daarnaast moet informatie over de kwaliteit van de zorg voorzien in de informatiebehoefte van:

- zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt;
- zorginstellingen die de kwaliteit van hun zorg willen verbeteren;
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg die toezicht moet houden;
- de overheid die de patiëntgerichtheid van het gezondheidszorgsysteem op macroniveau wil monitoren (Delnoij en Sixma, 2006).

In Nederland wordt, in navolging van landen als de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, tegenwoordig dan ook veel moeite gedaan om de kwaliteit van de gezondheidszorg te meten en informatie hierover voor zorgconsumenten toegankelijk te maken middels

publicatie op internet (zie bijvoorbeeld www.kiesBeter.nl). In lijn met een vraaggestuurde benadering wordt de kwaliteit van de zorg steeds meer gemeten vanuit het perspectief van de patiënt of zorgconsument zélf.

1.1 De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg

Tot nu toe is de kwaliteit van de zorg door verschillende instanties en onderzoeksbureaus en op veel verschillende manieren onderzocht. De resultaten van deze metingen zijn hierdoor niet vergelijkbaar. Om te komen tot vergelijkbare informatie is in Nederland de CQ-index ontwikkeld, wat staat voor Consumer Quality Index (Delnoij et al., 2006). De CQ-index is een familie van meetinstrumenten die de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt/consument meet. Centraal in de CQ-index staan de concrete ervaringen van patiënten met de zorg en het belang dat zij hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten.

De CQ-index is gebaseerd op een combinatie van twee meetmethoden: de CAHPS en QUOTE systematiek. De CAHPS-meetinstrumenten, wat staat voor Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, hebben hun oorsprong in de Verenigde Staten (Delnoij et al., 2006; Hargraves et al., 2003; Hays et al., 1999). De QUOTE-meetinstrumenten, wat staat voor Quality Of care Through the patients' Eyes, zijn ontwikkeld door het NIVEL voor de Nederlandse situatie (Sixma et al., 1998; Nijkamp et al., 2002). CAHPS en QUOTE-instrumenten zijn beide wetenschappelijk gefundeerd en meten beide ervaringen van patiënten/cliënten met de zorg. Het vragen naar het belang dat patiënten/cliënten hechten aan de verschillende kwaliteitsaspecten is overgenomen van de QUOTE-systematiek.

De CQ-index bestaat niet alleen uit meetinstrumenten, maar omvat ook richtlijnen voor het ontwikkelen van een CQI meetinstrument, de steekproeftrekking, de dataverzameling, het analyseren van de gegevens en het rapporteren van de resultaten. Deze richtlijnen zijn vastgelegd in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma en Delnoij, 2007). Om te zorgen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van de CQ-index is op 6 december 2006 het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht (voor meer informatie zie www.centrumklantervaringzorg.nl). Het CKZ verricht zelf geen metingen, maar coördineert de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten en stelt deze vast. Daarnaast houdt de organisatie toezicht op het meetproces en zorgt zij ervoor dat de meetresultaten vergelijkbaar zijn.

De informatie die met de CQ-index gegenereerd wordt, is bedoeld voor alle eerder genoemde doeleinden (zie paragraaf 1.1). Het moet toekomstige patiënten/cliënten ondersteunen bij het kiezen van een goed presterende zorgverlener, zorgverzekeraars handvatten bieden voor de zorginkoop en managers en professionals stimuleren om verbeteracties in gang te zetten daar waar de zorg beter kan. Daarnaast levert de CQ-index (beleids-)informatie voor patiënten/cliëntenorganisaties, overheid en toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Op dit moment zijn er zeven CQI meetinstrumenten ontwikkeld en beschikbaar (zie www.centrumklantervaringzorg.nl). Het gaat om de CQI Zorg en Zorgverzekering, CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T), CQI Gehandicaptenzorg, CQI Staaroperatie, CQI Heup-/Knieoperatie, CQI Diabetes en de CQI Huisartsenzorg overdag. Daarnaast wordt gewerkt aan de ontwikkeling van ruim vijftien CQI meetinstrumenten. Ieder CQI meetinstrument richt zich op een specifieke en afgebakende doelgroep. Deze doelgroepen variëren van heel algemeen tot specifiek. We onderscheiden de volgende drie subgroepen van CQI meetinstrumenten:

- meetinstrumenten op sectorniveau zoals de CQI Gehandicaptenzorg, CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T), CQI Ziekenhuiszorg, CQI Ambulante GGZ en CQI Zorg en Zorgverzekering;
- meetinstrumenten op (specifiek) zorgaanbiederniveau zoals de CQI Fysiotherapie, CQI Huisartsenzorg overdag en CQI Farmaceutische zorg;
- meetinstrumenten op het niveau van specifieke cliëntengroepen of aandoeningen en/of specifieke ingrepen of behandelingen en/of zorgketens. Voorbeelden van meetinstrumenten voor specifieke patiëntengroepen en/of zorgketens zijn: CQI Diabetes, CQI Reumatoïde Artritis, CQI Spataderen, CQI Rughernia en CQI Mammacare (borstkankerzorg). Voorbeelden van meetinstrumenten voor specifieke behandelingen zijn: CQI Heup-/Knieoperatie en CQI Staaroperatie.

1.2 Het huidige rapport

De CQ-index en het bijbehorende CKZ bestaan nu ruim één jaar. In deze periode zijn er voor verschillende terreinen van zorg gegevens verzameld over de ervaren kwaliteit van zorg. Om haar activiteiten te verantwoorden publiceert het CKZ de “Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2007”. In de jaarrapportage staat beschreven welke activiteiten het CKZ heeft ondernomen, wat er tot nu toe al is vergeleken op het gebied van klantervaringen en welke verschillen daarbij aan het licht kwamen. Het huidige rapport van het NIVEL is bedoeld als achtergrondrapport bij deze jaarrapportage en beschrijft de resultaten van enkele verdiepende studies op basis van eerder verzamelde CQI gegevens. Hieronder volgt een korte beschrijving van de onderzoeksvragen die in het huidige rapport aan bod komen.

1.2.1 *Vergelijkingen tussen patiëntengroepen*

In CQI meetinstrumenten wordt naast ervaringen die patiënten hebben ook altijd gevraagd naar een algemeen oordeel over de zorg die patiënten ontvingen. Algemene oordelen, ook wel rapportcijfers genoemd, lijken de visie van een zorggebruiker samen te vatten in één, relatief gemakkelijk te interpreteren gegeven. Het is echter niet bekend wat deze oordelen nu precies betekenen en of ze een goede weerspiegeling vormen van de ervaringen van patiënten met de zorg. Het is denkbaar dat algemene oordelen een verschillende betekenis hebben voor verschillende patiëntengroepen, bijvoorbeeld omdat deze patiëntengroepen andere aspecten belangrijk vinden en laten meewegen in dit oordeel. De hypothese dat de impact van diverse patiëntervaringen op het algemene

oordeel afhankelijk is van het belang dat aan deze ervaringen wordt gehecht kan worden beantwoord met behulp van CQI gegevens. In hoofdstuk 2 wordt bekeken wat verschillende patiëntengroepen belangrijke kwaliteitsaspecten vinden en of het belang dat patiënten/cliënten hechten aan kwaliteitsaspecten bepaalt hoe zwaar ervaringen meewegen in het algemene oordeel over de zorg.

1.2.2 *Vergelijkingen in een sector*

Een belangrijke voorwaarde voor het bewerkstelligen van vraagsturing in de zorg is dat kwaliteitsverschillen tussen instellingen betrouwbaar gemeten en weergegeven kunnen worden. Om te bepalen of een CQI meetinstrument in staat is om kwaliteitsverschillen tussen instellingen te meten wordt in de laatste fase van het ontwikkeltraject van een CQ-index het discriminerend vermogen vastgesteld. De gebruikte maat hiervoor is de intraklasse correlatie (ICC), die aangeeft in welke mate het meetinstrument verschillen tussen de deelnemende instellingen kan aantonen.

Tot op heden wordt binnen de CQ-index gesteld dat er verschillen bestaan tussen instellingen op een kwaliteitsaspect als de bijbehorende ICC statistisch significant is. Het is echter de vraag of statistisch significante verschillen ook verschillen in kwaliteit van zorg weerspiegelen die betekenisvol zijn voor de kiezende patiënt/cliënt of zorginkopende zorgverzekeraar. Idealiter zouden er criteria vastgesteld moeten worden om te bepalen wanneer verschillen tussen instellingen voldoende groot zijn om te kunnen spreken van betekenisvolle verschillen. Op basis van de huidige literatuur is het niet mogelijk om dergelijke criteria op te stellen. Een eerste belangrijke stap is om in kaart te brengen hoe groot de tot nu gevonden verschillen tussen instellingen zijn wat betreft de ervaringen van patiënten/cliënten met de geleverde zorg.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de test op het discriminerend vermogen van zes CQI meetinstrumenten weergegeven. Op basis van deze resultaten geven we antwoord op de vraag welk deel van de verschillen in klantervaringen verklaard kunnen worden door de verschillen tussen instellingen. Om inzicht te krijgen in de grootte van de verschillen tussen instellingen zal gekeken worden naar de resultaten uit de onderzoeken met de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering.

1.2.3 *Vergelijkingen over de tijd*

Vergelijkingen over de jaren van de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde zorgstelsel en de vraagsturing in de zorg te monitoren. Het idee is dat de zorg goedkoper, efficiënter en klantgerichter wordt doordat transparantie en informatie over de kwaliteit van zorg wordt geboden. Het openbaar publiceren van de kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars/zorgaanbieders is hierbij essentieel.

Amerikaans onderzoek (Fung et al., 2008; Hibbard e.a. 2003; 2005) laat zien dat de openbare publicatie van kwaliteitsinformatie ziekenhuizen stimuleert om verbetertrajecten te starten en dat consumenten de informatie in sommige gevallen gebruiken bij het kiezen van een zorgverzekeraar. In Nederland kan op dit moment voor één sector bekeken worden of openbare publicatie van kwaliteitsinformatie leidt tot verbetering in prestaties, namelijk die van de zorgverzekeraars. De ervaringen van consumenten met de zorg en hun zorgverzekeraar zijn reeds in drie achtereenvolgende jaren (2005-2007) in kaart gebracht met de CQI Zorg en Zorgverzekering (Damman et al., 2006; De Boer et al., 2007; Hendriks et al., 2005). De resultaten zijn in al die jaren gepubliceerd op www.kiesBeter.nl en het NIVEL heeft ieder jaar een persbericht uitgebracht waarin vermeld werd welke aspecten van de dienstverlening van de zorgverzekeraars voor verbetering in aanmerking kwamen.

In hoofdstuk 4 worden de veranderingen in de prestaties van de zorgverzekeraars over de tijd bekeken. Onze verwachting is dat met name op die aspecten waarop zorgverzekeraars slecht scoorden en voor die zorgverzekeraars die relatief slecht presteerden een verbetering van kwaliteit te zien zou zijn. Daarom wordt in hoofdstuk 4 ook bekeken of er vaker verbetering te zien is op de verbeterpunten uit de NIVEL-persberichten dan op de overige aspecten en of er vaker verbetering te zien is bij zorgverzekeraars die relatief slecht presteerden in het eerste jaar dan bij de zorgverzekeraars die relatief goed presteerden.

2 Vergelijkingen tussen patiëntengroepen: rapportcijfers, ervaringen en belangrijke aspecten van zorg

2.1 Inleiding

Een belangrijk doel van de CQ-index is om vast te stellen of er verschillen zijn tussen zorgaanbieders in kwaliteit van zorg zoals ervaren door hun patiënten. In CQ-index vragenlijsten wordt dan ook gevraagd naar ervaringen die patiënten hebben met de zorg en naar algemene oordelen over de zorg die zij ontvingen. Algemene oordelen, ook wel rapportcijfers genoemd, lijken de beleving van een zorggebruiker samen te vatten in één, relatief gemakkelijk te interpreteren gegeven. Het is dan ook verleidelijk om deze oordelen te gebruiken in samenvattende rapporten, in persberichten, in overzichtsstudies, als prestatie-indicatoren (bijvoorbeeld in de Zorgbalans) en als keuze-informatie. Daarom is het van belang te onderzoeken wat deze oordelen nu precies betekenen, bijvoorbeeld door te bekijken met welke kwaliteitsaspecten deze oordelen samenhangen.

In enkele recente publicaties zijn associaties gerapporteerd tussen algemene oordelen en patiëntervaringen. Arah et al., (2006) lieten bijvoorbeeld zien dat het algemene oordeel over een ziekenhuis sterk samenhangt met ervaringen betreffende bejegening van de arts, bejegening van de verpleegkundige, pijnbestrijding en verzorging (r 's 0,53 – 0,62; p 's <0,05). Daarnaast werden significante associaties gevonden tussen het algemene oordeel en informatievoorziening bij ontslag, medicatie en omgeving (r 's 0,32 – 0,46 ; p 's <0,05). Uit data van de CAHPS bleek dat het algemene oordeel aanzienlijk sterker werd beïnvloedt door bejegening van de arts dan door wachttijden, toegankelijkheid van zorg en bejegening door kantoormedewerkers (Otani, 2006). Ten slotte bleken algehele oordelen meer samen te hangen met communicatie tussen patiënten en zorgaanbieders dan met objectieve zorginhoudelijke kwaliteitscriteria (Chang et al., 2006). Kortom, er zijn diverse aanwijzingen dat algemene oordelen samenhangen met ervaringen, met name ervaringen betreffende communicatie/bejegening. Deze bevindingen kunnen echter niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar de verschillende CQ-index vragenlijsten. Iedere CQ-index vragenlijst is namelijk gericht op een specifieke groep patiënten. Het is daarom goed mogelijk dat er verschil zit tussen patiëntengroepen in hetgeen een algemeen oordeel betekent, bijvoorbeeld omdat er verschil kan zitten in de aspecten van zorg die deze groepen belangrijk vinden.

Een belangrijk kenmerk van de CQ-index betreft de aandacht voor het belang dat patiënten hechten aan verschillende aspecten van zorg. Tijdens de ontwikkeling van een CQ-index vragenlijst komt dit aan de orde in focusgroeps gesprekken met patiënten. Tevens wordt er - naast de ervaringenvragenlijst - ook een belangenvragenlijst geconstrueerd. In deze lijst wordt gevraagd hoe belangrijk patiënten bepaalde kwaliteitsaspecten vinden. De belanglijst wordt veelal bij een kleine groep patiënten eenmalig afgenomen. De volgorde van belangrijkheid van aspecten van zorg blijkt

bijzonder constant te zijn binnen patiëntengroepen (De Boer et al., 2007). Tussen patiëntengroepen zijn er echter aanzienlijke verschillen (Smit en Friele, 2005). Het is dan ook denkbaar dat algemene oordelen een verschillende betekenis hebben tussen patiëntengroepen omdat deze patiëntengroepen andere dingen (belangen) meewegen in dit oordeel. Voor patiënten met chronische inflammatoire darmziekten - zoals de ziekte van Crohn - is het bijvoorbeeld heel belangrijk om binnen 24 uur terecht te kunnen in het geval van een acute aanval (Van der Eijk et al., 2001). Wellicht laten deze patiënten ervaringen aangaande een snelle toegang tot zorg derhalve zwaar meewegen bij het vormen van een algemeen oordeel terwijl diabetes patiënten dit misschien niet laten meewegen omdat het voor hen minder belangrijk is.

De hypothese dat de impact van diverse patiëntervaringen op het algemene oordeel afhankelijk is van het belang dat aan deze ervaringen wordt gehecht is al eens aangedragen (Sixma et al., 1998). Aangezien binnen de CQ-index data worden verzameld over algemene oordelen, ervaringen en het belang dat patiënten hechten aan verschillende aspecten van zorg kan de hypothese van Sixma et al. (1998) met CQ-index data nader worden onderzocht. Dit hoofdstuk richt zich op deze hypothese waarbij datasets zijn gebruikt van de volgende CQ-index vragenlijsten: CQI Mammacare, CQI Heup-/Knieoperatie, CQI Staaroperatie, CQI Reumatoïde artritis en CQI Diabetes. Voor deze vragenlijsten is gekozen omdat er van deze lijsten data beschikbaar zijn en omdat zij een breed scala aan patiëntengroepen/zorgtrajecten vertegenwoordigen.

De volgende onderzoeksvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord:

- 1 *‘Wat vinden borstkankerpatiënten, patiënten die een heup- / knieoperatie ondergaan, patiënten die een staaroperatie ondergaan, reumapatiënten en diabetespatiënten belangrijke kwaliteitsaspecten?’*
- 2 *‘In hoeverre hangen individuele ervaringen betreffende belangrijke aspecten van zorg samen met het algemene oordeel over de zorg?’*
- 3 *‘Voorspellen ervaringen aangaande de tien belangrijkste aspecten van zorg het algemene oordeel beter dan ervaringen aangaande minder belangrijke aspecten van zorg?’*

Deze vragen worden beantwoord door middel van secundaire analyses op data die zijn verzameld door de Stichting Miletus, een samenwerkingsverband van vrijwel alle zorgverzekeraars. Het NIVEL heeft een gebruiksrecht op deze gegevens voor het valideren van de vragenlijsten, het doen van wetenschappelijk onderzoek en het doorontwikkelen van de CQI systematiek.

2.2 Methode

2.2.1 Dataverzameling en respons

De data die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd zijn verzameld in diverse CQ-index ontwikkeltrajecten. In dit hoofdstuk volstaan we dan ook met een beknopt overzicht van de steekproeftrekking, dataverzameling en respons; voor een uitgebreider overzicht verwijzen we naar de ontwikkelrapporten van de CQI Mammacare, de CQI Heup-/Knieoperatie, de CQI Staaroperatie, de CQI Reumatoïde artritis en de CQI Diabetes (Damman et al., 2007; Zuidgeest et al., 2007; Stubbe et al., 2007; Stubbe en Van Dijk, 2007b; Stubbe en Van Dijk, 2007a). Inconsistenties tussen de beschrijvingen van de diverse responsanalyses berusten op verschillen in de manier waarop deze gerapporteerd waren in de voornoemde publicaties.

Borstkanker

Een steekproef van 1.197 personen is aangeschreven met zowel een ervaringenlijst als een belanglijst. De netto respons bedroeg 58,1% (695 respondenten) voor de ervaringenlijst en 56,1% voor de belanglijst (671 respondenten). Een responsanalyse voor geslacht was, wegens te weinig mannelijke patiënten, niet aan de orde voor deze dataset. Wat betreft leeftijd waren de respondenten (M=55,2 jaar, SD=13,5) gemiddeld genomen even oud als de non-respondenten (M=56,6 jaar, SD=13,2; $t=0,79$ $p=0,09$).

Van de uiteindelijke datasets zijn de volgende gegevens gebruikt: ervaringen aangaande de 10 belangrijkste en 10 minst belangrijke aspecten van zorg, algemeen oordeel ziekenhuis en leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid. Tevens is ervoor gekozen om alleen die patiënten te selecteren die een kwaadaardige borstafwijking hadden. Dit stemt overeen met het vervoltraject van de ontwikkeling van de CQI Mammacare waarin nu aparte vragenlijsten worden gebruikt voor goedaardige en kwaadaardige borstafwijkingen; deze keuze berust op het inzicht dat deze twee patiëntengroepen teveel van elkaar verschillen om ze geïntegreerd te meten.

Heup-/Knieoperatie

Een steekproef van 2.456 mensen werd benaderd met de ervaringenlijsten. De netto respons bedroeg 75% (1.842 respondenten). Respondenten verschilden niet significant van non-respondenten wat betreft geslacht ($\chi^2=3,55$; n.s), maar wel wat betreft leeftijd ($t=-5,90$; $p<0,001$): non-respondenten waren gemiddeld ouder (72,4 jaar) dan respondenten (69 jaar). De belanglijst was naar een aparte groep van 330 patiënten verstuurd met een netto respons van 86% (284 respondenten). Een non-respons analyse voor de belanglijst was niet beschikbaar in het ontwikkelrapport (Gelsema et al., 2006).

Van de uiteindelijke datasets zijn de volgende gegevens gebruikt: ervaringen aangaande de tien belangrijkste en tien minst belangrijke aspecten van zorg, algemeen oordeel ziekenhuis en leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid.

Staaroperatie

Voor de CQI Staaroperatie zijn 6.468 ervaringenvragenlijsten verstuurd met een netto respons van 80% (4.638 respondenten). Voor de ervaringenlijst verschilden respondenten en non-respondenten niet wat betreft geslachtsverdeling, maar wel qua leeftijd ($\chi^2=38,82$; $p<0,001$). Respondenten waren gemiddeld ouder dan non-respondenten. Daarnaast zijn er nog eens 351 belangvragenlijsten verstuurd. De belangvragenlijst kende twee versies, waarvan hier alleen data worden getoond van de versie die achteraf als superieur werd beschouwd en naar 175 mensen was verstuurd (Brouwer et al., 2006). De netto respons voor deze belangenlijst was 80,0% (140 respondenten). Evenals bij de ervaringenlijst gold voor de belangenlijst ook dat er geen verschil was tussen respondenten en non-respondenten aangaande geslachtsverdeling, maar wel wat betreft leeftijd, waarbij er onder de respondenten meer 65 plussers waren dan onder de non-respondenten.

Van de uiteindelijke datasets zijn de volgende gegevens gebruikt: ervaringen aangaande de tien belangrijkste en tien minst belangrijke aspecten van zorg, algemeen oordeel ziekenhuis en leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid.

Diabetes

Voor de CQI Diabetes zijn 9.069 personen met de ervaringenlijst benaderd. De netto respons bedroeg 62,5% (5.685 respondenten). Respondenten waren gemiddeld 68,4 jaar oud en daarmee significant ouder ($p<0,001$) vergeleken met non-respondenten (64,9 jaar oud). Daarnaast was er een significant verschil in de geslachtsverdeling ($p=0,01$): de proportie vrouwen onder de respondenten (56,4%) was groter als de proportie vrouwen onder de non-respondenten (53,1%). De belangscores voor de CQI Diabetes stammen van een voorloper hiervan, namelijk de QUOTE Diabetes (Schouten et al., 2000).

Van de uiteindelijke datasets zijn de volgende gegevens gebruikt: ervaringen aangaande de acht belangrijkste aspecten van zorg, algemeen oordeel diabeteszorg en leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid. Van de top-10 belangrijkste items in de voorloper van de CQI Diabetes (Schouten et al., 2000) was in acht gevallen een ervaringsvraag aanwezig in de hier gebruikte dataset. Deze voorloper verhaalde niet over de top-10 minst belangrijke aspecten. Ervaringen aangaande de top-10 minst belangrijke aspecten zijn voor deze CQ-index dan ook niet geanalyseerd in dit hoofdstuk.

Reumatoïde Artritis

Voor de data voor de CQI Reumatoïde Artritis zijn 590 patiënten met zowel een ervaringen- als een belangenlijst benaderd. Bij de ervaringenlijst was de netto respons 71,3% (420 respondenten) en voor de belangenlijst was dit 67,0% (395 respondenten). De non-respons analyse werd alleen voor de ervaringenlijst uitgevoerd. Wat betreft geslacht was er geen verschil tussen respondenten en non-respondenten ($\chi^2=1,76$; $p=0,18$). Er was wel een verschil in leeftijd ($t=2,86$; $p=0,004$): respondenten ($M=62,9$ jaar, $SD=11,5$) waren significant ouder dan non-respondenten ($M=59,7$ jaar, $SD=14,3$).

Van de uiteindelijke datasets zijn de volgende gegevens gebruikt: ervaringen aangaande de tien belangrijkste en tien minst belangrijke aspecten van zorg, algemeen oordeel reumazorg en leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid.

2.2.2 *Schalen*

Algemene oordelen of rapportcijfers kennen een schaal van nul (slechtst mogelijke oordeel) tot tien (best mogelijke oordeel). Omdat de rapportcijfers scheef verdeeld waren zijn deze voor de correlatie en regressieanalyses gehercodeerd, waarbij de cijfers nul tot vijf de waarde één kregen en de cijfers zes tot tien de waarden twee tot zes kregen. Na deze hercodering waren de rapportcijfers normaal verdeeld, behoudens een lichte negatieve scheefheid (skewness = -0,06 tot -0,64).

Bij ervaringsvragen wordt gevraagd naar de frequentie waarmee iets voorkomt (gecodeerd van één [nooit] tot vier [altijd]) of de mate waarin iets een probleem is (gecodeerd van één [een groot probleem] tot drie [geen enkel probleem]). Daarnaast zijn er ook vragen die maar twee antwoordcategorieën hebben, namelijk ja (één) of nee (twee). Waar nodig zijn ervaringsvragen zodanig gehercodeerd dat hoge waarden positief zijn (er wordt tegemoetgekomen aan hetgeen de patiënt belangrijk vindt) en lage waarden negatief.

Belangvragen zijn doorgaans gecodeerd van één (niet belangrijk) tot vier (van het allergrootste belang). Echter, in dit hoofdstuk worden de scores op deze vraag niet gerapporteerd, maar worden de scores alleen gebruikt om te bepalen of een aspect van zorg al dan niet tot de top-10 belangrijkste of de top-10 minst belangrijke aspecten behoort volgens de betreffende patiëntengroep.

2.2.3 *Statistische analyses*

De analyses bestonden uit een drietal stappen die per vragenlijst werden doorlopen. Allereerst werd met behulp van partiële correlaties vastgesteld in hoeverre ervaringen op de belangrijkste aspecten van zorg samenhangen met het rapportcijfer. Hierbij werd gecontroleerd voor leeftijd, opleiding, ervaren gezondheid en - met uitzondering van borstkanker - ook voor geslacht; deze variabelen worden binnen de CQ-index vaak gebruikt als case-mix adjuster bij vergelijkende analyses omdat een deel van de variantie in ervaringen en algemene oordelen hierdoor verklaard wordt (Sixma en Delnoij, 2007). Vervolgens werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met het algemene oordeel als afhankelijke variabele. Als onafhankelijke variabelen werden als eerste leeftijd, opleiding, ervaren gezondheid en geslacht toegevoegd. Daarna werden de ervaringen aangaande belangrijke aspecten van zorg toegevoegd. Als laatste vond er een tweede lineaire regressie plaats met als enige verschil ten opzichte van de eerste lineaire regressie dat nu de ervaringen aangaande de top-10 minst belangrijke aspecten als onafhankelijke variabelen werden gebruikt naast de persoonlijke kenmerken.

2.3 Resultaten

2.3.1 Kenmerken van de patiëntenpopulaties

Tabel 2.1 geeft de kenmerken van de patiëntenpopulaties weer. Te zien is dat deze kenmerken aanzienlijk verschillen tussen de CQ-index vragenlijsten.

Tabel 2.1 Kenmerken van de patiëntenpopulaties

CQI	gemiddelde leeftijd (SD)	% mannen
reuma	62,2 (11,9)	26,9
borstkanker	54,5 (7,1)	-
diabetes	66,5 (11,8)	43,3
heup-/Knieoperatie	69,4 (10,4)	28,3
staaroperatie	73,4 (9,9)	37,1

2.3.2 Algemene oordelen

De algemene oordelen voor de totale zorg zijn te vinden in tabel 2.2. Tabel 2.2 suggereert dat verschillende patiëntengroepen de ontvangen zorg verschillend waarderen; zo is het algehele rapportcijfer bij reuma bijna een volle punt lager dan dat van staaroperatie. Hiertussen bevinden zich de rapportcijfers van de CQI Diabetes en de CQI Heup-/Knieoperatie die elkaar nauwelijks ontlopen. Daarnaast lijkt er, met uitzondering van borstkanker, een positief verband te bestaan tussen de gemiddelde leeftijd van de steekproef en rapportcijfer (zie ook tabel 2.1). Hoe ouder respondenten, hoe positiever de oordelen. Binnen CQ-index vragenlijsten wordt in vergelijkende analyses dan ook gecorrigeerd voor kenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid. De reden hiervoor is dat vergelijkende analyses als doel hebben verschillen tussen zorgaanbieders te laten zien, niet verschillen tussen de patiëntenpopulaties van die zorgaanbieders. De resultaten in tabel 2.2 gecombineerd met de gegevens over leeftijd in tabel 2.1 suggereren dat er ook correcties nodig zijn bij directe vergelijkingen tussen vragenlijsten. De implicaties hiervan worden nader besproken in hoofdstuk 5.

Tabel 2.2 Gemiddelde rapportcijfers voor reuma, diabetes, heup-/knieoperatie en staaroperatie

CQI	N	rapportcijfer	SD
reuma	368	7,9	1,48
borstkanker	653	8,2	1,42
diabetes	5148	8,3	1,64
heup-/knieoperatie	1665	8,4	1,39
staaroperatie	4523	8,8	1,32

2.3.3 *Belangrijke aspecten van zorg, ervaringen en algemene oordelen*

Tabel 2.3 geeft onder meer weer wat verschillende patiëntengroepen belangrijke aspecten van zorg vinden. Om deze prioriteiten toe te kunnen schrijven aan overkoepelende concepten is gebruik gemaakt van thema's die regelmatig terugkomen in CQ-index vragenlijsten zoals toegankelijkheid (T) (De Boer et al., 2007; Damman et al., 2007), bejegening (B) (Gelsema et al., 2006; Brouwer et al., 2006; De Boer et al., 2007; Zuidgeest et al., 2007; Stubbe et al., 2007), informatievoorziening (I) (Gelsema et al., 2006; Brouwer et al., 2006; Damman et al., 2007) en professionele deskundigheid (P) (Zuidgeest et al., 2007). Vaak worden voornoemde concepten bij verschillende CQ-index meetinstrumenten net iets anders benoemd, hoewel ze min- of meer hetzelfde betekenen. De concepten die in dit hoofdstuk worden gebruikt zijn dan ook niet letterlijk in iedere CQ-index terug te vinden. Naast de tien belangrijkste aspecten per vragenlijst zijn in tabel 2.3 zijn ook de correlaties vermeldt tussen de ervaringen op deze aspecten en het rapportcijfer. Deze tabel wordt in de volgende alinea's besproken per CQI meetinstrument en vervolgens samengevat voor alle vijf de CQI meetinstrumenten.

Borstkanker

De top-10 belangrijkste aspecten van borstkankerpatiënten kenmerkt zich door een sterke vertegenwoordiging van het concept toegankelijkheid en tijdigheid: de vijf belangrijkste aspecten kunnen hieraan worden toegeschreven. Aspecten aangaande toegankelijkheid en tijdigheid hebben betrekking op doorverwijzingen, afspraken bij de arts op korte termijn en snelle uitslagen van testen. Bij de overige aspecten komt geen duidelijk overkoepelend beeld naar voren.

Wat betreft relaties tussen ervaringen en het algemene oordeel bleek serieus genomen worden het sterkst gerelateerd ($r=0,36$; $p<0,05$). Daarnaast was het opmerkelijk dat hoe sneller men na diagnose geopereerd wordt, hoe lager het rapportcijfer ($r=-0,22$; $p<0,05$).

Heup-/Knieoperatie

Bij heup-/knieoperaties was informatievoorziening het dominante thema met items die betrekking hebben op de begrijpelijkheid van uitleg en informatie/adviezen aangaande het traject na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast wensen zij serieus te worden genomen en hechten zij aan verdoving zoals van tevoren overlegd en hygiëne op de kamer.

Relaties tussen ervaringen en het rapportcijfer waren allen positief. Uitschieters waren de bejegeningaspecten (r 's 0,34 en 0,40; p 's $<0,05$).

Staaroperatie

Net als bij de CQI Heup-/Knieoperatie kenmerkt de top-10 belangscores van de CQI Staaroperatie zich door het thema informatievoorziening met items over de begrijpelijkheid van uitleg en informatie/adviezen aangaande het traject na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast staan er twee items aangaande vergoedingen van verzekeraars in de top-10.

Alle ervaringen waren positief gerelateerd aan het rapportcijfer op één uitzondering na, namelijk of de zorgverzekeraar de operatie vergoedt. Dit item was niet gerelateerd. Het

sterkst gerelateerde item betrof ook bij de CQI Staaroperatie een bejegeningsitem ($r=0,36$; $p<0,05$).

Reuma

Bij reuma zijn informatievoorziening en toegankelijkheid sterk vertegenwoordigd in de top-10 belangrijkste aspecten. Wat betreft informatievoorziening gaat het vooral om informatie omtrent een operatie. Items die onder toegankelijkheid vallen gaan vooral om snel terecht kunnen bij een reumatoloog wanneer dat nodig is.

De relatie tussen het algemene rapportcijfer en ervaringen was wisselend. In enkele gevallen waren de correlaties niet significant. Sommige van deze gevallen omvatten negatieve relaties omtrent informatie over een operatie en het rapportcijfer: hoe meer informatie, hoe lager het cijfer. Deze zijn niet significant omdat de betreffende items voor vele van de respondenten niet van toepassing waren; de correlaties zijn derhalve gebaseerd op een kleine subgroep. De mate waarin de zorgverlener die medicijnen verstrekt ook rekening houdt met andere medicatie was het hoogst gerelateerd aan het rapportcijfer ($r=0,44$; $p<0,05$), gevolgd door het toegankelijkheidsitem 'binnen een redelijke termijn terecht kunnen' ($r=0,37$; $p<0,05$) en het bejegeningsitem 'serieus genomen worden' ($r=0,36$; $p<0,05$).

Tabel 2.3 Top 10 belangrijkste aspecten van zorg voor borstkanker, heup-/knieoperatie, staaroperatie, reuma en diabetes

nr.	aspect	belang		ervaring	
		thema	correlatie	N	rapportcijfer
Borstkanker (Vindt u het belangrijk dat ...)					
1	... u na een verwijzing snel een afspraak in het ziekenhuis krijgt	T	-0,05	324	
2	... de huisarts u snel doorverwijst naar het ziekenhuis	T	0,14 [#]	293	
3	... u snel de uitslag van de onderzoeken krijgt	T	-0,10 ^a	211	
4	... u snel na de diagnose geopereerd wordt	T	-0,22 [#]	278	
5	... de uitslag van het mammogram (foto van de borstklier) van het bevolkingsonderzoek u snel bereikt	T	0,10	115	
6	... u geïnformeerd wordt over de schildwachtklierprocedure	I	0,00	292	
7	... u niet opnieuw geopereerd hoeft te worden	P	0,08	227	
8	... u geïnformeerd wordt over mogelijke bijwerkingen van verdere behandelingen	I	0,13	212	
9	... zorgverleners u serieus nemen	B	0,36 ^{#a}	125	
10	... u na de operatie niet te maken krijgt met complicaties	P	-0,02	277	

- vervolg tabel 2.3 -

- vervolg tabel 2.3 -

nr.	belang		ervaring	
	aspect	thema	correlatie rapportcijfer	N
Heup-/knieoperatie				
1	Werd u goed geïnformeerd over wat u na de operatie wel en niet mocht doen?	I	0,21 [#]	1523
2	Hoe vaak werden uw kamer en badkamer schoon gehouden?	P	0,26 [#]	1508
3	Kreeg u de verdoving die met u was overlegd?	P	0,08 [#]	1505
4	Kreeg u, toen u het ziekenhuis verliet, informatie over symptomen of gezondheidsproblemen waar u op moest letten na uw ontslag?	I	0,27 [#]	1505
5	Was de zorg die u van de fysiotherapeut kreeg, goed afgestemd op uw persoonlijke situatie?	T	0,09 [#]	1394
6	Hoe vaak legden verpleegkundigen u dingen uit op een manier die u kon begrijpen?	I	0,34 [#]	1523
7	Hoe vaak legden artsen en/of nurse practitioners u dingen uit op een manier die u begreep?	I	0,30 [#]	1470
8	Werd u goed geïnformeerd over behandeling na de operatie, zoals fysiotherapie?	I	0,20 [#]	1523
9	Hoe vaak namen verpleegkundigen u serieus?	B	0,40 [#]	1523
10	Hoe vaak namen artsen en/of nurse practitioners u serieus?	B	0,34 [#]	1475
Staaroperatie (Vindt u het belangrijk dat ...)				
1	... de oogarts u vertelt wat de risico's van een behandeling zijn?	I	0,21 [#]	4153
2	... iemand met u bespreekt wat u na de staaroperatie moet doen in geval van nood?	I	0,19 [#]	4137
3	... uw zorgverzekeraar de staaroperatie volledig vergoed?	T	0,01	4186
4	... de oogarts u dingen uitlegt op een manier die u begrijpt?	I	0,27 [#]	4186
5	... oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u vragen of u allergisch bent voor bepaalde geneesmiddelen?	P	0,15 ^{#a}	4109
6	... de oogarts met aandacht naar u luistert?	B	0,36 [#]	4186
7	... u informatie krijgt over welke activiteiten u wel en niet kan doen na de staaroperatie?	I	0,12 [#]	4186
8	... oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u mogelijke bijwerkingen uitleggen op een manier die u kan begrijpen?	I	0,29 [#]	4034
9	... de oogarts medicijnen voorschrijft die volledig vergoed worden door uw zorgverzekering?	T	0,05 [#]	4081
10	... u tijdens de operatie geen pijn heeft?	P	0,10 [#]	4186
Reuma (Vindt u het belangrijk dat ...)				
1	...de zorgverlener die u medicijnen verstrekt rekening houdt met andere medicijnen die u ook gebruikt	P	0,44 [#]	287
2	...de medisch specialist aan u vertelt wat de risico's zijn van een operatie	I	-0,24	34

- vervolg tabel 2.3 -

- vervolg tabel 2.3 -

nr.	belang		ervaring	
	aspect	thema	correlatie rapportcijfer	N
3	...u na een verwijzing snel terecht kunt bij een reumatoloog	T	0,04	85
4	...u door de huisarts snel wordt doorverwezen naar een reumatoloog	T	0,00	87
5	...u geïnformeerd wordt over de gevolgen van een operatie voor lange termijn	I	-0,07	35
6	...u op een redelijk termijn op het spreekuur terecht kunt als de klachten van uw reuma verergeren	T	0,37 [#]	269
7	...de medisch specialist aan u vertelt wat er tijdens een operatie precies gaat gebeuren	I	-0,32	35
8	...zorgverleners u serieus nemen	B	0,36 [#]	332
9	...u van de medisch specialist leefregels meegeeft voor na een operatie	I	0,12	35
10	...er afspraken gemaakt worden over wat u moet doen als de reuma verergert, zoals bijvoorbeeld bij een acute aanval	I	0,15 [#]	337
Diabetes				
1	Zorgverleners moeten goede begeleiding geven bij doseren insuline	P	0,39 [#]	1114
2	Ogen moeten minstens een keer per jaar gecontroleerd	P	0,11 [#]	4743
3	Zorgverleners moeten mij serieus nemen	B	0,39 ^{#a}	3334
4	Zorgverleners moeten goede voorlichting geven	I	0,49 [#]	4743
5	Zorgverleners moeten geen tegenstrijdige informatie vertellen	I	0,09 [#]	2033
6	Zorgverleners moeten goed kunnen luisteren	B	0,40 ^{#a}	3381
7	Zorgverleners moeten deskundig zijn op gebied van diabetes	P	-	-
8	Bij geplande controle moet besproken worden of behandeling nog optimaal is	P	0,45 [#]	4715
9	Uitleg over medicijnen en hulpmiddelen altijd in begrijpelijke taal	I	0,39 [#]	3346
10	Zorgverleners moeten zelfgemeten bloedwaarden serieus nemen	B	-	-

significant ($p < 0,05$)

a voor dit aspect waren er twee ervaringsitems; de gemiddelde correlatie en kleinste n zijn vermeldt

- voor dit belangitem was geen corresponderend ervaringsitem beschikbaar

B=bejegening, I=informatievoorziening, P=professionele kwaliteit en deskundigheid, T=toegankelijkheid en tijdigheid

Diabetes

Bij diabetes is de top-10 belangrijkste items redelijk gelijk verdeeld over de thema's professionele deskundigheid, informatievoorziening en bejegening. Items van professionele deskundigheid hebben betrekking op verschillende dingen: jaarlijkse controle van ogen, goede begeleiding bij dosering insuline, deskundigheid van zorgverleners en bij controle bespreken of de behandeling nog optimaal is. Bij informatievoorziening gaat het om goede voorlichting in begrijpelijke taal zonder tegenstrijdigheden. Ten slotte hebben de bejegeningssystemen betrekking op serieus genomen worden en goed luisteren.

Correlaties tussen het rapportcijfer en de ervaringen waren alle positief en doorgaans hoog. Alleen ervaringen aangaande tegenstrijdige informatie en de jaarlijkse controle van ogen waren wat lager gerelateerd, maar wel significant (r 's 0,09 en ,11; p 's < 0,05)

Samenvatting prioriteiten en correlaties tussen ervaringen en rapportcijfers

Wat betreft de top-10 belangrijkste aspecten bleek dat bij borstkanker vooral veel waarde wordt gehecht aan de snelheid van het proces wat betreft verwijzingen, operaties en diagnostische tests. Bij heup-/knieoperaties en staaroperaties daarentegen wordt veel meer belang gehecht aan informatievoorziening betreffende aandachtspunten na de operatie en begrijpelijkheid van informatie. Bij reuma wordt ook veel waarde gehecht aan informatievoorziening. Interessant gegeven hierbij is dat drie van de vier aspecten aangaande informatievoorziening bij reuma ook weer betrekking hebben op een operatie. Patiënten hebben kennelijk een grote informatiebehoefte met betrekking tot operaties. Toegankelijkheid speelde ook een rol bij reuma, waarbij het met name gaat om snel terecht kunnen wanneer dat nodig is. Bij diabetes waren de belangrijkste aspecten redelijk gelijk verdeeld over informatievoorziening, bejegening en professionele kwaliteit/deskundigheid.

Relaties tussen ervaringen aangaande belangrijke aspecten en het algemene oordeel varieerden sterk. In de meeste gevallen waren relaties positief van aard (naarmate meer aan een prioriteit tegemoet wordt gekomen is het algemene oordeel hoger) of niet significant. In enkele gevallen waren relaties negatief van aard (naarmate meer aan een prioriteit tegemoet wordt gekomen is het algemene oordeel lager). In de discussie wordt dit nader besproken. Hoewel relaties varieerden in grootte, significantie en soms ook richting zijn er wel enkele patronen zichtbaar. Zo bleken relaties tussen ervaringen van het thema 'bejegening' voor alle vijf de lijsten goed samen te hangen met het rapportcijfer. Daarnaast zien we dat er bij heup-/knieoperaties en diabetes veel hoge significante associaties zijn ($r > 0,30$) en bij andere lijsten zoals staaroperatie en borstkanker over het algemeen minder hoge associaties ($r < 0,30$).

2.3.4 Algemene oordelen en ervaringen aangaande belangrijke en minder belangrijke aspecten

Het is mogelijk dat ervaringen die gecorreleerd zijn aan het algemene oordeel ook gecorreleerd zijn aan elkaar. De variantie in het rapportcijfer die wordt verklaard door ervaringen kan dus de som zijn van de verklaarde varianties per ervaring, maar dat hoeft niet. Om inzicht te krijgen in de mate waarin ervaringen aangaande de tien belangrijkste items *gezamenlijk* variantie in rapportcijfer verklaren zijn lineaire regressieanalyses uitgevoerd met rapportcijfer als afhankelijke variabele. Als eerste stap zijn de demografische kenmerken leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid en opleiding in het model gestopt. Bij borstkanker is geslacht buiten beschouwing gelaten omdat er te weinig mannen in deze database aanwezig waren. Demografische kenmerken voorspellen voor een deel hoe mensen vragenlijsten invullen. Zo zijn oudere mensen bijvoorbeeld overwegend positiever dan jongere mensen. Dit betekent dat een deel van de relatie tussen rapportcijfers en ervaringen kan berusten op een demografisch kenmerk dat

voorspelt hoe optimistisch mensen algemene oordelen geven en ervaringen waarderen. Omdat we niet primair geïnteresseerd zijn in het deel van de relatie tussen rapportcijfers en ervaringen dat verklaard kan worden door demografische kenmerken is hiervoor gecorrigeerd in de correlatieanalyse. Om dezelfde reden worden demografische kenmerken bij de regressieanalyse in een eerste stap in het model ingevoerd. Deze strategie biedt de mogelijkheid om te onderzoeken hoeveel van de variantie in algemene oordelen verklaard kan worden door demografische kenmerken. Daarnaast kunnen we bekijken hoeveel ervaringen op belangrijke aspecten toevoegen aan de verklaarde variantie als de demografische kenmerken al in het model zitten.

Tabel 2.4 geeft de uitkomsten van deze lineaire regressieanalyses weer en laat zien dat demografische kenmerken voor alle vijf de lijsten significant bijdragen aan de voorspelling van het rapportcijfer. De range van verklaarde varianties bedraagt tussen de 2,4 en 8,4%. Met name ervaren gezondheid heeft impact op het rapportcijfer. Wanneer ervaringen aan het model worden toegevoegd, stijgt de verklaarde variantie voor alle lijsten aanmerkelijk (zie tabel 2.4). Bij borstkanker stijgt de verklaarde variantie van 8,4% naar 27,6% (stijging=19,2%). Bij heup-/knieoperatie stijgt de verklaarde variantie van 7,1% naar 33,3% (stijging=26,2%). Bij staaroperatie stijgt de verklaarde variantie door toevoeging van ervaringen het minste: van 2,8% naar 20,1% (stijging=17,3%). Bij reuma stijgt de verklaarde variantie van rapportcijfer na toevoeging van ervaringen van 2,4% naar 22,2% (stijging=19,8%). Ten slotte laat diabetes een aanzienlijke stijging zien: na toevoeging van ervaringen stijgt de variantie van 5,3% naar 35,1% (stijging=29,8%).

Ervaringen op aspecten van zorg die patiënten minder of niet belangrijk vinden

De voorgaande correlatie- en regressieanalyses lieten zien dat ervaringen aangaande de belangrijkste aspecten van zorg samenhangen met het rapportcijfer. Deze analyses laten echter niet zien of ervaringen op de belangrijkste aspecten van zorg het rapportcijfer doorgaans beter voorspellen vergeleken met ervaringen op minder belangrijke aspecten. Om hier inzicht in te krijgen is er een tweede regressieanalyse uitgevoerd; in plaats van de tien belangrijkste ervaringsitems zijn nu de tien minst belangrijke ervaringsitems in het model gestopt. We merken hierbij op dat het niet gaat om volkomen onbelangrijke ervaringen, want deze ervaringen waren nog wel voldoende belangrijk om op te nemen in de vragenlijst. Voor het model met alleen demografische kenmerken verwijzen we naar tabel 2.4, het model met demografische kenmerken én ervaringen op minder belangrijke aspecten is te vinden in tabel 2.5. Ten opzichte van het model met alleen demografische kenmerken (zie tabel 2.4) voegen ervaringen aangaande relatief onbelangrijke aspecten van zorg voor borstkanker en reuma respectievelijk 3,4% en 4,4% toe aan de verklaarde variantie. Bij de CQI Heup-/Knieoperatie en de CQI Staaroperatie stijgt de verklaarde variantie met respectievelijk 16,1% en 19,4%. Voor diabetes zijn er onvoldoende gegevens betreffende relatief onbelangrijke items omdat deze bij een revisie van de vragenlijst geschrapt zijn. Door de analyses uit tabel 2.5 te spiegelen aan de modellen met ervaringen aangaande belangrijke aspecten van zorg in tabel 2.4 wordt duidelijk dat ervaringen aangaande belangrijke items aanzienlijk meer variantie in rapportcijfer verklaren. De enige uitzondering hierop vormt de CQI Staaroperatie waarbij minder belangrijke aspecten marginaal meer variantie verklaren dan belangrijke aspecten.

Tabel 2.4 Lineaire regressieanalyses met rapportcijfer als afhankelijke variabele en demografische kenmerken en ervaringen op de tien belangrijkste aspecten van zorg als onafhankelijke variabelen

CQI	model	leeftijd	sexe	ervaren gezondheid	opleiding	vrijheidsgraden ^d	R ²
borstkanker	dk ^{a,b}	0,08	–	0,29 [#]	-0,04	3, 353	0,084 [#]
	dk, ervaringen ^c	0,02	–	0,19 [#]	-0,02	16, 353	0,276 [#]
heup-/Knieoperatie	dk	0,01	-0,05	0,25 [#]	-0,16 [#]	4, 1685	0,071 [#]
	dk, ervaringen	0,06 [#]	-0,02	0,13 [#]	-0,11 [#]	14, 1685	0,333 [#]
staaroperatie	dk	0,07 [#]	-0,03	0,15 [#]	-0,08 [#]	4, 4634	0,028 [#]
	dk, ervaringen	0,08 [#]	-0,02	0,10 [#]	-0,05 [#]	15, 4634	0,201 [#]
reuma	dk	0,13 [#]	-0,03	0,11 [#]	-0,05	4, 406	0,024 [#]
	dk, ervaringen	0,13 [#]	0,00	0,09	-0,03	14, 406	0,222 [#]
diabetes	dk	0,10 [#]	0,00	0,21 [#]	-0,02	4, 5437	0,053 [#]
	dk, ervaringen	0,09 [#]	0,01	0,12 [#]	-0,03 [#]	15, 5437	0,351 [#]

^a demografische kenmerken

^b leeftijd: van 1 (18–24 jaar) tot 9 (ouder dan 75); sexe: 1=man, 2=vrouw; ervaren gezondheid: van 1 (slecht) tot 5 (uitstekend); opleiding: van 1 (geen opleiding) tot 8 (universiteit of hoger)

^c ervaringen betreffende de 10 belangrijkste items

^d in enkele gevallen was er meer dan één ervaringsvraag voor een belangrijk aspect waardoor het aantal onafhankelijke variabelen groter kan zijn dan het aantal demografische kenmerken plus 10

[#] p<0,05

Tabel 2.5 Lineaire regressieanalyses met rapportcijfer als afhankelijke variabele en demografische kenmerken en ervaringen op de tien minst belangrijke aspecten van zorg als onafhankelijke variabelen (het model met alleen demografische kenmerken is te vinden in tabel 2.4)

CQI	model	leeftijd	sexe	ervaren gezondheid	opleiding	vrijheidsgraden	R ²
borstkanker	dk ^{a,b} ervaringen ^c	0,11 [#]	–	0,26 [#]	-0,01	13, 353	0,118 [#]
heup-/Knieoperatie	dk, ervaringen	0,03	-0,03	0,17 [#]	-0,11 [#]	14, 1685	0,232 [#]
staaroperatie	dk, ervaringen	0,06 [#]	-0,02	0,10 [#]	-0,02 [#]	14, 4634	0,222 [#]
reuma	dk, ervaringen	0,13 [#]	-0,01	0,12 [#]	-0,04	14, 406	0,068 [#]

^a demografische kenmerken

^b leeftijd: van 1 (18 – 24 jaar) tot 9 (ouder dan 75); sexe: 1=man, 2=vrouw; ervaren gezondheid: van 1 (slecht) tot 5 (uitstekend); opleiding: van 1 (geen opleiding) tot 8 (universiteit of hoger)

^c ervaringen betreffende de 10 minst belangrijke items

[#] p<0,05

2.4 Samenvatting en conclusies

2.4.1 *Top-10 belangrijkste aspecten per CQ-index*

Eén van de onderzoeksvragen uit dit hoofdstuk betrof welke aspecten van zorg door verschillende patiëntengroepen belangrijk wordt gevonden. Hiertoe zijn de tien belangrijkste aspecten volgens patiënten naast elkaar gelegd voor borstkankerpatiënten, patiënten die een heup- / knieoperatie ondergaan, patiënten die een staaroperatie ondergaan, reumapatiënten en diabetespatiënten. Er bleken verschillen te zijn tussen patiëntengroepen in hetgeen patiënten belangrijk vinden. Zo vonden borstkankerpatiënten een snelle toegang tot zorg bijvoorbeeld heel belangrijk terwijl diabetespatiënten hier nauwelijks belang aan hechten; diabetespatiënten zijn meer gericht op de regelmaat van controles en op informatie en begeleiding ten aanzien van medicatie. Het interpreteren van de oorzaken achter deze verschillen in belangrijkste aspecten is een intrigerende maar speculatieve aangelegenheid. De snelle toegang bij borstkanker is mogelijk gebaseerd op ongerustheid en onzekerheid ten aanzien van de diagnose en/of de prognose. Bij reuma zagen we ook dat snelle toegang van belang was, in dit geval wellicht om aanvallen van pijn spoedig te kunnen verlichten. Daarnaast was bij reuma informatie omtrent operaties van groot belang, evenals bij heup-/knieoperatie en staaroperatie. Deze informatiebehoefte richtte zich met name op de risico's van een operatie en het traject na de operatie; mogelijk proberen patiënten hiermee vat te krijgen op de worst case scenario's bij dergelijke operaties, namelijk een slecht resultaat en/of een problematisch herstel. Bij diabetes werd veel belang gehecht aan goede informatievoorziening in zijn algemeenheid en informatie betreffende medicatie in het bijzonder. Daarnaast speelde professionele kwaliteit en deskundigheid een grote rol, waaronder aspecten betreffende regelmatige controles en begeleiding bij toediening en dosering van medicatie. Het is denkbaar dat regelmatige controles, voorlichting en begeleiding ten aanzien van medicatie en deskundigheid van zorgverleners door diabetespatiënten belangrijk worden gevonden omdat dit van belang is voor de regulatie van hun fysiologie; disregulatie ligt bij diabetes voortdurend op de loer en kan vervelende gevolgen hebben. Voortbordurende op deze speculaties kunnen de prioriteiten van patiënten wellicht worden geïnterpreteerd in termen van angst en/of vermijdingsgedrag aangaande relevante worst case scenario('s), te weten: overlijden (borstkanker), problemen na een operatie (heup-/knieoperatie, staaroperatie, reuma), pijn (reuma) en disregulatie (diabetes). In hoeverre het relevante worst case scenario inderdaad een belangrijke overkoepelende determinant is van de prioriteiten van verschillende patiëntengroepen moet nader worden bekeken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de achtergrond van belangrijke kwaliteitsaspecten volgens patiënten meer terug te laten komen in de focusgroeps gesprekken die worden gehouden bij de ontwikkeling van de vragenlijst.

2.4.2 *Relaties tussen ervaringen op aspecten van zorg en het algemene oordeel*

De gemiddelde rapportcijfers per CQ-index vragenlijst bleken te variëren. Het is echter de vraag of deze rapportcijfers rechtstreeks vergeleken kunnen worden tussen vragenlijsten. Hier wordt nader op ingegaan in hoofdstuk 5. Een andere belangrijke vraag omtrent

algemene oordelen is wat deze oordelen nu eigenlijk betekenen. Sixma et al., (1998) opperden dat algemene oordelen bestaan uit ervaringen gewogen naar belang. Dit zou betekenen dat ervaringen op belangrijke aspecten van zorg vertegenwoordigt zouden moeten zijn in het rapportcijfer. De correlatie analyses wezen echter uit dat ervaringen betreffende belangrijke aspecten wisselend samenhangen met het rapportcijfer. Over het algemeen waren de relaties positief van aard (naarmate de zorgaanbieder meer aan een prioriteit tegemoet komt is het rapportcijfer *hoger*) of was er geen relatie. Er waren echter ook enkele negatieve relaties, dat wil zeggen naarmate de zorgaanbieder meer aan een prioriteit tegemoet komt is het rapportcijfer *lager*. Dit laatste is tegen de verwachting in en doet zich voor bij enkele belangrijke aspecten rond toegankelijkheid bij borstkanker en rond informatievoorziening omtrent een operatie bij reuma. De meerderheid van deze correlaties was niet significant en kunnen dus op 'toeval' berusten. Niettemin blijft het intrigerend dat dergelijke negatieve relaties meerdere keren voorkomen omtrent dezelfde thema's voor zowel borstkanker als reuma. De negatieve relatie tussen een snelle toegang en het algemene oordeel bij borstkanker kan berusten op een selectie-effect: mogelijk hebben patiënten die een snelle toegang ervaren ook een slechtere prognose en daarmee zwaardere behandelingen en een negatievere beleving van de zorg. Voor de negatieve relaties tussen informatie omtrent een operatie en het algemene waarderingscijfer bij reuma kunnen de auteurs geen verklaring bedenken. Wat betreft patronen over vragenlijsten heen bleek dat ervaringen rond bejegening in alle gevallen sterk positief gerelateerd waren aan het algemene oordeel; dit stemt overeen met ander onderzoek waarin communicatie een belangrijke voorspeller was van het algemene oordeel (Otani, 2006; Arah et al., 2006; Chang et al., 2006). Daarnaast viel op dat bij er bij sommige lijsten veel sterke en positieve relaties waren zoals bij diabetes en heup-/knie operatie en bij anderen minder zoals bij staaroperatie en borstkanker.

Een doel van de regressieanalyses was om vast te stellen hoeveel variantie in rapportcijfer wordt verklaard door ervaringen op de tien belangrijkste aspecten van zorg *tezamen*. Dit is niet simpelweg de som van de varianties die door de individuele ervaringen wordt verklaard omdat deze ervaringen kunnen overlappen. Als eerste stap zijn de demografische kenmerken in het model gestopt omdat we niet primair geïnteresseerd waren in het deel van de relatie tussen rapportcijfers en ervaringen dat verklaard kan worden door demografische kenmerken. De stijging in verklaarde variantie na toevoeging van de ervaringen op de tien belangrijkste aspecten varieerde van 17,3% tot 29,8%. Om vast te stellen of belangrijke aspecten meer variantie verklaren dan minder belangrijke aspecten zijn er ook regressieanalyses uitgevoerd met de tien minst belangrijke aspecten als onafhankelijke variabelen. Deze aspecten zijn nog steeds voldoende belangrijk om in de vragenlijst te worden opgenomen, maar wel minder belangrijk dan de tien belangrijkste aspecten. Over het algemeen bleken ervaringen op de tien belangrijkste aspecten meer variantie in het algemene oordeel te verklaren vergeleken met minder belangrijke aspecten. Kortom, door de bank genomen wegen belangrijke aspecten wat zwaarder in het algemene oordeel dan minder belangrijke aspecten.

Er zijn enkele belangrijke aandachtspunten bij de interpretatie van de gegevens uit dit onderzoek. Zo hebben alle analyses plaats gevonden op het niveau van het individu. In veel gevallen worden patiëntervaringen en algemene oordelen geaggregeerd naar het

niveau van de zorgaanbieder; het is dan ook van belang om in toekomstig onderzoek de relaties tussen algemene oordelen en ervaringen te bestuderen op het niveau van de zorgaanbieder. Daarnaast waren er aanzienlijke verschillen in de omvang van de populaties, zowel binnen een vragenlijst als tussen vragenlijsten. Dit komt omdat binnen vragenlijsten niet alle items van toepassing zijn op alle respondenten en omdat tussen vragenlijsten de projecten waarin ze afgenomen zijn verschillende populatiegroottes vereisten. Verschillen in de omvang van populaties vormen ook een reden waarom correlaties tussen ervaringen en rapportcijfers van gelijke grootte voor sommige ervaringen wel significant waren en voor andere niet.

Samenvattend heeft dit hoofdstuk laten zien dat er verschil zit tussen patiëntengroepen in de kwaliteitsaspecten die zij belangrijk vinden. De relatie tussen ervaringen op belangrijke kwaliteitsaspecten en het algemene oordeel was wisselend, maar door de bank genomen bleken ervaringen betreffende belangrijke aspecten wat sterker vertegenwoordigd in het rapportcijfer dan ervaringen betreffende minder belangrijke aspecten van zorg. Enerzijds bieden deze constatering voor een deel inzicht in de betekenis van algemene oordelen. Anderzijds blijft deze betekenis ook voor een deel ongrijpbaar, gegeven de variatie in de relaties tussen ervaringen op belangrijke aspecten van zorg en algemene oordelen én gegeven de proportie variantie in algemene oordelen die niet werd verklaard door ervaringen. In dit verband zou het interessant zijn om op één vragenlijst in te zoomen en daarbij alle ervaringen te analyseren. Mogelijk zijn er naast het belang van een kwaliteitsaspect nog vele andere factoren die bepalen of een kwaliteitsaspect is vertegenwoordigd in het rapportcijfer. Door alle ervaringen te analyseren en te bekijken wat ervaringen die sterk vertegenwoordigd zijn in het rapportcijfer met elkaar gemeen hebben wordt hier wellicht meer inzicht in verkregen. Aangezien algemene oordelen worden gebruikt als kwaliteitsinformatie is nader onderzoek naar de betekenis van deze oordelen van groot belang.

3 Vergelijkingen in een sector: de grootte van kwaliteitsverschillen tussen instellingen

3.1 Inleiding

Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt van patiënten/cliënten verwacht dat zij op basis van informatie over kwaliteitsverschillen tussen instellingen kiezen voor die zorgaanbieder of zorgverzekeraar die kwalitatief goede zorg biedt tegen een scherpe prijs. Het idee is dat zorgverzekeraars dezelfde informatie gebruiken om zorg in te kopen die het beste past bij de wensen en behoeften van hun verzekerden. Een belangrijke voorwaarde is dat kwaliteitsverschillen tussen instellingen betrouwbaar gemeten en weergegeven kunnen worden.

Om te bepalen of een CQI meetinstrument in staat is om kwaliteitsverschillen tussen instellingen te meten wordt in de laatste fase van het ontwikkeltraject van een CQ-index het discriminerend vermogen vastgesteld. Het meetinstrument wordt hiertoe afgenomen bij patiënten/cliënten van minimaal twintig verschillende instellingen. Met behulp van multilevel regressie-analyses wordt bekeken welk deel van de verschillen op een kwaliteitsaspect toe te schrijven is aan de verschillen tussen de instellingen. De gebruikte maat hiervoor is de intra-klasse correlatie (ICC), die indicatie geeft in welke mate het meetinstrument verschillen tussen de deelnemende instellingen kan aantonen.

Tot op heden wordt binnen de CQ-index gesteld dat er verschillen bestaan tussen instellingen op een kwaliteitsaspect als de bijbehorende ICC statistisch significant is. Het is echter de vraag of statistisch significante verschillen ook verschillen in kwaliteit van zorg weerspiegelen die betekenisvol zijn voor de kiezende patiënt/cliënt of zorginkopende zorgverzekeraar. Bij onderzoeken met grote aantallen respondenten, zoals vaak het geval is bij het bepalen van het discriminerend vermogen van een CQI meetinstrument, zijn relatief kleine absolute verschillen al snel statistisch significant.

Idealiter zouden er criteria vastgesteld moeten worden om te bepalen wanneer verschillen tussen instellingen voldoende groot zijn om te kunnen spreken van verschillen die relevant zijn voor de kiezende consument of de zorginkopende zorgverzekeraar. Er zijn verschillende soorten criteria te bedenken:

- 1 Een minimum voor de absolute grootte van het verschil tussen instellingen. Een dergelijk criterium is niet eerder toegepast in studies waarin de prestaties van instellingen met elkaar worden vergeleken.
- 2 Een minimum voor de hoogte van de ICC. Adams et al. (2004) hebben de resultaten van 31 studies over de huisartsenzorg bekeken, waarin in totaal voor ruim 1.000 variabelen de ICC werd geschat. De mediaan van de gevonden ICC's was 0,5% en in 90% van de gevallen was de ICC lager dan 5,5%. Deze studie geeft een indicatie van de grootte van de verschillen die we tussen instellingen kunnen verwachten.

- 3 Een maximum aan het aantal instellingen dat gemiddeld scoort. Brouwer en Delnoij (2004) hebben een dergelijk criterium gehanteerd bij het inkorten van de patiëntenenquête voor het ziekenhuisvergelijkingssysteem. Zij stelden dat als bij meer dan 70% van de instellingen de gemiddelde score niet significant afwijkt van het gemiddelde over alle instellingen, het betreffende item een laag discriminerend vermogen heeft en dus uit de vragenlijst kan worden verwijderd. Dit criterium wordt echter niet onderbouwd en lijkt dus relatief willekeurig.

Op basis van de huidige literatuur is het niet mogelijk om criteria op te stellen om te bepalen of verschillen tussen instellingen relevant zijn voor patiënten bij het maken van keuzen in de zorg en/of voor zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg. Een eerste belangrijke stap is het in kaart brengen van de grootte van de verschillen tussen instellingen wat betreft de ervaringen van patiënten/cliënten met de geleverde zorg.

Tot nu toe is het discriminerend vermogen van zes CQI meetinstrumenten beschreven in een openbaar rapport¹. Dit biedt de gelegenheid om voor meerdere zorgsectoren te kijken welk deel van de verschillen in klantervaringen wordt verklaard door de verschillen tussen de instellingen. Om inzicht te krijgen in de grootte van verschillen tussen instellingen zal gekeken worden naar de resultaten uit de onderzoeken met de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering. Voor deze twee meetinstrumenten is namelijk gerapporteerd hoe groot de gevonden verschillen tussen huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars absoluut gezien zijn.

De volgende onderzoeksvragen zullen in dit hoofdstuk worden beantwoord:

- 1 *‘Welk deel van de verschillen in klantervaringen wordt verklaard door de verschillen tussen zorgaanbieders/zorgverzekeraars?’*
- 2 *‘Hoe groot zijn de gevonden verschillen in klantervaringen tussen huisartsenpraktijken en tussen zorgverzekeraars?’*

3.2 Beschikbare gegevens

Van een zestal CQI meetinstrumenten zijn er rapporten verschenen over het discriminerend vermogen van het meetinstrument. In dit hoofdstuk kijken we naar de resultaten die in deze rapporten worden gepresenteerd, waarbij we ons beperken tot de resultaten met betrekking tot de schalen van het meetinstrument en de algemene oordelen die gegeven zijn. Het gaat om de volgende CQI meetinstrumenten:

- CQI Verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) (Wiegers et al., 2007). Deze CQ-index bestaat uit drie meetinstrumenten:

¹ Het discriminerend vermogen van de CQI Gehandicaptenzorg is al wel onderzocht, maar hierover is nog geen openbaar rapport beschikbaar.

- Ervaringen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen: Met 2.386 bewoners (respons = 97%²) van 92 instellingen zijn interviews gehouden. Het meetinstrument bestaat uit twaalf schalen en twee algemene oordelen.
- Ervaringen van vertegenwoordigers van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen: De vragenlijst werd ingevuld door 1.992 respondenten (respons = 78%) van 75 instellingen. De vragenlijst bestaat uit elf schalen en twee algemene oordelen.
- Ervaringen van thuiswonende cliënten met de thuiszorg: 1.343 respondenten (respons = 52%) van 19 instellingen vulden de vragenlijst in. De vragenlijst bestaat uit veertien schalen en twee algemene oordelen.
- CQI Diabetes (Stubbe et al., 2007): De vragenlijst werd ingevuld door 5.438 respondenten (netto respons = 63%) van 24 diabetesnetwerken. De vragenlijst bestaat uit zes schalen en drie algemene oordelen.
- CQI Staaroperatie (Stubbe en Van Dijk, 2007a): 4.635 respondenten (netto respons = 72%) van 120 ziekenhuizen vulden de vragenlijst in. De vragenlijst bestaat uit drie schalen en drie algemene oordelen.
- CQI Heup-/Knieoperatie (Stubbe en Van Dijk, 2007b): 1.675 respondenten (netto respons = 68%) van 43 ziekenhuizen vulden de vragenlijst in. De vragenlijst bestaat uit vier schalen en drie algemene oordelen.
- CQI Huisartsenzorg overdag (Meuwissen en De Bakker, 2008): De vragenlijst werd ingevuld door 5.539 respondenten (netto respons = 48%) van 32 huisartsenpraktijken. De vragenlijst bestaat uit acht schalen en één algemeen oordeel.
- CQI Zorg en Zorgverzekering (De Boer et al., 2007): In 2007 vulden 8.088 respondenten (netto respons = 34%) van 32 zorgverzekeraars de vragenlijst in. In de vragenlijst wordt gevraagd naar zowel de ervaringen van mensen met de zorg als naar de ervaringen met de zorgverzekeraar. Het gedeelte over de zorg bestaat uit drie schalen en drie algemeen oordelen. Het gedeelte over de zorgverzekeraar bestaat uit zes schalen en één algemeen oordeel.

Het discriminerend vermogen van de meetinstrumenten is in alle gevallen bepaald volgens de CQI richtlijnen (zie het Handboek CQI Meetinstrumenten [Sixma en Delnoij, 2007]). Dit betekent dat multilevel regressieanalyses zijn uitgevoerd om te kijken of er verschillen bestaan tussen instellingen op de verschillende kwaliteitsaspecten van het meetinstrument. In de analyses werd gecorrigeerd voor verschillende persoonskenmerken door middel van zogenaamde case-mix adjustment. De meeste gebruikte case-mix adjusters zijn leeftijd, opleiding en gezondheid, maar de precieze correctie verschilt per CQI meetinstrument. De intra-klasse correlatie (ICC) die uit de analyses naar voren komt, geeft het percentage van de totale variantie weer dat is toe te schrijven aan de verschillen tussen de instellingen. Hoe hoger het percentage, hoe groter de verschillen tussen de instellingen. Met een tweezijdige chi-kwadraat toets werd bepaald of de verschillen ook significant ($p < 0,05$) waren. Hierbij geldt dat de chi-kwadraat (1 df) groter moet zijn dan 3,84.

² In het rapport over de CQI VV&T staat niet aangegeven of de vermelde respons de netto respons of de bruto respons is.

Bij de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering zijn de huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars daarnaast ingedeeld in drie groepen. Binnen het regressiemodel werd per aspect en per instelling een gecorrigeerd gemiddelde geschat, dat wil zeggen gecorrigeerd voor de case-mix adjusters. Ook voor de totale groep werd dit gemiddelde per aspect berekend. Op basis van deze informatie zijn de instellingen ingedeeld in drie groepen: benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld. Een instelling werd ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval rondom de gemiddelde score van de instelling respectievelijk geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle instellingen viel. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapte met de gemiddelde score, dan werd de instelling ingedeeld in de gemiddelde groep.

3.3 Resultaten

3.3.1 Intra-klasse correlaties

In tabel 3.1 worden de intra-klasse correlaties (ICC's) weergegeven die bij de verschillende CQI meetinstrumenten zijn gevonden. De tabel laat zien dat alle meetinstrumenten significante verschillen tussen instellingen lieten zien op één of meerdere kwaliteitsaspecten. In totaal was de ICC voor 61 (63%) van de 97 aspecten significant; de bijbehorende ICC's varieerden tussen de 1,1%-38,4%. De gemiddelde verklaarde variantie was 7,4% (SD=7,0). Als we de verschillende meetinstrumenten met elkaar vergelijken, dan blijkt dat met de CQI Diabetes, CQI Staaroperatie en CQI Heup-/Knieoperatie relatief weinig verschillen tussen instellingen gevonden werden.

Tabel 3.1 Resultaten multilevel regressie-analyses van zes CQI meetinstrumenten

	case-mix adjusters ^a	significante ICC		niet-significante ICC	
		aantal aspecten	ICC	aantal aspecten	ICC
CQI VV&T:					
bewoners	lft, opl, gzh	14	5,2%-38,4%	0	n.v.t.
vertegenwoordigers	lft, opl, gzh, gsl, inst, duur	13	2,7%-24,3%	0	n.v.t.
thuiswonende cliënten	lft, opl, gzh, gsl, duur	8	4,3%-12,5%	8	0,0%-6,3%
CQI Diabetes	lft, opl, gsl	4	1,1%-4,1%	5	0,3%-1,1%
CQI Staaroperatie	lft, opl, gzh, druppel	4	2,0%-3,0%	6	onbekend
CQI Heup-/Knieoperatie	lft, opl, gsl, lgzh, ggzh	2	3,0%-4,0%	5	onbekend
CQI Huisartsenzorg overdag	lft, opl, gsl	9	2,0%-14,5%	0	n.v.t.
CQI Zorg en Zorgverzekering:					
ervaringen zorg	lft, opl, gzh	0	n.v.t.	6	0,0%-0,5%
ervaringen zorgverzekeraar	lft, opl, gzh	7	2,7%-6,3%	0	n.v.t.
Totaal		61	1,1%-38,4%	26	0,0%-6,3%

^a lft=leeftijd, opl=opleiding, gzh=zelfgerapporteerde gezondheid, gsl=geslacht, inst=soort instelling (verpleeghuis of verzorgingshuis), duur=zorgduur, druppel=percentage patiënten dat druppelverdooving krijgt bij staaroperatie, lgzh=zelfgerapporteerde lichamelijke gezondheid, ggzh=zelfgerapporteerde geestelijke gezondheid

3.3.2 Indeling in groepen

De indeling van de huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars in de groepen benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***) is weergegeven in tabel 3.2. Deze resultaten zijn een goede afspiegeling van de resultaten van de multilevel analyses. Het blijkt dat hoe meer variantie op een aspect wordt verklaard door het instellingsniveau (met andere woorden: hoe hoger de ICC), hoe meer de huisartsenpraktijken/zorgverzekeraars verdeeld worden over de drie groepen.

Tabel 3.2 ICC's met bijbehorende χ^2 , indeling in drie groepen en bereik van het gecorrigeerde gemiddelde bij de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering

Aspect	ICC	χ^2	Indeling in groepen			Bereik gemiddelde
			*	**	***	
CQI HUISARTSENZORG OVERDAG						
algemeen oordeel huisartsenpraktijk (0-10)	6,0%	13,38 ⁺	10	12	10	7,6-8,8
toegankelijkheid (1-4)	14,5%	14,91 ⁺	13	5	14	2,5-3,5
assistente (1-4)	6,6%	13,55 ⁺	10	9	13	3,1-3,7
bejegening huisarts (1-4)	4,3%	12,45 ⁺	9	14	9	3,5-3,9
communicatie huisarts (1-4)	4,9%	12,81 ⁺	8	15	9	3,2-3,8
zorg op maat door huisarts (1-4)	3,6%	11,84 ⁺	9	13	10	2,9-3,5
samenwerking andere zorgverlener (1-4)	2,2%	4,71 [#]	2	26	4	3,2-3,8
bejegening andere zorgverlener (1-4)	2,1%	4,65 [#]	3	25	4	3,3-3,9
zorg op maat door andere zorgverlener (1-4)	2,0%	4,08 [#]	4	25	3	2,7-3,4
CQI ZORG EN ZORGVERZEKERING						
Ervaringen met de zorg:						
algemeen oordeel huisarts (0-10)	0,2%	1,06	0	30	2	7,7-7,9
algemeen oordeel specialist (0-10)	0,0%	0,00	0	32	0	--
algemeen oordeel gezondheidszorg (0-10)	0,0%	0,06	0	32	0	8,0-8,0
bejegening artsen en andere hulpverleners (1-4)	0,3%	1,51	2	29	1	3,6-3,6
toegankelijkheid van de zorg (1-3)	0,2%	0,91	0	32	0	2,8-2,9
krijgen van de benodigde hulp (1-4)	0,5%	1,97	0	30	2	3,5-3,6
Ervaringen met de zorgverzekeraar:						
algemeen oordeel zorgverzekeraar (0-10)	4,8%	13,63 ⁺	12	12	8	7,4-8,7
bejegening medewerkers van de zorgverzekeraar (1-4)	2,9%	7,91 ^{\$}	6	22	4	3,5-3,8
informatievoorziening van de zorgverzekeraar (1-3)	3,0%	6,43 [#]	4	21	7	2,6-2,8
telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (1-3)	6,3%	11,39 ⁺	9	15	8	2,3-2,9
krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice (1-4)	2,9%	9,41 ^{\$}	5	19	8	3,2-3,8
afhandeling van de rekeningen (1-4)	2,7%	10,26 ^{\$}	8	17	7	3,5-3,9
duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg (1-4)	3,0%	3,88 [#]	6	19	7	2,3-3,2

p<0,05

\$ p<0,01

+ p<0,001

* benedengemiddeld

** gemiddeld

*** bovengemiddeld

Zowel bij de huisartspraktijken als bij de zorgverzekeraars was er sprake van 32 instellingen. Als we de regel van Brouwer en Delnoij (2004) toepassen dat maximaal 70% van de instellingen in de gemiddelde groep mogen zitten, dan betekent dat in dit geval dat maximaal 22 huisartsen of zorgverzekeraars in deze groep mogen zitten. Uit tabel 3.2 blijkt dat bij de CQI Huisartsenzorg overdag op zes van de negen aspecten voldoende onderscheid gemaakt kan worden tussen de huisartsenpraktijken. Bij de CQI Zorg en Zorgverzekering kan op alle aspecten die gaan over de ervaringen met de zorgverzekeraar voldoende onderscheid gemaakt worden tussen zorgverzekeraars; op de aspecten over de ervaringen met de zorg kan niet voldoende onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende zorgverzekeraars. De ICC op de aspecten waarbij minder dan 70% van de instellingen gemiddeld scoorden was 2,7% of hoger.

Kijken we naar de grootte van de verschillen in gemiddelden als is voldaan aan de 70%-regel, dan laat tabel 3.2 zien dat bij het algemeen oordeel (schaal 0-10) de laagst scorende huisartsenpraktijk of zorgverzekeraar 1,2 respectievelijk 1,3 punten lager scoorde dan de hoogst scorende huisartsenpraktijk of zorgverzekeraar. Bij de aspecten met een schaal lopend van 1 (=nooit) tot en met 4 (=altijd) verschilden de laagst en hoogst scorende huisartsenpraktijk/zorgverzekeraar 0,4-1,0 punten van elkaar. Voor de twee aspecten met een schaal lopend van 1 (=groot probleem) tot en met 3 (=geen probleem) varieerde het verschil tussen de laagst en hoogst scorende zorgverzekeraar 0,2-0,6 punten.

3.4 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk stonden twee onderzoeksvragen centraal. Als eerste wilden we weten welk deel van de verschillen in klantervaringen wordt verklaard door verschillen tussen instellingen. Tot nu toe lieten alle CQI meetinstrumenten op één of meerdere kwaliteitsaspecten significante verschillen tussen instellingen zien. De bijbehorende ICC's varieerden tussen de 1,1% en 38,4%, met een gemiddelde verklaarde variantie van 7,4%. Dit is een hoger percentage dan gevonden werd in de overzichtstudie van Adams et al. (2004). In de studies die Adams et al. bekeken gaat het om veel verschillende soorten uitkomstmaten. Zo is in sommige studies gekeken naar de score van respondenten op de SF-36 en in andere studies naar de bloeddruk van de personen. De resultaten in dit hoofdstuk lijken te suggereren dat verschillen tussen zorginstellingen mogelijk groter zijn als het gaat om de geleverde zorg. Hoe dan ook, de CQI meetinstrumenten blijken relatief goed in staat om verschillen tussen instellingen te laten zien als het gaat om de ervaringen van patiënten/cliënten met de geleverde zorg.

Met de CQI Staaroperatie, de CQI Heup-/Knieoperatie en de CQI Diabetes werden relatief weinig verschillen tussen ziekenhuizen of diabetesnetwerken gevonden. Hiervoor zijn enkele verklaringen aan te dragen. Zowel staaroperaties als heup-/knieoperaties zijn sterk geprotocolleerde ingrepen voor een acuut probleem. De zorg is hierbij relatief afgebakend. In deze gevallen verwacht je dan ook minder verschillen in de geleverde zorg tussen instellingen dan bijvoorbeeld bij huisartsenzorg waar sprake is van sterk variërende problematiek of bij de zorg in verpleeghuizen waar het gaat om langdurige zorg aan mensen die in de instelling verblijven. Dat er weinig verschillen tussen

diabetesnetwerken werden gevonden met de CQI Diabetes is mogelijk te verklaren doordat diabetesnetwerken pas sinds enkele jaren bestaan. Het kan zijn dat de verschillende zorgverleners binnen een diabetesnetwerk de zorg nog niet voldoende op elkaar hebben afgestemd waardoor de verschillen in geleverde zorg binnen een netwerk mogelijk groter zijn en de verschillen tussen diabetesnetwerken overschaduwen.

Daarnaast wilden we weten hoe groot de gevonden verschillen tussen instellingen absoluut gezien zijn. De resultaten met de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering lieten zien dat hoe meer de verschillen in klantervaringen werden verklaard door de verschillen tussen instellingen, hoe meer de huisartsenpraktijken/zorgverzekeraars opgedeeld konden worden in benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld. Brouwer en Delnoij (2004) hanteerden als criterium voor voldoende discriminerend vermogen dat minimaal 30% van de instellingen significant afwijkt van het gemiddelde over alle instellingen. In de onderzoeken met de CQI Huisartsenzorg en de CQI Zorg en Zorgverzekering voldeden dertien aspecten aan dit criterium en de ICC's op deze aspecten waren 2,7% of hoger. De bijbehorende gevonden verschillen tussen de laagst en hoogst scorende huisartspraktijk/zorgverzekeraar varieerden tussen de 1,2-1,3 punten voor de algemene oordelen (schaal 0-10), tussen de 0,4-1,0 punten voor de aspecten met een schaal lopend van 1 (=nooit) tot en met 4 (=altijd) en tussen de 0,2-0,6 punten voor de aspecten met een schaal lopend van 1 (=groot probleem) tot en met 3 (=geen probleem).

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat statistisch significante verschillen tussen instellingen niet wil zeggen dat instellingen zo sterk van elkaar verschillen dat ze ingedeeld kunnen worden in benedengemiddelde, gemiddelde en bovengemiddelde groepen. Hiervoor lijkt een ICC van minimaal 2,5% noodzakelijk. Dan nog blijft de vraag of de verschillen tussen de drie groepen absoluut gezien voldoende groot zijn om relevant te zijn voor de kiezende patiënt of zorginkopende zorgverzekeraar. Het NIVEL inventariseert op dit moment welke criteria gebruikt zouden kunnen worden om vast te stellen of verschillen tussen instellingen voldoende groot zijn. Daarnaast zal de Commissie Klantenperspectief van het Centrum Klantervaring Zorg zich gaan verdiepen in de vraag wanneer verschillen tussen instellingen voor patiënten relevant zijn bij hun keuzen in de zorg. Het uiteindelijke doel is om met belanghebbende partijen zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten-/cliëntenorganisaties tot consensus te komen over wat relevante verschillen zijn.

4 Vergelijkingen over de tijd: verschillen in de prestaties van zorgverzekeraars

4.1 Inleiding

Vergelijkingen over de jaren van de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde zorgstelsel en de vraagsturing in de zorg te monitoren. Het idee is dat de zorg goedkoper, efficiënter en klantgerichter wordt doordat transparantie en informatie over de kwaliteit van zorg wordt geboden. Het openbaar publiceren van de kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars/ zorgaanbieders is hierbij essentieel. Het moet toekomstige patiënten/cliënten de mogelijkheid geven te kiezen voor een goed presterende zorgverlener, zorgverzekeraars handvatten bieden voor de zorginkoop en managers en zorgverleners stimuleren om verbeteracties in gang te zetten daar waar de zorg beter kan (Ministerie van VWS, 2000).

In de literatuur worden verschillende paden verondersteld waarlangs openbare publicatie van kwaliteitsinformatie kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg (Fung et al., 2008; Hibbard et al., 2005; Hibbard, 2008). Als eerste zou de identificatie van kwaliteitstekorten voldoende zijn om organisaties aan te zetten tot verbeterinitiatieven. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat zorgverleners een *intrinsieke motivatie (1)* hebben om goede zorg te willen bieden. Daarnaast kan het mogelijke verlies van *marktaandeel (2)* zorginstellingen en zorgverzekeraars motiveren om verbetertrajecten in te zetten. Doordat consumenten zelf kunnen kiezen bij welke zorgverzekeraar ze zich verzekeren of door welke zorgaanbieder ze zich laten behandelen hebben organisaties er een bedrijfs-economisch belang bij om in openbare publicaties goed voor de dag te komen. Maar ook zonder verschuivingen in marktaandelen kan het openbaar publiceren van prestaties leiden tot kwaliteitsverbetering. Het laatste mogelijke pad is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders belang hechten aan een goede *reputatie (3)* en daarom in publieke rapportages in ieder geval niet bij de slecht presterende organisaties willen horen.

Er zijn een aantal belangrijke verschillen tussen de paden wat betreft de weggelegde rol voor de consument (Hibbard, 2001). Bij het pad via intrinsieke motivatie spelen de consumenten geen enkele rol en is openbare publicatie van de kwaliteitsinformatie in principe niet nodig. De feedback uit interne rapportages is voldoende om verbeterinitiatieven te stimuleren omdat zorgverleners vanuit zichzelf goede zorg willen leveren. Bij de andere twee paden is het wel van belang dat de kwaliteitsinformatie de consument bereikt en dat de consument deze informatie begrijpt (Hibbard et al., 2003). Het belangrijkste verschil tussen deze twee paden is wat de consument vervolgens met de informatie doet. Als vooral de verschuivingen in marktaandeel een rol spelen, dan is openbare publicatie van kwaliteitsinformatie alleen effectief als consumenten de informatie daadwerkelijk gebruiken bij hun keuze voor een zorgverzekeraar of zorgaanbieder. Worden verbetertrajecten vooral ingezet omdat organisaties zich zorgen maken om hun reputatie,

dan is het voldoende dat consumenten kennis nemen van de kwaliteitsinformatie en deze informatie delen met familie en vrienden.

Uit een literatuuroverzicht van Fung et al. (2008) blijkt dat de openbare publicatie van kwaliteitsinformatie ziekenhuizen inderdaad stimuleert om verbetertrajecten te starten en dat consumenten de informatie in sommige gevallen gebruiken bij het kiezen van een zorgverzekeraar. Een goed voorbeeld naar de effecten van openbare publicatie van kwaliteitsinformatie biedt het onderzoek van Hibbard et al. (2003; 2005). Zij vergeleken twee groepen ziekenhuizen wat betreft gerapporteerde verbeterinitiatieven: ziekenhuizen die alleen een interne rapportage ontvingen over hun kwaliteit van zorg en ziekenhuizen waarvan de kwaliteit van zorg daarnaast ook openbaar gepubliceerd werd (Hibbard et al., 2003; Hibbard et al., 2005). De openbare publicatie van kwaliteitsinformatie leidde tot meer verbeterinitiatieven dan alleen een interne rapportage op die gebieden waar de kwaliteit van zorg tekort schoot. Op andere gebieden van zorg werden geen verschillen gevonden tussen de twee groepen ziekenhuizen. Ziekenhuizen gaven aan dat ze zich vooral zorgen maakten om hun reputatie en niet om een mogelijk verlies in marktaandeel. Twee jaar later bleek dat de kwaliteit van zorg was verbeterd op de zorggebieden waarop slecht gescoord werd en dat deze verbetering sterker was bij de ziekenhuizen die slechter presteerden. Er werden geen verschuivingen in marktaandeel waargenomen. Binnen hetzelfde onderzoek is gekeken wat voor effect het openbaar publiceren van de kwaliteitsinformatie had op consumenten (Hibbard et al., 2001; Hibbard et al., 2005). Mensen die de kwaliteitsinformatie hadden gezien wisten zowel kort daarna (twee maanden) als twee jaar later beter te vertellen welke ziekenhuizen beter of slechter presteerden dan mensen die de informatie niet hadden gezien. Daarnaast had bijna de helft van de mensen de resultaten besproken met anderen en had ongeveer 10% de informatie gebruikt bij hun keuze voor of aanbeveling van een ziekenhuis.

Kortom, de combinatie van openbare publicatie van kwaliteitsinformatie en interne spiegelrapportages leidde tot meer verbeterinitiatieven bij ziekenhuizen dan alleen een interne rapportage. Het publiceren van de kwaliteitsinformatie heeft de potentie om de kwaliteit van zorg te verbeteren met name door de gevolgen voor de reputatie van de zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Verschuivingen in marktaandeel lijken minder van belang.

In de Nederlandse gezondheidszorg is er nog geen empirisch onderzoek gedaan naar de veranderingen in kwaliteit van zorg nadat informatie over deze zorg openbaar gepubliceerd is. De internetsite www.kiesBeter.nl is één van de belangrijkste kanalen waarlangs kwaliteitsinformatie over de zorg voor consumenten beschikbaar wordt gesteld. Deze internetsite is op initiatief van het ministerie van VWS opgezet en bevat op dit moment kwaliteitsinformatie over verpleeghuizen, thuiszorginstellingen, gehandicaptenzorg en zorgverzekeraars. Een onderdeel van deze informatie zijn gerapporteerde klantervaringen, die in alle gevallen gemeten zijn met een CQI meetinstrument.

Of openbare publicatie van kwaliteitsinformatie inderdaad leidt tot verbetering in prestaties kan op dit moment in Nederland binnen één sector bekeken worden, namelijk

die van de zorgverzekeraars. De ervaringen van consumenten met de zorg en hun zorgverzekeraar zijn reeds in drie achtereenvolgende jaren in kaart gebracht met de CQI Zorg en Zorgverzekering (Damman et al., 2006; De Boer et al., 2007; Hendriks et al., 2005). De resultaten zijn in al die jaren gepubliceerd op www.kiesBeter.nl in de keuzegids Zorgverzekeringen (zie <http://www.kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen/servicescores>). Het NIVEL bracht ieder jaar een persbericht uit waarin vermeld werd welke aspecten van de dienstverlening van de zorgverzekeraars voor verbetering in aanmerking kwamen. Naast de openbare publicatie van kwaliteitsinformatie ontvingen de zorgverzekeraars ieder jaar ook een interne spiegelrapportage waarin hun prestaties werden afgezet tegen het landelijk gemiddelde.

In dit hoofdstuk worden de veranderingen in de prestaties van de verschillende zorgverzekeraars over de tijd bekeken. Hierbij wordt uitgegaan van de gerapporteerde klantervaringen zoals gemeten met de CQI Zorg en Zorgverzekering. Het idee is dat het meten van klantervaringen en het openbaar publiceren van deze informatie op www.kiesBeter.nl zou moeten leiden tot verbetering van de prestaties van de zorgverzekeraars over de jaren. In navolging van de studies van Hibbard et al. (2003; 2005) verwachtten we dat deze verbetering met name te zien is op die aspecten waarop zorgverzekeraars slecht scoorden en voor die zorgverzekeraars die relatief slecht presteerden.

De volgende onderzoeksvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord:

- 1 *'Zijn de prestatie van de zorgverzekeraars verbeterd in de afgelopen drie jaar (2005-2007)?'*
- 2 *'Is er vaker verbetering te zien op de aspecten waarop de zorgverzekeraars slecht presteerden, zogenaamde verbeterpunten, dan op de overige aspecten?'*
- 3 *'Is er vaker verbetering te zien bij zorgverzekeraars die in het eerste jaar (2005) relatief slecht presteerden dan bij de zorgverzekeraars die in dit jaar relatief goed presteerden?'*

4.2 Methode

4.2.1 Beschikbare gegevens

De CQI Zorg en Zorgverzekering is in drie achtereenvolgende jaren uitgezet: 2005, 2006 en 2007. De volgende gegevens zijn beschikbaar:

- 2005: 13.819 respondenten (netto respons = 45%) van 30 zorgverzekeraars vulden de vragenlijst in;
- 2006: 8.266 respondenten (netto respons = 39%) van 32 zorgverzekeraars vulden de vragenlijst in;

- 2007: 8.066 respondenten (netto respons = 34%) van 32 zorgverzekeraars vulden de vragenlijst in.

In tabel 4.1 staat aangegeven hoeveel respondenten per zorgverzekeraar in de drie opeenvolgende jaren aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Tabel 4.1 Aantal respondenten per zorgverzekeraar en per jaar

zorgverzekeraar	2005	2006	2007
Agis	250	229	235
De Amersfoortse	261	236	238
AnderZorg	455	240	196
Avéro	265	-	-
Azivo	263	211	233
Confior	167	246	-
CZ	545	234	-
Delta Lloyd	468	247	257
DSW	283	252	269
DVZ Achmea	281	290	312
FBTO	270	241	250
Fortis ASR	691	213	192
De Friesland Zorgverzekeraar	610	269	270
Groene Land Achmea	565	231	265
De Goudse	-	224	193
Interpolis ZorgActief	-	275	249
IZA Zorgverzekeraar	341	334	329
IZZ Zorgverzekeraar	708	334	353
Menzis	1287	285	253
OHRA	521	223	225
ONVZ	456	250	154
OZ	524	274	-
OZF Achmea	688	327	329
PNO Ziektekosten	-	-	275
Pro Life	302	348	289
PWZ Achmea	273	205	213
Salland Verzekeringen	298	272	248
SIZ	-	-	253
Stad Holland Zorgverzekeraar	231	205	215
Trias Zorgverzekeraar	546	281	237
Zorgverzekeraar UMC	-	291	299
Univé	554	222	251
VGZ	590	272	278
Zilveren Kruis Achmea	568	245	248
Zorg en Zekerheid	558	260	248
Totaal	13819	8266	8066

In alle drie de jaren is met behulp van multilevel regressieanalyses bepaald of er verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars op de verschillende kwaliteitsaspecten. Binnen het regressiemodel werd per aspect en per zorgverzekeraar een gecorrigeerd

gemiddelde geschat, dat wil zeggen gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en zelfgerapporteerde gezondheid. Ook voor de totale groep werd dit gemiddelde per aspect berekend. Op basis van deze informatie zijn de zorgverzekeraars in alle jaren ingedeeld in drie groepen: benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld. Een zorgverzekeraar werd ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval rondom het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars viel. De laagste categorie kreeg één ster toegewezen, de hoogste categorie drie sterren. Als het betrouwbaarheidsinterval rondom het gemiddelde van een zorgverzekeraar overlapte met het gemiddelde van alle zorgverzekeraars, kreeg de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen.

Op www.kiesBeter.nl en ook in de interne rapportage voor de zorgverzekeraars zijn de resultaten van dertien aspecten weergegeven, zeven aspecten over de ervaringen met de zorgverzekeraar en zes aspecten over de ervaringen met de zorg. Per aspect is met behulp van sterren aangegeven of een zorgverzekeraar benedengemiddeld (*), gemiddeld (**), of bovengemiddeld (***) scoorde. Zie voor het huidige overzicht van servicescores (mei 2008) www.kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen/servicescores/.

Daarnaast bracht het NIVEL ieder jaar een persbericht uit op hun eigen internetsite (www.nivel.nl) over de resultaten uit het onderzoek met de CQI Zorg en Zorgverzekering. In deze persberichten stond onder andere vermeld op welke aspecten de dienstverlening van de zorgverzekeraars slecht was en dus het eerst voor verbetering in aanmerking kwamen.

4.2.2 Resultaten van 2005, 2006 en 2007

In tabel 4.2 wordt de verdeling van de zorgverzekeraars over de groepen benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***) in de drie jaren weergegeven. Het blijkt dat in alle jaren vrijwel geen verschillen tussen de zorgverzekeraars gevonden werden wat betreft de ervaringen van hun verzekerden met de zorg. Dit is te verklaren doordat zorgverzekeraars pas met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 zich zijn gaan profileren op de zorginkoopmarkt. Grote verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft de zorg die ze voor hun verzekerden inkopen zijn dan ook nog niet te verwachten. De verzekerden rapporteerden wel verschillende ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraars zelf. In alle jaren vonden we significante verschillen tussen zorgverzekeraars op alle zeven aspecten over de ervaringen met de zorgverzekeraar.

In het persbericht van het NIVEL werden per jaar een aantal verbeterpunten genoemd waarop de dienstverlening van de zorgverzekeraars achterbleef. Hieronder worden de verbeterpunten per jaar opgesomd.

- 2005: duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en informatievoorziening van de zorgverzekeraar;
- 2006: duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en hulp van de telefonische klantenservice;
- 2007: duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg.

Tabel 4.2 Aantal zorgverzekeraars die benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld presteerde in 2005, 2006 en 2007

aspect	2005			2006			2007		
	*	**	***	*	**	***	*	**	***
Ervaringen met de zorgverzekeraar:									
algemeen oordeel zorgverzekeraar	17	2	11	11	11	10	12	12	8
bejegening medewerkers van de zorgverzekeraar	7	14	9	8	16	8	6	22	4
informatievoorziening zorgverzekeraar	4	21	5	10	12	10	4	21	7
telefonische bereikbaarheid klantenservice	8	10	12	11	11	10	9	15	8
telefonische hulp klantenservice	5	17	8	11	11	10	5	19	8
afhandeling rekeningen	9	10	11	9	13	10	8	17	7
duidelijkheid over (bij)betalen voor zorg	6	18	6	2	25	5	6	19	7
Ervaringen met de zorg:									
algemeen oordeel huisarts	0	30	0	1	30	1	0	30	2
algemeen oordeel specialist	0	30	0	0	32	0	0	32	0
algemeen oordeel gezondheidszorg	0	30	0	3	27	1	0	32	0
bejegening artsen en andere hulpverleners	0	30	0	1	31	0	2	29	1
toegankelijkheid van de zorg	2	24	4	1	30	1	0	32	0
krijgen van de benodigde hulp	0	30	0	1	30	1	0	30	2

* benedengemiddeld

** gemiddeld

*** bovengemiddeld

4.2.3 *Secundaire statistische analyses*

De resultaten uit de verschillende jaren (zie paragraaf 4.2.2) laten zien dat de ervaringen van verzekerden met de zorg niet verschilden tussen de zorgverzekeraars. Ook werden de aspecten over de zorg niet genoemd als verbeterpunt in de uitgebrachte persberichten van het NIVEL. Daarnaast wordt de zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders door meerdere factoren bepaald die buiten de invloed van de zorgverzekeraars liggen. Daarom zijn de resultaten in dit hoofdstuk toegespitst op de zeven aspecten over de ervaringen van mensen met de dienstverlening van de zorgverzekeraar zelf.

De onderzoeksvragen zijn beantwoord met behulp van multilevel regressieanalyses. De gegevens uit de drie jaren zijn samengenomen waardoor er drie niveaus ontstonden: respondent, zorgverzekeraar en jaar van meting. Voor ieder aspect werd per zorgverzekeraar en per jaar van meting de gemiddelde score geschat, waarbij gecorrigeerd werd voor verschillen in verzekerdenpopulaties wat betreft leeftijd, opleiding en zelfgerapporteerde gezondheid.

De vraag of het prestatieniveau voor de totale groep van zorgverzekeraars is verbeterd over de jaren beantwoordden we door per aspect naar twee soorten verbanden te kijken. Met behulp van een chi-kwadraat toets werd bepaald of er sprake was van een lineair verband, dat wil zeggen een verbetering of een verslechtering over de jaren en/of een kwadratisch verband, dat wil zeggen verslechtering gevolgd door verbetering of

verbetering gevolgd door verslechtering. Op basis van deze uitkomsten bekeken we ook of er vaker sprake was van een verbetering in prestaties op de verbeterpunten die werden genoemd in het NIVEL-persbericht van 2005 dan op de andere aspecten. Om te kijken of zorgverzekeraars in 2007 vaker een verbetering lieten zien op de verbeterpunten die werden genoemd in het NIVEL-persbericht van 2006 dan op de overige aspecten vergeleken we per aspect het prestatieniveau van de totale groep in 2006 en 2007.

Vervolgens bekeken we of de verandering in prestaties over de jaren verschilden tussen relatief slecht scorende en relatief goed scorende zorgverzekeraars. Hierbij gingen we uit van de indeling in drie groepen (benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld) in het jaar 2005. Zorgverzekeraars die in 2005 niet aan het onderzoek hebben meegedaan zijn niet in deze analyses meegenomen. We bekeken met een chi-kwadraat toets of de lineaire en kwadratische verbanden over de jaren verschilden tussen de drie groepen. Om significante verschillen tussen de groepen te kunnen interpreteren werd per groep bekeken of er sprake was van een lineair en/of kwadratisch verband over de jaren.

4.3 Resultaten vergelijkingen over de tijd

4.3.1 *Verandering in prestaties voor alle zorgverzekeraars samen*

In tabel 4.3 worden per aspect en per jaar de gemiddelden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk weergegeven. Daarnaast staat in de tabel weergegeven op welke aspecten een significant lineair en/of kwadratische verband te zien was. Voor vrijwel alle aspecten veranderde het gemiddelde over alle zorgverzekeraars significant in de loop der jaren. Alleen de duidelijkheid over het moeten (bij)betalen voor zorg veranderde niet significant over de jaren.

De volgende patronen werden gevonden:

- **Verbetering** over de jaren 2005-2007 werd gevonden voor de aspecten: algemeen oordeel over de zorgverzekeraar, bejegening door medewerkers van de zorgverzekeraars en informatievoorziening door de zorgverzekeraar.
- **Verslechtering van 2005 naar 2006 gevolgd door verbetering in 2007** werd gevonden voor de aspecten: telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice en de afhandeling van rekeningen door de zorgverzekeraar. De prestaties in 2007 verschilden niet significant van de prestaties in 2005 (alle χ^2 's $< 1,15$; $p > 0,05$).

Er moet wel opgemerkt worden dat de gevonden veranderingen in de tijd meestal vrij klein zijn.

Tabel 4.3 Gemiddelden, standaarddeviaties en chi-kwadraat voor de verbanden over de jaren voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

	2005		2006		2007		χ^2	
	M	SD	M	SD	M	SD	lineair	kwadratisch
algemeen oordeel zorgverzekeraar (0-10)	7,59	0,06	7,71	0,05	7,81	0,05	30,33⁺	0,45
bejegening medewerkers zorgverzekeraar (1-4)	3,50	0,02	3,52	0,02	3,58	0,02	20,57⁺	1,55
informatievoorziening zorgverzekeraar (1-3)	2,62	0,02	2,70	0,01	2,71	0,02	23,74⁺	8,86[§]
telefonische bereikbaarheid klanten-service (1-3)	2,56	0,04	2,38	0,04	2,60	0,03	1,15	53,02⁺
telefonische hulp klantenservice (1-4)	3,41	0,03	3,29	0,03	3,43	0,03	0,65	37,69⁺
afhandeling rekeningen (1-4)	3,67	0,02	3,61	0,03	3,69	0,02	0,76	20,95⁺
duidelijkheid over (bij)betalen voor zorg (1-4)	2,67	0,03	2,68	0,04	2,66	0,04	0,08	0,09

p<0,05
 § p<0,01
 + p<0,001

4.3.2 Verandering in prestaties op verbeterpunten

Op basis van de uitkomsten in tabel 4.3 kan ook bekeken worden of op de verbeterpunten die werden genoemd in de NIVEL-persberichten vaker sprake was van een verbetering over de jaren dan op de andere aspecten. In 2005 waren er drie verbeterpunten, namelijk duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en informatievoorziening van de zorgverzekeraar. Wat betreft de informatievoorziening werd de verwachte verbetering over de jaren waargenomen. De telefonische bereikbaarheid van de klantenservice was in 2006 slechter dan in 2005 om daarna pas te verbeteren en de duidelijkheid over het moeten (bij)betalen over zorg veranderde niet over de jaren. Dit terwijl op andere aspecten (algemeen oordeel zorgverzekeraar en bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar) wel een duidelijke verbetering over de jaren te zien was. Kortom, op de verbeterpunten uit 2005 is niet vaker een verbetering over de jaren te zien dan op de aspecten die niet waren genoemd als verbeterpunt.

Hetzelfde beeld verschijnt bij de verbeterpunten die werden genoemd in het NIVEL-persbericht van 2006. Dit waren duidelijkheid over moeten (bij)betalen voor zorg, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en hulp van de telefonische klantenservice. Uit de vergelijking van het prestatieniveau van de totale groep zorgverzekeraars tussen 2006 en 2007 bleek dat de duidelijkheid over het moeten (bij)betalen voor zorg in beide jaren even groot was ($\chi^2 = 0,19$). De telefonische bereikbaarheid en de hulp van de klantenservice verbeterde van 2006 naar 2007

(χ^2 's >46,57 ; p<0,001), maar dit was ook het geval voor de meeste overige aspecten (χ^2 's >13,77; p<0,001). Alleen de informatievoorziening door de zorgverzekeraar bleef gelijk tussen 2006 en 2007 ($\chi^2 = 1,02$).

4.3.3 *Verandering in prestaties van goede en minder goede zorgverzekeraars*

Als laatste hebben we bekeken of de verandering in prestaties over de jaren afhangt van de prestatie van de zorgverzekeraars in het eerste jaar (2005). De verwachting was dat zorgverzekeraars die in het eerste jaar benedengemiddeld scoorden harder hun best zouden doen om hun dienstverlening te verbeteren dan de zorgverzekeraars die in het eerste jaar gemiddeld of bovengemiddeld scoorden.

In tabel 4.4 worden de veranderingen in prestaties over de loop der jaren voor de drie groepen zorgverzekeraars met elkaar vergeleken. Een significant effect betekent dat het effect voor de twee groepen over de jaren verschilden. Tabel 4.5 biedt vervolgens inzicht in wat dit verschil tussen de groepen inhoudt. In deze tabel worden per groep (benedengemiddeld, gemiddeld, bovengemiddeld) de gemiddelden over de jaren en de gevonden verbanden weergegeven.

Uit tabel 4.4 blijkt dat de veranderingen over de jaren voor de groep die in 2005 benedengemiddeld scoorden op vijf van de zeven aspecten significant verschilden van de veranderingen voor de groep die in dat jaar bovengemiddeld scoorden. Dit was het geval voor de aspecten algemeen oordeel zorgverzekeraar, bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar, informatievoorziening door de zorgverzekeraar, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en de afhandeling van rekeningen. Op de overige twee aspecten verschilden de twee groepen niet van elkaar. De resultaten in tabel 4.5 laten vervolgens zien dat de prestaties van de benedengemiddelde groep verbeterden over de jaren en de prestaties van de bovengemiddelde groep niet op de aspecten algemeen oordeel zorgverzekeraar, bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar en informatievoorziening door de zorgverzekeraar. Bij de afhandeling van rekeningen en de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice liet de benedengemiddelde groep wederom een verbetering zien en de bovengemiddelde groep liet een verslechtering gevolgd door een verbetering zien.

De groep die benedengemiddeld scoorde in 2005 liet daarnaast andere ontwikkelingen over de jaren zien dan de groep die gemiddeld scoorden op de aspecten informatievoorziening van de zorgverzekeraar, telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en afhandeling rekening. Voor de informatievoorziening van de zorgverzekeraar gold dat de prestaties van de benedengemiddelde groep verslechterde naar 2006 om vervolgens in 2007 te verbeteren. De prestatie van de gemiddelde groep liet een verbetering over de jaren zien. Wat betreft de aspecten telefonische bereikbaarheid en afhandeling van rekeningen was het zo dat de benedengemiddelde groep een verbetering over de jaren liet zien en de gemiddelde groep een verslechtering gevolgd door een verbetering.

Tabel 4.4 Chi-kwadraat bij de verschillen in verbanden over de jaren voor zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld presteerden

	χ^2	
	lineair	kwadratisch
Algemeen oordeel zorgverzekeraar		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	11,71⁺	0,30
benedengemiddeld versus gemiddeld	0,40	0,13
gemiddeld versus bovengemiddeld	4,66[#]	0,37
Bejegening medewerkers zorgverzekeraar		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	9,77^S	0,26
benedengemiddeld versus gemiddeld	2,45	0,13
gemiddeld versus bovengemiddeld	4,28^S	0,04
Informatievoorziening zorgverzekeraar		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	4,15[#]	3,43
benedengemiddeld versus gemiddeld	0,58	4,27[#]
gemiddeld versus bovengemiddeld	3,11	0,00
Telefonische bereikbaarheid klantenservice		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	8,14^S	0,14
benedengemiddeld versus gemiddeld	5,18[#]	0,87
gemiddeld versus bovengemiddeld	0,20	0,43
Telefonische hulp klantenservice		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	3,07	0,03
benedengemiddeld versus gemiddeld	2,39	0,00
gemiddeld versus bovengemiddeld	0,20	0,03
Afhandeling rekeningen		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	17,22⁺	0,00
benedengemiddeld versus gemiddeld	9,54^S	0,06
gemiddeld versus bovengemiddeld	0,72	0,08
Duidelijkheid over (bij)betalen voor zorg		
benedengemiddeld versus bovengemiddeld	0,11	0,64
benedengemiddeld versus gemiddeld	0,05	0,14
gemiddeld versus bovengemiddeld	0,03	0,35

p<0,05
S p<0,01
+ p<0,001

Als laatste vergeleken we groepen die in 2005 gemiddeld en bovengemiddeld scoorden met elkaar. De veranderingen over de jaren verschilden op twee aspecten tussen deze twee groepen, namelijk op het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar en bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar. Op beide aspecten liet de gemiddelde groep een verbetering te zien en de bovengemiddelde groep niet. Kortom, op meerdere aspecten vonden we verschillen in de veranderingen over de tijd

tussen de groepen zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld, gemiddeld en bovengemiddeld scoorden. Vrijwel alle verschillen ondersteunden onze verwachting dat zorgverzekeraars die in 2005 beneden gemiddeld scoorden een grotere verbetering zouden laten zien dan de zorgverzekeraars die in 2005 gemiddeld of bovengemiddeld scoorden.

Tabel 4.5 Gemiddelden, standaarddeviaties en chi-kwadraat voor de verbanden over de jaren voor zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld presteerden

	2005		2006		2007		χ^2	
	M	SD	M	SD	M	SD	lineair	kwadratisch
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (1-10):								
benedengemiddeld in 2005	7,35	0,04	7,53	0,04	7,67	0,04	44,49⁺	0,36
gemiddeld in 2005	7,58	0,11	7,84	0,10	8,00	0,14	7,31^S	0,33
bovengemiddeld in 2005	7,95	0,05	7,97	0,04	8,01	0,05	1,17	0,04
Bejegening medewerkers zorgverzekeraar (1-4):								
benedengemiddeld in 2005	3,34	0,02	3,38	0,03	3,48	0,03	17,86⁺	0,87
gemiddeld in 2005	3,49	0,02	3,51	0,02	3,56	0,02	13,73⁺	0,56
bovengemiddeld in 2005	3,64	0,02	3,64	0,03	3,66	0,02	0,29	0,18
Informatievoorziening zorgverzekeraar (1-3):								
benedengemiddeld in 2005	2,54	0,02	2,68	0,03	2,68	0,04	11,91⁺	9,79^S
gemiddeld in 2005	2,61	0,01	2,68	0,01	2,71	0,02	21,09⁺	2,20
bovengemiddeld in 2005	2,74	0,02	2,77	0,02	2,77	0,03	0,87	0,92
Telefonische bereikbaarheid klanten-service (1-3):								
benedengemiddeld in 2005	2,27	0,04	2,18	0,07	2,46	0,04	9,62^S	10,01^S
gemiddeld in 2005	2,54	0,03	2,28	0,06	2,54	0,04	0,00	22,80⁺
bovengemiddeld in 2005	2,75	0,03	2,53	0,05	2,72	0,04	0,50	20,98⁺
Telefonische hulp klantenservice (1-4):								
benedengemiddeld in 2005	3,15	0,03	3,07	0,06	3,26	0,05	3,51	6,35[#]
gemiddeld in 2005	3,38	0,02	3,25	0,03	3,39	0,03	0,03	19,91⁺
bovengemiddeld in 2005	3,61	0,03	3,48	0,04	3,59	0,04	0,19	9,98^S
Afhandeling rekeningen (1-4):								
benedengemiddeld in 2005	3,51	0,02	3,51	0,04	3,66	0,03	16,16⁺	5,51[#]
gemiddeld in 2005	3,68	0,02	3,59	0,04	3,67	0,03	0,15	7,30^S
bovengemiddeld in 2005	3,80	0,02	3,70	0,04	3,74	0,03	3,01	7,11^S
Duidelijkheid over (bij)betalen voor zorg (1-4):								
benedengemiddeld in 2005	2,48	0,04	2,51	0,07	2,48	0,08	0,00	0,31
gemiddeld in 2005	2,63	0,03	2,63	0,04	2,61	0,05	0,14	0,04
bovengemiddeld in 2005	2,94	0,04	2,90	0,06	2,90	0,07	0,21	0,36

p<0,05
 S p<0,01
 + p<0,001

4.4 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de veranderingen in ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar in de afgelopen drie jaar. Op basis van de onderzoeken van Hibbard et al. (2001; 2003; 2005) verwachtten we dat de openbare publicatie van informatie over de kwaliteit van de zorgverzekeraars zou leiden tot een verbetering in de prestaties van de zorgverzekeraars. De resultaten lieten echter slechts op drie van de zeven aspecten een verbetering over de jaren zien. Voor drie andere aspecten gold dat de prestaties in 2006 eerst verslechterden om in 2007 weer het oude niveau van 2005 te bereiken. Daarnaast was het ook niet zo dat de prestaties met name verbeterden op de aspecten waarop de zorgverzekeraars in 2005 of 2006 slecht scoorden, de zogenaamde verbeterpunten. Als laatste bekeken we of zorgverzekeraars die relatief slecht presteerden in 2005 meer verbetering in dienstverlening lieten zien dan de zorgverzekeraars die toen relatief goed presteerden. Het idee was dat zorgverzekeraars die in het eerste jaar benedengemiddeld scoorden harder hun best zouden doen om hun dienstverlening te verbeteren dan de zorgverzekeraars die in het eerste jaar gemiddeld of bovengemiddeld scoorden. Deze verwachting werd wel ondersteund door de resultaten. Op meerdere aspecten verschilden de veranderingen in de tijd tussen de groepen die benedengemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld scoorden in 2005. Hierbij verbeterden de prestaties van de relatief slecht scorende zorgverzekeraars sterker over de jaren dan de prestaties van de relatief goed scorende zorgverzekeraars. Kortom, de resultaten bevestigen maar gedeeltelijk het idee dat het meten van klantervaringen en het openbaar publiceren van kwaliteitsinformatie over zorginstellingen zou leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een belangrijke vraag is welk mechanisme het belangrijkste is bij het stimuleren van zorginstellingen en zorgverzekeraars tot het opzetten van verbeterinitiatieven (Fung et al., 2008; Hibbard et al., 2005; Hibbard, 2008). Is dit de intrinsieke motivatie om goede zorg te willen bieden, de angst om een deel van het marktaandeel te verliezen en/of het belang dat zorginstellingen hechten aan een goede reputatie (Fung et al., 2008; Hibbard et al., 2005; Hibbard, 2008)? Doordat de informatie over alle zorgverzekeraars openbaar gepubliceerd werd en ook alle zorgverzekeraars daarnaast een interne terugrapportage ontvingen over hun eigen prestaties kunnen de huidige resultaten geen definitief antwoord geven op deze vraag. Dat er niet meer verbetering geconstateerd is op de verbeterpunten voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk dan op de andere aspecten, maar dat de relatief slecht presterende zorgverzekeraars wel meer verbetering laten zien dan de relatief goed scorende zorgverzekeraars wijst er mogelijk op dat zorgverzekeraars niet hun reputatie op zich belangrijk vinden, maar zich vooral zorgen maken om hun reputatie ten opzichte van de reputatie van de andere zorgverzekeraars.

Een andere verklaring voor deze resultaten is echter ook mogelijk. Het kan ook zijn dat slecht scorende zorgverzekeraars meer verbetering over de jaren laten zien dan goed scorende zorgverzekeraars omdat er sprake is van een zogenaamd plafondeffect. Door hun hogere uitgangspositie is het voor goed presterende zorgverzekeraars moeilijker om een verbetering te bewerkstelligen dan voor slecht presterende zorgverzekeraars.

Toekomstig onderzoek naar de prestaties van de zorgverzekeraars moet uitwijzen of verdere verbetering bij de goed presterende zorgverzekeraars nog mogelijk is en om welke redenen zorginstellingen en zorgverzekeraars verbeterprojecten opzetten. Het antwoord op de laatste vraag heeft implicaties voor de noodzaak en wijze van het publiceren van kwaliteitsinformatie over de zorg (Hibbard, 2001). Als instellingen met name verbeterprojecten opzetten omdat ze vanuit zichzelf goede zorg willen leveren dan is openbare publicatie van de kwaliteitsinformatie niet nodig. Spelen vooral de verschuivingen in marktaandeel of de reputatie van de instelling een rol, dan is openbare publicatie van kwaliteitsinformatie wel noodzakelijk. In het eerste geval moet de informatie zodanig gepresenteerd worden dat het consumenten stimuleert om de informatie daadwerkelijk te gebruiken bij hun keuzen in de zorg. In tweede geval is het vooral van belang dat consumenten de informatie begrijpen en deze delen met familie en vrienden.

De resultaten in dit hoofdstuk laten daarnaast zien dat de uitkomsten van onderzoeken naar de kwaliteit van zorg voor zorginstellingen/zorgverzekeraars een bron van frustratie kunnen vormen. Want hoewel bij de groep zorgverzekeraars die in 2005 relatief slecht presteerde de dienstverlening sterker verbeterde, presteerde deze groep in 2007 nog steeds slechter dan de groep die het in 2005 al goed deed. De kans is dus aanzienlijk dat ondanks de verbetering in dienstverlening zorgverzekeraars in 2007 nog steeds worden ingedeeld in de benedengemiddelde groep. Om recht te doen aan de acties die zorgverzekeraars en zorgaanbieders ondernemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren moet worden nagedacht of en hoe veranderingen in prestaties over de tijd gepubliceerd kunnen worden op bijvoorbeeld kiesBeter.nl.

5 Algemene samenvatting en discussie

Op 1 januari 2006 is in Nederland de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden. Hiermee is een start gemaakt om het Nederlandse zorgstelsel om te vormen van een aanbodgestuurd tot een vraaggestuurd zorgstelsel. De vraagsturing in de zorg heeft alleen kans van slagen als de kwaliteit van de zorg die wordt verleend transparant wordt gemaakt. Informatie over de kwaliteit van zorg is belangrijk voor verschillende partijen, namelijk voor:

- zorgconsumenten die een keuze moeten maken tussen verschillende zorgaanbieders;
- zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt;
- zorginstellingen die de kwaliteit van hun zorg willen verbeteren;
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg die toezicht moet houden;
- de overheid die de patiëntgerichtheid van het gezondheidszorgsysteem op macroniveau wil monitoren (Delnoij en Sixma, 2006).

In Nederland wordt veel moeite gedaan om de kwaliteit van de gezondheidszorg te meten en informatie hierover toegankelijk te maken middels publicatie op internet (zie bijvoorbeeld www.kiesBeter.nl). In lijn met een vraaggestuurde benadering wordt de kwaliteit van de zorg steeds meer gemeten vanuit het perspectief van de patiënt of zorgconsument zélf. Een belangrijke methode om de kwaliteit van zorg te meten is de CQ-index, wat staat voor Consumer Quality Index (Delnoij et al., 2006). De CQ-index is een familie meetinstrumenten die inzicht geeft in de concrete ervaringen van patiënten met de zorg en het belang dat zij hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten.

Reguliere metingen met de CQ-index alsmede de ontwikkeltrajecten van CQI meetinstrumenten hebben inmiddels een rijkdom aan gegevens opgeleverd over de ervaringen van patiënten in de zorg. Met deze gegevens is het mogelijk om verdiepend onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorg in Nederland. Dit rapport beschrijft de resultaten van enkele van dergelijke onderzoeken. In dit hoofdstuk vatten we de resultaten van deze onderzoeken kort samen en gaan we in op enkele algemene discussiepunten die van belang zijn bij het maken van vergelijkingen tussen patiëntengroepen, binnen een zorgsector en/of over de tijd.

5.1 Vergelijkingen tussen patiëntengroepen

In hoofdstuk 2 van het rapport is de betekenis van het algemeen oordeel over de zorg nader bekeken en vergeleken tussen patiëntengroepen. Er is bekeken wat verschillende patiëntengroepen belangrijke kwaliteitsaspecten vinden en of het belang dat patiënten/cliënten hechten aan kwaliteitsaspecten bepaalt hoe zwaar ervaringen meewegen in het algemene oordeel over de zorg.

Wat patiënten belangrijke aspecten van zorg vinden bleek te verschillen per patiëntengroep. Zo vonden borstkankerpatiënten een snelle toegang tot zorg bijvoorbeeld heel belangrijk terwijl diabetespatiënten hier nauwelijks belang aan hechten; diabetespatiënten zijn meer gericht op de regelmaat van controles en op informatie en begeleiding ten aanzien van medicatie. Wanneer we per belangrijk aspect de relatie bekeken tussen het algemene oordeel en ervaringen bleek deze zeer wisselend te zijn. Over het algemeen bleken belangrijke kwaliteitsaspecten echter toch wat zwaarder door te wegen in het algemene oordeel dan minder belangrijke aspecten. Rapportcijfers vertegenwoordigen dus tot op zekere hoogte de ervaringen op een kwaliteitsaspect en de mate waarin kwaliteitsaspecten vertegenwoordigt zijn in het rapportcijfer is enigszins gerelateerd aan het belang dat aan deze kwaliteitsaspecten wordt gehecht. Kortom, hoewel dit rapport dus enig inzicht biedt in de betekenis van het algemene oordeel blijft deze betekenis ook voor een deel onopgehelderd.

Zolang de betekenis van het algemene oordeel niet is opgehelderd is het de vraag of het wenselijk is dat algemene oordelen te presenteren als kwaliteitsinformatie. Het is dan ook van belang de betekenis van dit algemene oordeel nader vast te stellen evenals de interpretatie van dat algemene oordeel door de verschillende stakeholders. Een belangrijke vraag die vervolgens beantwoord zou kunnen worden is in hoeverre de betekenis van het algemene oordeel zich leent voor de interpretatie die eraan gegeven wordt. Een alternatief voor het achterhalen van de betekenis van algemene oordelen kan zijn om rapportcijfers niet meer uit te vragen aan patiënten, maar te berekenen uit de ervaringen van patiënten. Dit zou bijvoorbeeld een (gewogen) gemiddelde van ervaringen kunnen zijn. Wanneer rapportcijfers worden berekend uit ervaringen is het duidelijk welke ervaringen in het rapportcijfer zijn vertegenwoordigd en ook in welke mate zij zijn vertegenwoordigd. Op basis van dit rapport kunnen we niet zeggen of rapportcijfers berekend moeten worden uit ervaringen, of dat het beter is om verder te gaan met de wijze waarop algemene oordelen nu gemeten worden. Dit is een punt van discussie en verder onderzoek.

In dit rapport is ook naar voren gekomen dat het gemiddelde rapportcijfer varieert tussen CQ-index vragenlijsten. Een belangrijke vraag in dit verband is of het mogelijk is rechtstreekse kwantitatieve vergelijkingen te maken tussen CQI lijsten gezien de verschillen tussen de patiëntenpopulaties. Wanneer er vergelijkingen plaats vinden tussen zorgaanbieders binnen een CQ-index vragenlijst wordt er vaak gecorrigeerd voor verschillen tussen zorgaanbieders in de samenstelling van hun populaties, bijvoorbeeld voor leeftijd. Na dergelijke correcties worden verschillen tussen zorgaanbieders in ervaren kwaliteit toegeschreven aan de zorgaanbieders en niet aan de samenstelling van hun patiëntenpopulaties. Ook tussen CQI vragenlijsten speelt de vraag of verschillen in ervaren kwaliteit kunnen worden toegeschreven aan de geleverde zorg of aan de samenstelling van de patiëntenpopulatie die de zorg ontvangt. Het ligt misschien voor de hand om, net als bij vergelijkingen tussen instellingen, ook bij vergelijkingen tussen CQI vragenlijsten te corrigeren voor demografische kenmerken zoals leeftijd en opleiding. Echter, wanneer patiëntenpopulaties tussen vragenlijsten vergelijkbaar worden gemaakt wat betreft samenstelling in demografische kenmerken blijven er nog veel verschillen over. Om te beginnen zijn er - met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid - allerlei

genetische verschillen; dit bepaalt immers voor een groot deel of iemand een ziekte al dan niet krijgt. Daarnaast zijn er verschillen in gedrag en persoonlijkheid van patiënten tussen sectoren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan psychologische en psychiatrische aandoeningen, maar ook aan hart- en vaatziekten waarbij vaak een verband wordt gelegd met type A persoonlijkheid. Deze verschillen kunnen van invloed zijn op scoringsgedrag en worden niet verwijderd met een correctie voor demografische kenmerken. Zolang deze problemen niet zijn opgelost is het weinig zinvol kwantitatieve vergelijkingen te trekken tussen vragenlijsten; eventuele kwantitatieve verschillen zijn dan namelijk niet interpreteerbaar. In dit rapport hebben we ons dan ook beperkt tot kwalitatieve vergelijkingen en volstaan we verder met de constatering dat er wat betreft het kwantitatief vergelijken van verschillende CQI vragenlijsten nog veel ontwikkeling nodig is alvorens we dit verantwoord kunnen doen.

5.2 Vergelijkingen in een sector

Een belangrijke voorwaarde voor het bewerkstelligen van vraagsturing in de zorg is dat kwaliteitsverschillen tussen instellingen betrouwbaar gemeten en weergegeven kunnen worden. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de test op het discriminerend vermogen van zes CQI meetinstrumenten weergegeven. Hierbij stonden twee onderzoeksvragen centraal. Als eerste wilden we weten welk deel van de verschillen in klantervaringen wordt verklaard door verschillen tussen instellingen. Tot nu toe lieten alle CQI meetinstrumenten op één of meerdere kwaliteitsaspecten significante verschillen tussen instellingen zien. Hieruit kan geconcludeerd worden dat CQI meetinstrumenten relatief goed in staat zijn om verschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te laten zien als het gaat om de ervaringen van patiënten/cliënten met de geleverde zorg.

Daarnaast wilden we weten hoe groot de gevonden verschillen tussen instellingen absoluut gezien zijn. De resultaten met de CQI Huisartsenzorg overdag en de CQI Zorg en Zorgverzekering lieten zien dat statistisch significante verschillen tussen instellingen nog niet wil zeggen dat instellingen zo sterk van elkaar verschillen dat ze ingedeeld kunnen worden in benedengemiddelde, gemiddelde en bovengemiddelde groepen. Hiervoor lijkt het noodzakelijk dat minimaal 2,5% van de verschillen tussen patiënten/consumenten verklaard wordt door verschillen tussen instellingen.

Deze resultaten geven nog geen antwoord op de vraag wanneer verschillen tussen instellingen absoluut gezien voldoende groot zijn om relevant te zijn voor de kiezende patiënt of zorginkopende zorgverzekeraar. Tot op heden is er weinig bekend over hoe patiënten/consumenten hun keuzen in de zorg maken. Wel is uit onderzoek gebleken dat patiënten/consumenten nauwelijks gebruik maken van kwaliteitsinformatie over de zorg (zie onder andere Schneider en Lieberman, 2001; Magee et al., 2003; Marshall et al., 2006). Het is dus de vraag of patiënten/consumenten überhaupt geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie gebaseerd op ervaringen van voor hen onbekende mensen of dat zij eerder afgaan op eigen eerdere ervaringen, de mening van hun huisarts of verhalen van familie/vrienden. Toekomstig onderzoek zou moeten bekijken hoe het keuzeprocess onder patiënten/consumenten eruit ziet en wanneer patiënten/consumenten kwaliteitsverschillen

groot genoeg vinden om deze mee te nemen in dit keuzeprocess. Ook is niet bekend hoe zorgverzekeraars op dit moment de kwaliteitsinformatie over de zorg gebaseerd op klantervaringen gebruiken. Er zou nagegaan moeten worden of zorgverzekeraars de informatie uit CQI onderzoeken gebruiken bij het inkopen van zorg. De vraag is of zorgverzekeraars de kwaliteitsinformatie aan bod laten komen in hun gesprekken met zorgaanbieders en/of onderdeel laten uitmaken van de prestatiecontracten die zij met zorgaanbieders afsluiten.

5.3 Vergelijkingen over de tijd

Een van de belangrijkste doelen van het nieuwe zorgstelsel is om de gezondheidszorg goedkoper, efficiënter en klantgerichter te maken. Om te bepalen of deze bedoelde effecten optreden is het noodzakelijk om de prestaties van zorgverzekeraars en zorgverleners over de jaren te vergelijken. In hoofdstuk 4 zijn de veranderingen in ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar in de afgelopen drie jaar bekeken. De resultaten bevestigden maar gedeeltelijk het idee dat het meten van klantervaringen en het openbaar publiceren van kwaliteitsinformatie over de zorg leidt tot verbetering van de kwaliteit van de zorg. Vooral de verwachting dat zorgverzekeraars die in het eerste jaar benedengemiddeld presteerden meer verbetering zouden laten zien dan de zorgverzekeraars die in het eerste jaar gemiddeld of bovengemiddeld presteerden werd ondersteund door de resultaten.

Een belangrijke vraag bij het maken van vergelijkingen over de tijd is hoe lang het duurt voordat verbeterinitiatieven zich vertalen in positievere klantervaringen. De ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar worden ieder jaar in juni gemeten. De bijbehorende resultaten worden in november bekend gemaakt bij de zorgverzekeraars en op www.kiesBeter.nl gepubliceerd. De volgende meting is vervolgens in de maand juni van het jaar daarop. Het is nog maar de vraag of een periode van ongeveer een half jaar (november-juni) voldoende is om verbeterinitiatieven te initiëren en te implementeren en om daadwerkelijke verbeteringen in de dienstverlening te bewerkstelligen. Toekomstig onderzoek bij zorginstellingen en zorgverzekeraars zou moeten bekijken of op basis van de kwaliteitsinformatie verbetertrajecten worden opgezet en hoe lang het duurt voordat deze projecten hun effect hebben op de geleverde zorg.

Verder onderzoek naar de effecten van openbare publicatie van kwaliteitsinformatie op de kwaliteit van zorg is hard nodig. Naast de vraag of zorgconsumenten, zorgverzekeraars en zorginstellingen überhaupt geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie gebaseerd op klantervaringen (zie ook paragraaf 5.2) is het belangrijk om te bekijken hoe kwaliteitsinformatie het beste gepresenteerd kan worden zodat deze door alle belanghebbende partijen begrepen en gebruikt kan worden. Uit onderzoek is tot nu toe gebleken dat patiënten/consumenten nauwelijks gebruik maken van keuze-informatie over de zorg (zie onder andere Schneider en Lieberman, 2001; Magee et al., 2003; Marshall et al., 2006). Dit komt mogelijk doordat de inhoud en de presentatiewijze van de informatie niet voldoet aan de informatiebehoefte van zorgconsumenten. Consumenten blijken moeite te hebben met het verwerken, interpreteren en gebruiken van keuze-informatie over de zorg (Hibbard en Jewett, 1997; Hibbard et al., 1997; Damman et al., 2007). Daarnaast is bekend

dat hoe meer moeite of inspanning het kost om informatie te verwerken, hoe minder gemotiveerd consumenten zijn om de informatie te gebruiken (Payne et al., 1993). Vergelijkbaar onderzoek onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontbreekt tot op heden. Het is dan ook belangrijk om te onderzoeken of zorgconsumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders de kwaliteitsinformatie begrijpen en om de presentatiewijze van kwaliteitsinformatie voor alle partijen te optimaliseren.

Literatuur

- Adams G, Gulliford MC, Ukoumunne OC, Eldridge S, Chinn S et al. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol*, 2004; 57:785-94
- Arah OA, Asbroek AH ten, Delnoij DM, Koning JS de, Stam PJ et al. Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument. *Health Serv Res*, 2006; 41:284-301
- Boer D de, Hendriks M, Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J et al. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Brouwer W, Delnoij D. *Aanpassing patiëntenenquête ziekenhuisvergelijkingssysteem: achtergronddocument*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Brouwer W, Sixma H, Triemstra M, Delnoij D. *Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Carman KL, Short PF, Farley DO, Schnaier JA, Elliott DB et al. Epilogue: early lessons from CAHPS demonstrations and evaluations: consumer assessment of health plans study. *Med Care*, 1999; 37:MS97-105
- Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med*, 2006; 144:665-72
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Sixma HJ. *CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling: kwaliteit van zorg rondom een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *TSG*, 2007; 85:136-7
- Delnoij D, Sixma H. *Naar een "CAHPS organisatie" in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Onyebuchi AA, Koning JS de, Stam P et al. Made in the USA: The import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS(R)) into the Dutch social insurance system. *Eur J Public Health*, 2006; 16:652-9
- Dillman DA. *Mail and internet surveys: the Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2000

- Dooper M. Zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt. *Mediator*, 2005; 1. Special: vraagsturing in de zorg
- Eijk I van der, Sixma H, Smeets T, Veloso FT, Odes S et al. Quality of health care in inflammatory bowel disease: development of a reliable questionnaire (QUOTE-IBD) and first results. *Am J Gastroenterol*, 2001; 96:3329-36
- Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*, 2008; 148:111-23
- Gelsema T, Delnoij D, Tiemstra M. *Kwaliteit van zorg rondom een totale heup- of knieoperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling en validatie*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Graaf ML van der, Colijn JJ. *Gebruik en waardering kiesBeter.nl tweede helft 2006*. Bilthoven: RIVM, 2007
- Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) 2.0 adult core survey. *Health Serv Res*, 2003; 38:1509-27
- Hays R, Shaul J, Williams V, Lubalin J, Harris-Kojetin L et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures: Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37:MS22-31
- Hekkink CF, Sixma HJ, Wigersma L, IJzermans CJ, Meer JT van der et al. QUOTE-HIV: an instrument for assessing quality of HIV care from the patients' perspective. *Qual Saf Health Care*, 2003; 12:188-93
- Hendriks M, Delnoij D, Meulen-Arts S van der, Brouwer W, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Hibbard JH. Being strategic with public reports. *Int J Qual Health Care*, 2001; 13:353-4
- Hibbard JH. What can we say about the impact of public reporting?: inconsistent execution yields variable results. *Ann Int Med*, 2008; 148:160-1
- Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Affairs*, 1997; 16:218-28
- Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *Milbank Q*, 1997; 75:395-414
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. It isn't just about choice: the potential of public performance report to affect the public image of hospitals. *Med Care Res Rev*, 2001; 62:358-71
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts. *Health Affairs*, 2003; 22:84-94
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*, 2005; 24:1160
- Hijden E van der. *Ervaringen op kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen*. Presentatie gehouden op het symposium Klantervaring Telt!, 24 april 2007; http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/congres/2007-04-24_congres_ckz_gebruik_cq-index_kiesbeter_zorgverzekeringen.pdf

- Magee H, Davies L, Coulter A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J Royal Soc Med*, 2003; 96:338-42
- Marshall MN, Noble J, Davies HT, Waterman H, Walshe K et al. Development of an information source for patients and the public about general practice services: an action research study. *Health Expect*, 2006; 9:265-74
- Meuwissen LE, Bakker DH de. *CQ-index Huisartsenzorg: kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vraag aan bod*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000
- Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA et al. Quality of care from the perspective of the cataract patient: QUOTE cataract questionnaire. *J Cataract Refract Surg*, 2002; 28:1924-31
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2162-81
- Otani K. Enrollees' global rating process of health care with the national CAHPS Benchmarking Database. *Health Care Manage Rev*, 2006; 31:205-12
- Payne JW, Bettman JR, Johnson EJ. *The adaptive decision maker*. New York: Cambridge University Press, 1993
- Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care*, 2001; 10:96-103
- Schouten GM, Sixma HJ, Friele RD. *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes: QUOTE-diabetes. Deel 1: De ontwikkeling van het meetinstrument: de Quote-diabetes. Deel 2: De toepassing van de QUOTE-diabetes in de praktijk: Transmurale Diabeteszorg Haarlemmermeer*. Utrecht: NIVEL, 2000
- Sixma H, Delnoij D. *Handboek CQI meetinstrumenten: een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1:82-95
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing*, 2000; 29:173-8
- Sixma H, Campen C van, Kerssens J, Peters L. *Onderzoekprogramma Kwaliteit van zorg: de QUOTE-vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL, 1998
- Smit M, Friele R. *De agenda van de patiënt*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Stubbe J, Dijk L van. *Het discriminerend vermogen van de CQ index Heup-/Knieoperatie*. Utrecht: NIVEL, 2007a

- Stubbe J, Dijk L van. *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie*. Utrecht: NIVEL, 2007b
- Stubbe J, Spreuwenberg P, Asbroek G ten. *CQ Index Diabetes: schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Wiegers TA, Stubbe J, Triemstra AHM. *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Zuidgeest M, Hendriks M, Triemstra AHM, Sixma HJ. *CQ-index Reumatoïde Artritis: meetinstrument-ontwikkeling: kwaliteit van reumazorg vanuit het perspectief van patiënten met reumatoïde artritis*. Utrecht: NIVEL, 2007