



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

## **Adviesnotitie doorontwikkeling VWS-monitor**

RIVM Briefrapport 2017-0148





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

## **Adviesnotitie doorontwikkeling VWS-monitor**

RIVM Briefrapport 2017-0148

## Colofon

© RIVM oktober 2017

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Adviesnotitie doorontwikkeling VWS-monitor 2017.

DOI 10.21945/RIVM-2017-0148

Deze publicatie is het resultaat van de samenwerking van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZIN), het Trimbos-instituut, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in het Consortium De Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat VenZ).

Dit advies is opgesteld door het RIVM, het CBS, de NZa en het ZIN.

### **Opdrachtgever**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### **Contact:**

info@staatvenz.nl

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

## Publiekssamenvatting

### **Adviesnotitie doorontwikkeling VWS-monitor**

Het ministerie van VWS legt jaarlijks verantwoording af aan de Tweede Kamer over het gevoerde beleid. Dat gebeurt onder andere met behulp van de zogeheten VWS-monitor. Het ministerie wil de inhoud van de monitor verbeteren nadat de Tweede Kamer heeft aangegeven meer inzicht te willen hebben in de effecten van VWS-beleid en de vraag of bijsturing nodig is. In deze notitie staan hiervoor aanbevelingen.

In de huidige VWS-monitor worden vier publieke waarden (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en betrokken samenleving) gekoppeld aan maatschappelijke doelstellingen. Voorbeelden van een maatschappelijke doelstelling zijn optimale keuzevrijheid voor het type bevalling en het beperken van de stijging in de zorgkosten. Deze doelstellingen zijn meetbaar gemaakt door ze te koppelen aan enkele indicatoren die aangeven wat nodig is om de doelstellingen te realiseren. Zo zijn er indicatoren die inzicht geven in de ontwikkelingen in grote kostenposten, zoals de langdurige zorg.

Geadviseerd wordt om naast de huidige maatschappelijke doelstellingen specifieke doelen met een directere link naar het bestaande beleid op te nemen. Op die manier voldoet de monitor beter aan de verantwoordingsfunctie richting de Tweede Kamer.

Daarnaast wordt aanbevolen de doorontwikkeling van de monitor systematisch aan te pakken, bijvoorbeeld door alle aspecten die bij een publieke waarde horen terug te laten komen in de maatschappelijke doelstellingen. Bij toegankelijkheid als publieke waarde zouden dan onder meer financiële toegankelijkheid, bereikbaarheid en tijdigheid horen. Een andere aanbeveling is om een beschrijving toe te voegen hoe het ministerie tot de keuze van bepaalde maatschappelijke doelstellingen en indicatoren in de monitor is gekomen. Die informatie geeft inzicht in de gemaakte afwegingen en maakt het mogelijk de verstrekte informatie beter te wegen. Dit kan voorkomen dat de gemaakte keuzes als willekeurig worden gezien.

Verder is het van belang duiding te geven bij de waarden die de indicatoren weergeven. Dat kan door de waarden te vergelijken met andere landen, met een norm, of de ontwikkeling van de waarden van de indicatoren door de tijd heen te laten zien.

Het advies is opgesteld door het Consortium van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (bestaande uit: het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZIN), het Trimbos-instituut, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI)). Het Consortium is gevraagd om dit advies te geven omdat het de Staat van

Volksgezondheid en Zorg onderhoudt; een website die er specifiek op is gericht om beleid met cijfers te ondersteunen.

Kernwoorden: VWS-monitor, Staat van Volksgezondheid en Zorg, beleid, verantwoording, Tweede Kamer, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Consortium, indicatoren

## Synopsis

### **Advice on the continued development of the VWS-Monitor**

The Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) is annually accountable to the Lower House of Parliament for the policy it has pursued. That is done with the help of the VWS-Monitor, among other things. The Ministry would like to improve the content of the Monitor after the Lower House indicated that it would like to have more insight into the effects of VWS policy and whether adjustment is needed. In this report recommendations for further improvement are provided.

In the current VWS-Monitor, four public values (accessibility, quality, affordability and involved society) are linked to social objectives. Examples of social objectives are optimal freedom of choice for type of childbirth and curbing rising healthcare costs. These objectives can be measured by linking them to indicators that specify what is needed to achieve these objectives goals. For example, there are indicators that provide insight into developments in major cost items, such as long-term care.

In addition to current social objectives, it is recommended to include specific goals with a more direct link to existing policy. That way, the Monitor would improve its accountability function to the Lower House.

In addition, it is recommended to systematically address the continued development of the Monitor, for example, by having all aspects of the public value clearly reflected in the social objectives. Accessibility as a public value would include financial accessibility, geographical accessibility and timeliness. Another recommendation is to add a description of how the Ministry decided to include certain social objectives and indicators in the Monitor. This information would provide insight into the considerations that were made and make it possible to weigh the information better. This would ensure that choices are not perceived as arbitrary.

Furthermore, it is important to be able to interpret the figures yielded by the indicators. This can be done by comparing the figures internationally, with a standard, or by showing the evolution of the figures of the indicators over time.

The advice was prepared by the Consortium of the State of Public Health and Health Care (consisting of: the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Statistics Netherlands (CBS), the Dutch Healthcare Authority (NZa), the National Health Care Institute (ZIN), the Trimbos Institute, the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), the Netherlands Institute for Social Research (SCP) and the Netherlands Youth Institute (NJI)). The Consortium was asked to provide this advice because it has developed a website named the State of Public Health and Health Care, that is specifically aimed at supporting policy with figures.

Keywords: VWS-Monitor, State of Public Health and Health Care, policy, accountability, Lower House, Ministry of Health, Welfare and Sport, Consortium, indicators



## Inhoudsopgave

### **Inleiding — 9**

#### **1 Adviesaanvraag aan het Consortium van de Staat VenZ — 11**

#### **2 Advies voor doorontwikkeling VWS-monitor — 13**

2.1 Opzet huidige monitor — 13

2.2 Algemene aanbevelingen — 13

2.3 Aanscherpen maatschappelijke doelstellingen — 15

2.4 Verbeterpunten om indicatoren beter te laten aansluiten op (aangescherpte) maatschappelijke doelstellingen — 17

2.4.1 Toegankelijkheid — 17

2.4.2 Kwaliteit — 19

2.4.3 Betaalbaarheid—20

2.4.4 Betrokken samenleving — 20

2.5 Verbetermogelijkheden type indicatoren — 21

2.6 Mogelijke indicatoren Zorg in de laatste levensfase — 22

2.7 Koppeling sociaal domein — 24

2.8 Referentie- en streefwaarden — 25

#### **3 Slotwoord — 29**

#### **4 Bijlagen — 31**

Bijlage 1. Omschrijving opdracht Adviesnotitie VWS-monitor — 31

Bijlage 2. Maatschappelijke doelstellingen (huidige) VWS-monitor — 33

Bijlage 3. Indicatoren (huidige) VWS-monitor — 34

Bijlage 4. Aansluiten bij internationale indicatorensets en inzichten — 35



## Inleiding

In mei 2015 gaf de Tweede Kamer aan behoefte te hebben aan betere verantwoordingsinformatie over VWS-beleid. Samen met een werkgroep van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is gewerkt aan het verbeteren van de beleidsverantwoording, met als resultaat de VWS-monitor die op Prinsjesdag 2016 is gepresenteerd<sup>1</sup>. Het doel van de monitor is om meer inzicht te krijgen in de gesteldheid van de Nederlandse gezondheidszorg: is er reden tot bijsturing? De monitor is gekoppeld aan de beleidsagenda en heeft een signalerende werking. Door de monitor van opeenvolgende jaren naast elkaar te leggen, ontstaat inzicht in de veranderingen van gezondheid en de gezondheidszorg.

Hoewel de VWS-monitor volgens de Tweede Kamercommissie een stap in de goede richting is, constateert zij verbetermogelijkheden<sup>2</sup>. Aanvullend op de suggesties van de Kamer heeft de interne werkgroep Betere beleidsverantwoording van VWS enkele aandachtspunten geformuleerd. Het ministerie van VWS heeft daarom besloten om nader advies in te winnen voor doorontwikkeling van de VWS-monitor, voortbouwend op deze aanbevelingen.

<sup>1</sup> Voor de huidige VWS-monitor zie [www.hetzorgverhaal.nl/vws-monitor-2016](http://www.hetzorgverhaal.nl/vws-monitor-2016).

<sup>2</sup> Brief Tweede Kamercommissie inzake eindverslag werkgroep verbetering begroting en jaarverslag VWS. Den Haag: 27 oktober 2016.



## 1 Adviesaanvraag aan het Consortium van de Staat VenZ

Binnen het Consortium dat de Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staat VenZ) ontwikkelt, is veel kennis en expertise aanwezig over informatie aangaande VWS-beleid. Bovendien is er in de huidige VWS-monitor voor gekozen om deze grotendeels te baseren op de cijfers van de Staat VenZ. Daarom heeft het ministerie van VWS aan het Consortium van de Staat VenZ gevraagd een advies uit te brengen over de doorontwikkeling van de VWS-monitor.

Het verzoek aan het Consortium is om VWS te adviseren op de volgende punten<sup>3</sup>:

1. Een aanscherping van de formulering van de maatschappelijke doelstellingen.
2. De verbetermogelijkheden om:
  - o de gehanteerde indicatoren beter te laten aansluiten op de doelstellingen en de beschikbare (kern)cijfers;
  - o meer uitkomstindicatoren op te nemen.
3. Suggesties voor mogelijke indicatoren voor 'Zorg in de laatste levensfase'.
4. De koppeling met het sociaal domein en jeugdzorg verbeteren door het betrekken van cijfers uit onder andere de Jeugdmonitor en Rapportage Sociaal Domein.
5. Het gebruik van de reeds bestaande prestatie-indicatoren, referentie- en streefwaarden, zoals gepubliceerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Deze opdracht aan het Consortium omvat alleen aanbevelingen en niet de daadwerkelijke uitvoering daarvan. Daarvoor is de tijdspanne waarin het advies moet worden uitgebracht te kort.

Voor indicatoren uit de VWS-monitor die nu nog geen onderdeel zijn van de Staat VenZ, zal worden onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor opname in de Staat VenZ. In tegenstelling tot de VWS-monitor is de Staat VenZ geen product van het ministerie van VWS, maar van het Consortium van de Staat VenZ. De Staat VenZ kent haar eigen doelen en kaders (zie ook tekstbox op pagina 12 voor een verdere uitleg van het verschil én de samenhang tussen beide producten).

<sup>3</sup> In bijlage 1 is de volledige opdrachtbeschrijving vanuit VWS opgenomen.

## **Relatie Staat van Volksgezondheid en Zorg en de VWS-monitor**

### **Staat VenZ**

In 2016 is de Staat van Volksgezondheid en Zorg voor het eerst gepubliceerd. De Staat van Volksgezondheid en Zorg ([www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl), kortweg de Staat VenZ) presenteert actuele en eenduidige cijfers over de verschillende domeinen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): volksgezondheid, zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugd. Ook sport komt aan bod, voor zover het samenhangt met volksgezondheid en zorg. Hiermee kan het beleid van VWS worden gevolgd en verantwoord. De Staat VenZ wordt doorontwikkeld. In 2017 zijn bijvoorbeeld kerncijfers toegevoegd op de terreinen van het sociaal domein en jeugd en voor 'Zorg in de laatste levensfase'.

### **VWS-monitor**

In de VWS-begroting 2017 (en de daarin opgenomen Beleidsagenda) zijn stappen gezet in het SMART-maken van teksten en maatregelen. Hiertoe is bij de beleidsagenda een beleidsmonitor opgenomen, de VWS-monitor. De monitor bevat voor de verschillende levensfasen beleidsdoelstellingen met indicatoren en heeft een signalerende werking. Hiermee is de basis gelegd voor het verbeteren van de verantwoordingsfunctie van het jaarverslag. Via [www.hetzorgverhaal.nl](http://www.hetzorgverhaal.nl) is het overzicht te vinden met daarin de meest actuele cijfers en tijdreeksen van de gekozen indicatoren.

De VWS-monitor wordt doorontwikkeld om de gehanteerde kerncijfers beter te laten aansluiten op de doelstellingen. Het ministerie maakt waar mogelijk gebruik van de kerncijfers uit de Staat VenZ. Als er in de Staat VenZ nog geen kerncijfers beschikbaar zijn over een bepaald onderwerp uit de VWS-monitor, zal worden beoordeeld of er cijfers zijn die voldoende valide en betrouwbaar zijn om op te nemen in de Staat VenZ. Opname van aanvullende kerncijfers vindt plaats in overleg met het Consortium van de Staat VenZ. Zij zullen de gewenste onderwerpen dan wel kerncijfers toetsen aan het doel en de kwaliteitseisen van de Staat VenZ.

## 2 Advies voor doorontwikkeling VWS-monitor

In deze paragraaf wordt ter verduidelijking eerst de opzet van de huidige VWS-monitor geschetst. Vervolgens geeft het Consortium een aantal algemene aanbevelingen, waarna ingegaan wordt op de vijf vragen uit de opdrachtomschrijving.

### 2.1 Opzet huidige monitor

De huidige VWS-monitor kent een verdeling naar levensfase/zorgbehoefte (Zorg rond de geboorte, Gezond blijven, Beter worden, Leven met een chronische ziekte en beperking, Zorg in de laatste levensfase) en vier publieke waarden (Toegankelijkheid, Kwaliteit, Betaalbaarheid, Betrokken samenleving).

Aan elke combinatie van publieke waarde en levensfase zijn één of enkele maatschappelijke doelstellingen plus maximaal drie indicatoren gekoppeld. Voorbeelden van maatschappelijke doelstellingen zijn: optimale keuzevrijheid voor het type bevalling en het beperken van de stijging in de zorgkosten. Echter nog niet alle doelstellingen hebben op dit moment indicatoren. Vooral voor de publieke waarde 'Betrokken samenleving' en het terrein sociaal domein en 'Zorg in de laatste levensfase' ontbreken indicatoren vooralsnog. In bijlage 2 en 3 is het hele overzicht met de huidige maatschappelijke doelstellingen en indicatoren weergegeven.

### 2.2 Algemene aanbevelingen

1. Het Consortium pleit ervoor dat de VWS-monitor een mix is van enerzijds inzicht in ontwikkelingen die te relateren zijn aan specifiek beleid én anderzijds scores op indicatoren die minder aan specifiek beleid zijn te relateren, maar wel aan maatschappelijke doelstellingen. Op die manier kan de monitor gebruikt worden voor de beleidsverantwoording én voor het monitoren van achterliggende maatschappelijke doelstellingen. Als voorbeeld op het terrein van preventie: in het Nationaal Preventie Programma staan veel concrete beleidsacties, die gekoppeld zijn aan meetbare doelen en het RIVM monitort of die doelen gehaald worden<sup>4</sup>. Opname van al deze doelen in de monitor zou leiden tot dubbelingen en zou er ook voor zorgen dat de monitor te omvangrijk zou worden. Wel beveelt het Consortium aan om zulke specifieke beleidsdoelstellingen op te nemen in de VWS-monitor, maar dan vooral te kiezen voor beleidsdoelstellingen die output en uitkomst<sup>5</sup> meten. Dat betekent in bovenstaand voorbeeld dat niet het aantal scholen

<sup>4</sup>[www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Algemeen\\_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Nationaal\\_Programma\\_Preventie\\_goed\\_op\\_weg](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Nationaal_Programma_Preventie_goed_op_weg)

<sup>5</sup>Er zijn vier typen indicatoren te onderscheiden: structuur, proces, output en uitkomst. Het gaat daarbij dan om respectievelijk capaciteit en financiën (randvoorwaarden), kwaliteit en tijdigheid, bereik van maatregelen en impact van maatregelen (bijvoorbeeld op gezondheidsstatus).

- met Vignet gezonde school wordt opgenomen, maar wel het percentage kinderen met (ernstig) overgewicht.
2. In de VWS-monitor wordt voortgebouwd op het gangbare raamwerk voor prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg (voor uitleg over het raamwerk zie 2.3). Daaraan is de kolom 'Betrokken samenleving' toegevoegd. Het Consortium begrijpt de wens om breder te kijken dan het formele gezondheidzorgsysteem, waardoor er nu vier publieke waarden zijn. Het Consortium adviseert daarbij om pragmatisch om te gaan met het uitsplitsen van publieke waarden naar zorgbehoefte/levensfase. Het Consortium adviseert om voor de publieke waarden 'Kwaliteit' en 'Toegankelijkheid' vast te houden aan de indeling naar zorgbehoefte/levensfase, maar dat bij 'Betaalbaarheid' en 'Betrokken samenleving' minder dwingend te doen. Conceptueel sluiten deze laatste twee minder logisch aan op de indeling in zorgbehoeften. Daarnaast adviseert het Consortium om ook de overkoepelende indicatoren, zoals gezonde levensverwachting, die met alle levensfasen en meerdere publieke waarden te maken hebben, een aparte plek te geven in de monitor (i.p.v. ze bijvoorbeeld kunstmatig bij één van de levensfasen te presenteren).
  3. Indicatoren krijgen meer zeggingskracht door ze te koppelen aan beleidsdoelstellingen en referentie- en/of streefwaarden. Daarbij is het van belang om niet uit het oog te verliezen dat effecten vaak niet één op één te koppelen zijn aan beleidsinzet. Als de uitkomst van beleid wel gemeten kan worden, maar de relatie met het beleid kan niet 'hard' worden gelegd, dan spreekt men in de beleidstheorie van doelrealisatie. De relatie met het beleid is vaak veel moeilijker te meten en als het al kan, leent zich dat meer voor eenmalige studies dan jaarlijkse monitoring. Ook zonder directe relatie met het beleid is het zinvol om doelrealisatie jaarlijks te monitoren, vanwege de signalerende werking ('zijn we op de goede weg?').
  4. Het gebruik van internationaal vergelijkbare indicatoren en vergelijkingen voegt een dimensie toe aan de nationale monitoring van volksgezondheid en zorg en dus ook aan de VWS-monitor. Hoewel nationale beleidsopgaven, prioriteiten en ambities op onderdelen tussen landen verschillen en afhankelijk zijn van nationale waarden en normen en ook van contextuele factoren, zoals de economische situatie op dat moment, zijn internationale vergelijkingen belangrijk. Ze kunnen functioneren als benchmark of een referentiewaarde leveren. Ze geven soms een goede indruk van wat via beleid haalbaar is, kunnen helpen om ambities te formuleren en laten vaak zien waar Nederland al goed presteert. Ook geven ze de mogelijkheid om keuzes te maken in het eventueel 'leren van de burens'. Het goed gebruik van internationale data en vergelijkingen moet dan wel meer inhouden dan de keuze om enkele internationale indicatoren in de monitor op te nemen (zie bijlage 4). Er moet een samenhangend verhaal achter zitten.
  5. Het Consortium geeft geen advies over een minimum, maximum of gewenst aantal indicatoren. Een strikte beperking tot drie of vier indicatoren voor een combinatie van publieke waarde en levensfase is eigenlijk onnodig; bij 'Kwaliteit' en 'Beter worden'



bijvoorbeeld kan het heel legitiem zijn om een groter aantal te hanteren.

6. Het is belangrijk helder te maken waar de doelstellingen in de VWS-monitor vandaan komen. Met welk beleid hangt dit samen; hoe is een indicator gerelateerd aan een achterliggend doel? Om te voorkomen dat de geselecteerde indicatoren als willekeurig worden gezien, is het aan te bevelen om expliciet aan te geven welke criteria gebruikt zijn om tot de selectie te komen.
7. Om deze monitor zijn huidige waarde te laten behouden en in de toekomst te versterken en verbreden is binnen VWS een continu proces nodig van evaluatie en vernieuwing van de indicatorenset. Eigenaarschap van de indicatoren binnen de verschillende VWS-directies is hierbij cruciaal. Het is belangrijk dat de indicatorenset goed onderhouden wordt en er gerichte ondersteuning is om tot een optimale set te komen. Hierbij is wellicht een verdere vorm van prioritering nodig.
8. Het voortzetten en het behoud van de monitor vraagt specifieke expertise die niet altijd voldoende voorhanden is bij een ministerie. Zo is het belangrijk dat het doel van het cijfer ('wat moet het cijfer zeggen') bepalend is voor de selectie van de indicator en achterliggende databron. Om dit te borgen beveelt het Consortium aan de nodige expertise in te schakelen.
9. De indicatoren zoals nu aanwezig in de monitor, kunnen grotere meerwaarde krijgen wanneer deze periodiek (iedere twee tot vier jaar bijvoorbeeld) in samenhang worden gepresenteerd en van interpretatie en duiding voorzien. Door deze presentatiewijze voldoet de monitor nog beter aan de vraag van de Tweede Kamer, omdat het betekenis kan geven aan opvallende bevindingen en een overkoepelend beeld schetst.

### 2.3 Aanscherpen maatschappelijke doelstellingen

VWS heeft aan het Consortium gevraagd om op basis van eerdere analyses, van onder meer de Tweede Kamer, advies uit te brengen over de mogelijkheden voor aanscherping van de maatschappelijke doelstellingen in de VWS-monitor. Het gaat daarbij concreet om suggesties die ervoor zorgen dat alle aspecten van een publieke waarde ook terugkomen in de bijbehorende doelstellingen. De doelstellingen zelf zijn niet beoordeeld door het Consortium.

Om verbetering aan te brengen in de 'dekking' van de publieke waarden door de maatschappelijke doelstellingen adviseert het Consortium om bij de verdere uitwerking van de publieke waarden 'Toegankelijkheid' en 'Kwaliteit' een aantal dimensies consistent toe te passen op de verschillende levensfasen.

Deze dimensies zijn gebaseerd op een gangbaar raamwerk voor prestatie-indicatoren<sup>6</sup>, dat ook ten grondslag ligt aan de structuur in de VWS-monitor. Dit raamwerk voor de gezondheidszorg sluit ook aan op

<sup>6</sup>Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AH, Custers T: Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003, 15: p. 377-398.

internationale raamwerken. Dit maakt voor de VWS-monitor internationale vergelijkingen mogelijk.

Voor Nederland bestaat er een gedragen indicatorenset gebaseerd op dit raamwerk die de prestaties van het gezondheidszorgsysteem meet. Een overzicht daarvan is terug te vinden op de website [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info).

Bij *toegankelijkheid* gaat het om de volgende dimensies:

- Bereikbaarheid
- Financiële toegankelijkheid
- Tijdigheid
- Toegankelijkheid naar behoefte
- Keuzevrijheid

Bij *kwaliteit* gaat het om de volgende dimensies:

- Effectiviteit
- Veiligheid
- Patiëntgerichtheid

Het voordeel van het gebruik van deze dimensies is dat ze alle belangrijke aspecten van de publieke waarde omvatten. Vervolgens moeten per dimensie indicatoren geformuleerd worden. De stap van doel naar indicator is dan meestal vanzelfsprekend. Suggesties voor indicatoren staan in de volgende paragraaf.

**Ter illustratie: Zorg rond de geboorte**

Op dit moment staan voor 'Zorg rond de geboorte' onder toegankelijkheid de volgende doelstellingen:

- Optimale keuzevrijheid voor type bevalling en begeleiding/meest geschikt.
- Goed geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Dit zou aangevuld kunnen worden met doelstellingen op het gebied van bereikbaarheid, financiële toegankelijkheid en tijdigheid.

Onder *betaalbaarheid* van zorg wordt doorgaans de *macrobetalbaarheid* verstaan. Het Consortium adviseert de doelstellingen over betaalbaarheid vanuit het perspectief van de individuele burger te scharen onder (financiële) toegankelijkheid. Macrobetalbaarheid valt vervolgens uiteen in de elementen 'beheerste uitgavenontwikkeling' en 'doelmatige inzet van middelen'. Deze elementen zijn niet goed te onderscheiden naar zorgbehoeften/levensfasen. De kosten van zorg zijn nog wel naar zorgsectoren uit te splitsen, maar iedere levensfase kent verschillende soorten zorguitgaven, die juist in samenhang relevant worden. Vooral 'Zorg in de laatste levensfase' en 'Gezond blijven' zijn onvoldoende afgebakend om direct uit bestaande cijfers af te leiden.

Een indeling naar levensfase is net als bij betaalbaarheid minder goed bruikbaar voor de kolom *betrokken samenleving*. De kolom betrokken samenleving gaat in de huidige opzet over participatie: 'mee kunnen doen', en om de mate waarin de samenleving dat ondersteunt. Dus over zelf- en samenredzaamheid, en ook over isolement/eenzaamheid van

mensen met gezondheidsproblemen. Het Consortium adviseert om niet te krampachtig te streven naar het conceptueel inpassen van deze publieke waarde in de structuur van de huidige monitor en in eerste instantie niet alles te willen verdelen naar levensfase. Het wordt dan makkelijker om deze kolom breder in te vullen.

## **2.4 Verbeterpunten om indicatoren beter te laten aansluiten op (aangescherpte) maatschappelijke doelstellingen**

Voortbordurend op de adviezen over het aanscherpen van maatschappelijke doelstellingen in de vorige paragraaf, doen we in deze paragraaf een aantal suggesties voor de vertaling van maatschappelijke doelstellingen naar indicatoren.

### *2.4.1 Toegankelijkheid*

Voor de publieke waarde toegankelijkheid kunnen de vijf dimensies verder geconcretiseerd worden. Per dimensie gaat het om de volgende aspecten:

Bereikbaarheid:

- Binnen een bepaalde tijd (bijvoorbeeld een half uur) bij ten minste één aanbieder kunnen zijn met eigen auto (eventueel uit te breiden met bereikbaarheid van een aanbieder met acceptabele wachttijd en/of bereikbaarheid van tenminste twee aanbieders).

Financiële toegankelijkheid:

- Gemiddelde en maximale out-of-pocket uitgaven.
- Afzien van zorg vanwege kosten.

Tijdigheid:

- Percentage binnen de normen van acute zorg.
- Percentage binnen Treeknormen.
- Eventueel aangevuld met: Welke zorg/regio valt niet binnen de normen?

Toegankelijkheid naar behoefte:

- Diversiteit aanbod zorgarrangementen dichtbij.
- Inzicht bij patiënten/burgers in opties (dit wordt incidenteel gemonitord met behulp van vragenlijsten).

Keuzevrijheid:

- Mate waarin keuzevrijheid wordt ervaren/zorg van eerste keuze beschikbaar was (gebruik makend van panels). Hier kunnen vervolgens indicatoren bij gezocht worden.

Ter illustratie van hoe dat eruit zou kunnen zien, heeft het Consortium als voorbeeld 'Zorg rond de geboorte' uitgewerkt (zie pagina 18).

### **Ter illustratie: Toegankelijkheid geboortezorg**

De wijze waarop een publiek doel per dimensie gevuld kan worden met indicatoren is ter illustratie uitgewerkt voor de geboortezorg.

#### *Bereikbaarheid*

Voor de dimensie bereikbaarheid zijn er een aantal indicatoren beschikbaar:

- binnen 15 of 30 minuten bij verloskundige kunnen zijn met eigen auto;
- gemiddelde reistijd voor tweedelijns verloskundige zorg met eigen auto.

Deze uitkomsten zijn gemeten in de Marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte 2012 en QuickScan integrale geboortezorg 2015. Deze NZa-rapportage komt niet ieder jaar uit.

#### *Financiële toegankelijkheid:*

- gemiddelde en maximale out-of-pocket uitgaven aan screening, eigen bijdrage ziektekosten, kraamzorg.

Uitgaven die onder verzekerde zorg vallen zijn beschikbaar bij de Consortium- partners (met en zonder eigen risico), maar worden niet als indicator gepubliceerd. Eventuele extra eigen uitgaven zijn niet bekend.

#### *Tijdigheid*

Hier passen de indicatoren uit de Staat VenZ:

- zwangere kan op tijd bij (regulier/specialistische) afdeling verloskunde gebracht worden (binnen 45 minuten).

Naast de indicatoren uit de Staat VenZ is er ook:

- wachttijdgegevens voor de polikliniek verloskunde.

De wachttijdgegevens zijn publiek beschikbaar en worden geanalyseerd door onder andere de NZa.

#### *Toegankelijkheid naar behoefte/optimale keuzevrijheid*

Als de bereikbaarheid van zorg geborgd is, hoeft die zorgvorm nog niet altijd aan te sluiten op de voorkeur van de patiënt. In de geboortezorg kan de bevalling onder voorwaarden thuis plaatsvinden of op een zorglocatie dichtbij of in het ziekenhuis. Het kan echter zijn dat niet beide vormen van zorg worden aangeboden.

- De mate waarin zwangeren zich bewust zijn van de mogelijke begeleidingsvormen en of ze de begeleiding van eerste keuze hebben gekregen bij de zwangerschap en de bevalling (indien deze zonder complicatie is verlopen). Deze indicator is volgens het Consortium nog niet beschikbaar, maar zou via enquêtes kunnen worden uitgevraagd.
- Aantal aanbieders bereikbaar binnen 15 of 30 minuten en aantal regio's waar geen alternatieve aanbieder binnen 45 minuten beschikbaar is (indicator in de Staat VenZ: aantal gevoelige ziekenhuizen).

Data en indicatoren voor toegankelijkheid naar behoefte/optimale keuzevrijheid zijn niet direct beschikbaar, maar wel met enige moeite op korte termijn te verkrijgen via vragenlijsten.

NB: Niet alle indicatoren hoeven in de monitor opgenomen te worden om toch iets te zeggen over alle dimensies. Hoe vaak de samenhang tussen indicatoren en uitkomsten wordt getoetst, hangt af van de veranderlijkheid van de samenleving en het zorgstelsel.

Het Consortium constateert dat veel indicatoren over deze aspecten nu al beschikbaar zijn. Deze indicatoren zouden op korte termijn kunnen worden opgenomen in de VWS-monitor.

Daarnaast zijn er mogelijkheden om sommige elementen op korte termijn (door) te ontwikkelen op basis van beschikbare bronnen. Neem Toegankelijkheid naar behoefte: er is een indicator beschikbaar op basis waarvan wellicht in de toekomst gedifferentieerd kan worden naar type aanbod. Het gaat dan om de indicator 'Aantal aanbieders te bereiken op een afstand van 15 en 30 minuten' uit de NZa QuickScan integrale geboortezorg 2015.

Op de wat langere termijn zouden sommige elementen zoals optimale keuze vrijheid via panels kunnen worden uitgevraagd (dit hoeft niet per se jaarlijks).

#### 2.4.2

##### *Kwaliteit*

Voor de publieke waarde kwaliteit van zorg gaat het om het meetbaar maken van de dimensies effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid.

Effectiviteit is een hoofdcriterium bij kwaliteit dat over alle levensfasen in indicatoren te vatten is. Voor Nederland bestaat er een gedragen indicatorenset die de prestaties van het gezondheidszorgsysteem meet, onder andere voor de publieke waarde kwaliteit. Op de website [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) staan voor de publieke waarde kwaliteit enkele tientallen prestatie-indicatoren (groten)deels samenhangend met levensfasen.

Het Consortium raadt aan, gezien het doel van de VWS-monitor en de wens om het aantal indicatoren te beperken, te streven naar een hoger abstractieniveau, dus niet ziektespecifiek. Alleen bij bijvoorbeeld vijfjaarsoverleving kan het passend zijn om in te zoomen naar relevante ziektegroepen zoals hartinfarct, beroerte en oncologie. Zowel binnen als buiten Nederland worden momenteel veel zogenaamde patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMS) ontwikkeld. Deze zullen in de nabije toekomst een steeds belangrijke rol gaan spelen bij het beoordelen van effectiviteit.

Veiligheid speelt in alle levensfasen een rol, maar in de medisch specialistische zorg is deze dimensie het meest uitgewerkt in indicatoren. Deze gaan over het voorkomen van (vermijdbare) complicatie zoals vermijdbare sterfte, onverwacht lange ligduur en heropnamen. Deze indicatoren zijn het meest relevant voor het onderdeel 'Beter worden'. Bij de andere onderdelen in de huidige VWS-monitor zoals 'Zorg rond de geboorte' en 'Leven met een ziekte of beperking' zijn er geen indicatoren opgenomen die hierover gaan.

Patiëntgerichtheid is voor alle zorgvragen van belang en wordt doorgaans gemeten met patiëntvervaringscijfers. Een groot deel van de benodigde indicatoren en gegevens is beschikbaar. Patiëntgerichtheid is ook goed uit te vragen via panels. De Staat VenZ bevat hiervoor al enkele indicatoren die gericht zijn op de patiëntgerichtheid in de huisartspraktijk. Te denken valt aan indicatoren als huisarts geeft patiënt gelegenheid vragen te stellen, huisarts besteedt voldoende tijd aan patiënt en betreft de patiënt bij beslissingen.

#### 2.4.3 *Betaalbaarheid*

Eerder is geconstateerd dat betaalbaarheid uiteenvalt in: beheerste uitgavenontwikkeling en doelmatige inzet van middelen. Die eerste is te volgen door te kijken naar de ontwikkeling van de uitgaven in de loop van de tijd.

Het voorstel van het Consortium is om voor dit onderwerp aan te sluiten bij de indicatoren die in de Staat VenZ zijn opgenomen, zoals:

- Aandeel zorg in de collectieve uitgaven. Deze indicator is nu al opgenomen in de monitor, bij de levensfase 'Beter worden'. De indicator betreft echter het hele zorgsysteem.
- Groei van de zorguitgaven.

Hier zouden indicatoren aan toegevoegd kunnen worden die betrekking hebben op specifiek beleid ten aanzien van betaalbaarheid, bijvoorbeeld de uitkomsten van de hoofdlijnenakkoorden.

Doelmatige inzet van middelen is moeilijk direct meetbaar, daarvoor is een concretisering nodig. Het Consortium adviseert zowel te kijken naar gewenste kostenverschuivingen of ombuigingen als naar het metaniveau. Bijvoorbeeld:

- Zijn er (doelmatige) substitutiemogelijkheden? Is er een verschuiving zichtbaar?

Doelmatige inzet van middelen leent zich overigens, omdat het zo moeilijk direct meetbaar is, in veel gevallen beter voor éénmalige (diepte-)studies dan voor jaarlijkse monitoring.

#### 2.4.4 *Betrokken samenleving*

Over de in paragraaf 2.3 genoemde dimensie participatie zijn verschillende gegevens beschikbaar. Op de Staat VenZ is bijvoorbeeld informatie te vinden over duur en intensiteit van het verlenen van mantelzorg. Daarnaast heeft onder andere het SCP relevante informatie in de Rapportage Sociaal Domein. Een deel van de indicatoren uit deze rapportage valt hieronder, zoals maatschappelijke participatie van Wmo-voorzieningengebruikers en sociale contacten van gebruikers van verschillende sociaal domeinvoorzieningen. Deze indicatoren kunnen op korte termijn worden toegevoegd aan de VWS-monitor. Bedacht moet worden dat de Rapportage Sociaal Domein mogelijk stopt in 2018. De gegevens gaan dan over 2015, 2016 en 2017.

Op de wat langere termijn kunnen ook uitkomstindicatoren over jeugdhulp uit de Jeugdmonitor worden toegevoegd. Deze zijn momenteel in ontwikkeling.

Het gaat daarbij om:

1. Uitval/bereik van jeugdzorg.
2. Probleem afname/toename zelfredzaamheid.
3. Tevredenheid met resultaat hulp.

Afhankelijk van de uiteindelijke keuze voor specifieke dimensies en indicatoren kan gekeken worden of aanvulling van bronnen nodig is.

## 2.5 Verbetermogelijkheden type indicatoren

VWS heeft aan het Consortium gevraagd om te kijken wat de mogelijkheden zijn om meer uitkomstindicatoren op te nemen in de VWS-monitor. Dit is ingegeven door de wens van de Tweede Kamer om meer zicht te krijgen in de mate waarin de maatschappelijke doelstellingen, zoals opgenomen in de monitor, zijn bereikt.

Doelen zijn er op verschillende niveaus. Om dit te verduidelijken, wordt hieronder de preventieve zorg in Nederland als voorbeeld gebruikt. Enerzijds zijn er doelen die gaan over beleidsmaatregelen (bijvoorbeeld 'alle scholen een gezonde schoolkantine') en anderzijds doelen die gaan over de toegankelijkheid en kwaliteit van de preventieve zorg. Daarnaast zijn er doelstellingen dat er in jaar x niet meer dan x procent mensen met ernstig overgewicht is. En dan zijn er ook nog overkoepelende doelen, zoals 'alleen kosteneffectieve preventiemaatregelen worden ingezet'.

Afhankelijk van het soort doel, verschilt ook de definitie van het begrip 'uitkomst'. Het feitelijke aantal scholen met een gezonde kantine is de uitkomst van het beleid dat daar op is gericht, maar is in termen van de gezondheid van de schoolgaande jeugd helemaal geen uitkomstindicator.

Anders gezegd: er zijn uitkomsten van zorg (per ziekte of voor het hele zorgsysteem) en er zijn uitkomsten van beleid, waarbij het beleid vaak niet de enige factor is die de uitkomst bepaalt. Dit maakt dat uitkomstindicatoren vaak lastig zijn te interpreteren waardoor het soms handig kan zijn om toch voor andersoortige indicatoren (bijvoorbeeld procesindicatoren) te kiezen.

In paragraaf 2.2 is al betoogd dat het in de VWS-monitor ook relevant is om te kijken naar de uitkomst van het beleid.

Het is zinvol om onderscheid te maken in drie typen uitkomstindicatoren:

1. Overkoepelende uitkomstindicatoren van het gehele zorgsysteem (het gaat dan om de bijdrage van het zorgsysteem aan de volksgezondheid, bijv. gezonde levensverwachting).
2. Uitkomstindicatoren (zorguitkomsten) voor een specifieke ziekte of patiëntengroep (het gaat dan om gezondheidswinst die met specifieke zorg/interventie bereikt wordt).
3. Uitkomstindicatoren die 1-op-1 te koppelen zijn aan specifiek beleid (het gaat dan om beleidsuitkomsten).

In de VWS-monitor komen nu al indicatoren van elk type voor. Bij overkoepelende uitkomstindicatoren valt te denken aan levensverwachting en vijfjaarsoverleving bij kanker. Omdat het begrip 'uitkomst' afhangt van het soort maatschappelijk doel, is het zaak om

éérst de maatschappelijke doelstellingen vast te stellen. Pas daarna kunnen daar uitkomstindicatoren bij geformuleerd worden. Als het gaat over de uitkomst van zorg of van een specifieke behandeling of ingreep, dan is er in de wetenschap brede consensus dat het niet alleen moet gaan over gezondheidswinst, maar meer algemeen over het vermogen een ‘normaal’ leven te leiden. Zo definieert het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) health outcome als: “... the results people care about most when seeking treatment, including functional improvement and the ability to live normal, productive lives”. Dat is een ruime definitie. Indicatoren als het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat betaald werk doet (is ook al opgenomen in de Staat VenZ en de VWS-monitor) zijn dus ook belangrijke uitkomstindicatoren (o.a. van effectiviteit van behandeling). En de definitie maakt ook duidelijk dat het oordeel van de burger of patiënt heel belangrijk is.

**Ter illustratie: Maatschappelijke participatie**

Over maatschappelijke participatie van mensen met een chronische ziekte of beperking zijn wel cijfers opgenomen in de Staat VenZ en de VWS-monitor, maar meer specifieke indicatoren ontbreken. Bijvoorbeeld een indicator over hoe snel mensen weer aan het werk zijn na een zorgperiode. Vooral over werken na kanker is wel veel gepubliceerd (zie bijvoorbeeld [www.kankerenwerk.nl/verzuim-en-arbeidsongeschiktheid](http://www.kankerenwerk.nl/verzuim-en-arbeidsongeschiktheid)). Door koppeling van bestanden over ziekte en zorggebruik enerzijds en werk anderzijds zijn dergelijke indicatoren wel te ontwikkelen, maar deze zijn niet direct beschikbaar.

Naast gezondheidswinst (lagere sterfte/latere sterfte, kwaliteit van leven, beter fysiek, cognitief en psychisch functioneren, het hebben van minder beperkingen) spelen ook maatschappelijke baten een rol bij de effecten van goede zorg en effectieve preventie. Mogelijke maatschappelijke baten van zorg en preventie zijn dan bijvoorbeeld: meer arbeidsparticipatie en economische productiviteit of verbetering van gewenst dan wel behaald onderwijsniveau.

Om maatschappelijke impact te kunnen monitoren moet eerst verkend worden wat er voor handen is. Er zijn in de wetenschap wel pogingen gedaan om te kijken welk deel van een uitkomst toe te schrijven is aan beleid. Bijvoorbeeld in maatschappelijke kosten-batenanalyses voor specifiek beleid. Een volledig overzicht ontbreekt, zover bekend, vooralsnog. Het meten van maatschappelijke impact staat nog in de kinderschoenen in vergelijking met het meten van uitkomsten van zorg. Dit vraagt om een gedegen verkenning en valt buiten de huidige opdracht aan het Consortium.

## 2.6 Mogelijke indicatoren Zorg in de laatste levensfase

Onlangs heeft het Consortium zich over dit onderwerp gebogen voor de doorontwikkeling van de Staat VenZ. Op basis van die bevindingen zijn er enkele aspecten af te leiden, die terug zouden kunnen komen in de VWS-monitor, te weten:

- Palliatieve zorg (inclusief ervaringen).
- Palliatieve sedatie.
- Beslissingen rond het levenseinde.



Ter illustratie van mogelijk relevante indicatoren heeft het Consortium een overzicht toegevoegd.

**Ter illustratie: Potentiële indicatoren zorg in de laatste levensfase**

*Toegankelijkheid*

Palliatieve zorg:

1. Aantal voorzieningen voor palliatieve zorg (bereikbaarheid).
2. Aantal vrijwilligers dat palliatieve zorg verleent (bereikbaarheid).
3. Wachtijd voor terminale palliatieve zorg (tijdigheid).
4. Aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie werd toegepast (SFK) (bereikbaarheid/toegankelijkheid naar behoefte).

Beslissingen rond het levenseinde:

5. Aandacht voor zorg rond het levenseinde in de huisartsenpraktijk (toegankelijkheid naar behoefte/keuzevrijheid).
6. Aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding (toegankelijkheid naar behoefte/keuzevrijheid).
7. Percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van levensverlengende behandeling (toegankelijkheid naar behoefte/keuzevrijheid).

*Kwaliteit*

Palliatieve zorg:

8. Aantal high-care hospices met een kwaliteitskeurmerk (effectiviteit/veiligheid).

Volgens nabestaanden:

9. Percentage patiënten dat is overleden op de plaats van voorkeur (patiëntgerichtheid).
10. Mate waarin zorgverleners het levenseinde met de patiënten en nabestaanden bespraken en nazorg (patiëntgerichtheid).
11. Mate waarin nabestaanden gelegenheid hadden om alleen te zijn met hun naaste (patiëntgerichtheid).

Palliatieve sedatie:

12. Percentage behandelprotocollen voor palliatieve sedatie in ziekenhuizen, dat overeenstemt met de KNMG richtlijn (effectiviteit/veiligheid).
13. Percentage gevallen van continue diepe sedatie met alleen morfine (effectiviteit/veiligheid).
14. Percentage patiënten en familieleden, dat betrokken is bij de besluitvorming rond palliatieve sedatie (patiëntgerichtheid).

Beslissingen rond het levenseinde:

15. Percentage gevallen van euthanasie met morfine of benzodiazepinen (effectiviteit/veiligheid).
16. Aantal situaties/meldingen waarbij sprake is van onnodig doorbehandelen (patiëntgerichtheid).
17. Percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat volgens de regionale toetsingscommissies euthanasie niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen (effectiviteit/veiligheid).

*Betaalbaarheid*

Palliatieve zorg:

18. Uitgaven aan palliatieve zorg.

Over het grootste deel van de indicatoren uit de tekstbox van pagina 23 zijn geen cijfers beschikbaar en dit ligt ook op de korte termijn niet in de lijn der verwachting. Neem het aanbod van palliatieve zorg; dat wordt niet geregistreerd. Het ontwikkelen van een dergelijke indicator inclusief de beschikbaarheid van betrouwbare cijfers zal naar verwachting jaren duren, omdat de hele informatievoorziening hiervoor moet worden opgezet. Het Consortium bekijkt regelmatig of de informatie over zorg in de laatste levensfase kan worden uitgebreid.

Voor een deel van de indicatoren zijn wel betrouwbare gegevens beschikbaar. Deze staan allemaal op de Staat VenZ.

Het gaat om:

1. Palliatieve sedatie door huisarts  
([www.staatvenz.nl/kerncijfers/palliatieve-sedatie-door-huisarts](http://www.staatvenz.nl/kerncijfers/palliatieve-sedatie-door-huisarts)), is een deel van indicator 4 uit de tekstbox.
2. Palliatieve sedatie: continue sedatie alleen met morfine  
([www.staatvenz.nl/kerncijfers/palliatieve-sedatie-continue-sedatie-alleen-met-morfine](http://www.staatvenz.nl/kerncijfers/palliatieve-sedatie-continue-sedatie-alleen-met-morfine)), is indicator 13 uit de tekstbox.
3. Euthanasie: verzoek aan huisarts  
([www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-door-huisarts](http://www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-door-huisarts)), is indicator 5 uit de tekstbox.
4. Euthanasie: aantal meldingen van euthanasie, en percentage dat niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen  
([www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-aantal-meldingen](http://www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-aantal-meldingen)), is indicator 6 en indicator 17 uit de tekstbox.
5. Euthanasie: uitgevoerd met morfine en/of benzodiazepinen  
([www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-met-morfine-en-of-benzodiazepinen](http://www.staatvenz.nl/kerncijfers/euthanasie-met-morfine-en-of-benzodiazepinen)), is indicator 15 uit de tekstbox.

## 2.7 Koppeling sociaal domein

De vraag van VWS aan het Consortium was om een oordeel te geven over welke indicatoren uit twee al beschikbare monitors volgens het Consortium het best passend zijn om op te nemen in de VWS-monitor. Het gaat om de Rapportage Sociaal Domein van het SCP en de Jeugdmonitor van het NJi.

### *Suggesties indicatoren op basis Rapportage Sociaal Domein*

Via de Rapportage Sociaal Domein informeert de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties de Tweede Kamer jaarlijks over de voortgang op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en arbeidsparticipatie in het kader van de decentralisaties. VWS is verantwoordelijk voor de Wmo en de Jeugdwet en kan voor haar verantwoording eveneens putten uit deze Rapportage Sociaal Domein. De gegevens in deze rapportage zijn mede afkomstig van departementale monitoring.

Het Consortium adviseert om de volgende indicatoren op te nemen:

- Maatschappelijke participatie van Wmo-maatwerkvoorzieningengebruikers;
- Tevredenheid over het leven onder gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen;
- Sociale contacten voor alle gebruikers van verschillende sociaal domein voorzieningen (inclusief geen voorzieningen);

- Eenzaamheid onder gebruikers van verschillende sociaal domein voorzieningen (inclusief geen voorzieningen).

De keuze voor deze indicatoren is ingegeven door de beleidsrelevantie bezien vanuit de systeemverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De gekozen cijfers zijn op een geaggregeerd niveau weergegeven en hebben een signalerende werking.

Mogelijk zullen in de toekomst gegevens uit de SCP-enquête onder gebruikers van verschillende voorzieningen uit het Sociaal Domein<sup>7</sup> uitgesplitst worden naar psychische beperkingen. De betreffende gegevens krijgen waarschijnlijk een plek in de Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ van het Trimbos-instituut. Het Consortium beveelt aan om dit te blijven volgen en te zijner tijd te beoordelen of en hoe deze indicatoren een plek verdienen in de VWS-monitor.

#### *Suggesties indicatoren op basis Jeugdmonitor*

De VWS-monitor kan voor het onderdeel jeugd aangevuld worden met verschillende indicatoren uit de Jeugdmonitor. Het Consortium ziet duidelijke mogelijkheden voor opname van jeugdindicatoren op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid van preventie. Qua plaats in de monitor kan dan worden gedacht aan 'Kwaliteit' bij 'Gezond blijven'. Ook zijn er enkele indicatoren over gebruik van jeugdhulp die opgenomen zouden kunnen worden.

Op de wat langere termijn is ook een uitbreiding van indicatoren over jeugdhulp mogelijk. Zo worden momenteel indicatoren over de uitkomst van jeugdhulp ontwikkeld. Tussen de aanbieders van jeugdzorg en de Vereniging Nederlandse Gemeenten zijn zes uitkomstindicatoren voor jeugdhulp vastgesteld, waarvan twee (uitval en terugkeer) al uit de bestaande data zijn af te leiden. Twee andere indicatoren (cliënttevredenheid en de mate waarin cliënten na beëindiging van de jeugdhulp zonder zorg verder kunnen) worden opgenomen in de dataverzameling voor Beleidsinformatie Jeugd in 2018. De laatste twee indicatoren (mate waarin de doelen behaald zijn en de mate waarin problemen zijn afgenomen) zullen eerst nader onderzocht worden, voordat ze in de dataverzameling worden opgenomen.

## **2.8 Referentie- en streefwaarden**

Het ministerie van VWS heeft aan het Consortium gevraagd om in het advies ook aandacht te besteden aan de mogelijkheden voor het opnemen van referentiewaarden in de VWS-monitor. Het specifieke verzoek was om aan te geven wanneer een referentiewaarde gepast is en wanneer een streefwaarde beter op zijn plek is. Hieronder wordt eerst uitgelegd wat er bedoeld wordt met referentie- en streefwaarde.

<sup>7</sup> Deze enquête is de basis voor de Rapportage Sociaal Domein.

### *Referentiewaarden*

Indicatoren die worden gebruikt ter monitoring of verantwoording kunnen alleen worden geduid wanneer de gevonden scores ergens mee worden vergeleken. De waarde waar mee wordt vergeleken noemen we de referentiewaarde.

Wanneer bijvoorbeeld de indicator 'antibioticagebruik buiten ziekenhuizen' bekeken wordt (Staat VenZ), kan worden vastgesteld dat er '10,4 dagdoseringen worden verstrekt per 1000 inwoners'. Het is moeilijk om betekenis te geven aan dit cijfer zonder referentiewaarde. Is 10,4 veel? Is het weinig? De Staat VenZ plaatst dit cijfer op een paar manieren in een context:

- Door een tijdreeks weer te geven waaruit blijkt dat er in de afgelopen jaren een lichte daling is opgetreden.
- Door een internationale vergelijking weer te geven waaruit blijkt dat het aantal antibiotica voorschriften nergens zo laag is als in Nederland. Zo hebben Frankrijk en België meer dan het dubbele aantal.

Door eerdere metingen en metingen in andere landen als vergelijkingsmateriaal te gebruiken is te concluderen dat het aantal antibioticavoorschriften in Nederland: a) afneemt en b) behoorlijk laag is (vergeleken met andere landen).

Welke waarde(n) gehanteerd wordt als referentiewaarde is een keuze die gemaakt moet worden. Die keuze kan afhangen van ambitieniveau, van wat beschikbaar is en van andere afwegingen. Binnen de prestatie-indicatorenset zoals die op [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) wordt gepresenteerd, is ervoor gekozen om naast iedere indicator een referentiewaarde te zetten. De referentiewaarden zijn steeds toegelicht en de keuze ervan is gebaseerd op pragmatische afwegingen, waaronder beschikbaarheid.

### *Streefwaarden*

Een bijzondere categorie binnen de referentiewaarden zijn *streefwaarden*. Streefwaarden zijn waarden waar niet alleen mee wordt vergeleken. Ze geven weer wat de score is waarnaar wordt gestreefd. De afstand van de gevonden waarde tot de streefwaarde geeft dus aan welke weg nog te gaan is. Streefwaarden hebben per definitie een normatieve kant en kunnen nooit logisch worden afgeleid uit onderzoek. Op het moment dat een streefwaarde als zodanig wordt gepubliceerd, is het daarmee staand beleid geworden. Bij een streefwaarde is ook vaak de mate waarin beleid invloed kan uitoefenen (haalbaarheid) meegewogen.

Sommige referentiewaarden zullen meer tot de verbeelding spreken, of zelfs meer aanzetten tot verbeteren dan andere. Zoals gezegd, is de keuze van een referentiewaarde mede afhankelijk van wat voor handen is. Wanneer er een streefwaarde voor handen is, kunnen we er uiteraard moeilijk omheen om deze als referentiewaarde te vermelden en meestal zal deze ook te verkiezen zijn boven een andere referentiewaarde. De vraag dient zich hiermee aan: 'waarom niet aan iedere indicator een streefwaarde koppelen?'. Dit zou vanuit monitorings- en

verantwoordingsoogpunt een ideale situatie zijn. Redenen waarom dit niet altijd het geval is zijn:

- Streefwaarden zijn niet voor handen. Wanneer een streefwaarde door het ministerie gepubliceerd wordt, kan het worden beschouwd als beleid van de minister. Hier over moeten formeel beslissingen worden genomen en zulke streefwaarden kunnen dus niet zomaar worden geformuleerd.
- In veel gevallen is wel duidelijk welke richting een indicator idealiter op zou moeten gaan, maar is het moeilijk om een expliciete streefwaarde te formuleren. Denk aan het voorbeeld hierboven: naar hoeveel voorschriften antibiotica moet worden gestreefd?
- In sommige gevallen is het duidelijk dat de streefwaarde 0 procent dan wel 100 procent is. Omdat echter op voorhand duidelijk is dat dit onhaalbaar is, heeft de waarde dan weinig betekenis en helpt het niet om het cijfer in perspectief te zetten. Zo is het streven bij perinatale sterfte bijvoorbeeld nul procent.

In dergelijke gevallen ligt het dus voor de hand om voor 'second best' te gaan en op een andere manier een referentiewaarde te kiezen. Een goed voorbeeld daarvan is een internationale vergelijking, zoals op [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info) vaak wordt gehanteerd, de mediane waarde van een selectie aan westerse landen. Soms zijn internationale data niet voor handen en moeten er andere pragmatische afwegingen worden gemaakt.

De keuze voor een referentiewaarde is altijd voor discussie vatbaar, daarom helpt het om de achterliggende overwegingen weer te geven. Hiermee wordt voorkomen dat de schijn van willekeur ontstaat. Kortom, het kiezen of benoemen van een *referentiewaarde*, bijvoorbeeld bij internationale vergelijkingen vraagt om een rationeel keuzeprocess en transparante criteria.

Uiteraard kan het ministerie van VWS er voor kiezen aan alle indicatoren een streefwaarde te koppelen, maar het is goed te beseffen dat dit de nodige voeten in de aarde zal hebben en dat, anders dan een meer neutrale referentiewaarde, iedere streefwaarde politiek draagvlak nodig heeft.



### 3 Slotwoord

De VWS-monitor is ontwikkeld om verantwoording af te leggen aan de Tweede Kamer over het gevoerde beleid. In deze notitie worden verschillende aanbevelingen gedaan voor de doorontwikkeling van de monitor. Het Consortium hoopt dat deze adviezen er aan bijdragen dat de VWS-monitor doorontwikkeld kan worden tot een nog sterker product, dat gebruikt kan worden om het gesprek te voeren over de effecten van het gevoerde beleid en over de vraag of VWS op de juiste koers zit.





## 4 Bijlagen

### **Bijlage 1. Omschrijving opdracht Adviesnotitie VWS-monitor**

#### **Aanleiding**

De VWS-monitor is ontwikkeld op verzoek van de Tweede Kamer, waar de minister van VWS ook van heeft toegezegd dat ze ermee aan de gang gaat, vanuit de behoefte het SMART-maken van teksten en maatregelen. De monitor bevat voor de verschillende levensfasen concrete beleidsdoelstellingen met indicatoren en heeft een signalerende werking. Hiermee is ook de basis gelegd voor het verbeteren van de verantwoordingsfunctie van het jaarverslag.

De VWS-monitor wordt opgesteld door een VWS-werkgroep. In het ontwikkeltraject van de VWS-monitor zijn maatschappelijke doelstellingen geformuleerd waarna er gekeken is in hoeverre die beschreven kunnen worden met de kerncijfers uit de Staat VenZ. De geconstateerde omissies geven input voor een inhoudelijke ontwikkelagenda voor zowel de VWS-monitor als de Staat VenZ. Vanuit de werkgroep is daarom de wens geuit de beschikbare kennis binnen de Consortiumpartijen van de Staat VenZ te betrekken bij de verdere ontwikkeling van de VWS-monitor.

#### **Opdrachtformulering**

Het verzoek aan de Consortiumpartijen is om, uitgaande van de VWS-monitor zoals die is te vinden op [www.hetzorgverhaal.nl](http://www.hetzorgverhaal.nl), het ministerie van VWS te adviseren op de volgende punten:

1. Een aanscherping van de formulering van de maatschappelijke doelstellingen.
2. De verbetermogelijkheden om:
  - o de gehanteerde indicatoren beter te laten aansluiten op de doelstellingen en de beschikbare (kern)cijfers;
  - o meer uitkomstindicatoren op te nemen.
3. Suggesties voor mogelijke indicatoren voor 'Zorg in de laatste levensfase'.
4. De koppeling met het sociaal domein en jeugdzorg door het betrekken van cijfers uit o.a. de Jeugdmonitor en Rapportage Sociaal Domein.
5. Het gebruik van de reeds bestaande prestatie-indicatoren, referentie- en streefwaarden, zoals gepubliceerd door het RIVM.

#### **Opmerkingen**

Bij het opstellen van het gevraagde advies is het wenselijk dat de relevante personen binnen het ministerie van VWS erbij worden betrokken. Indien nodig kan er ondersteuning worden geboden bij het leggen van contacten met de verschillende beleidsdirecties.

Gelet op de demissionaire status van het kabinet kunnen er nog geen concrete maatregelen en beleidsprioriteiten worden geformuleerd. Omdat de indicatoren beogen (maatschappelijke) ontwikkelingen en lange termijn doelstellingen in kaart brengen kunnen, hoeft dit voor deze adviesaanvraag geen probleem te zijn. Bij een nieuw regeerakkoord met een strategische agenda zullen aanvullend een

aantal gerichte indicatoren nodig zijn die de uitvoering ervan volgt en afzet tegen de lange termijn ontwikkelingen.

**Bijlage 2. Maatschappelijke doelstellingen (huidige) VWS-monitor\***

	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>Betrokken samenleving</b>
<b>Zorg rond de geboorte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimale keuzevrijheid voor type bevalling en begeleiding /meest geschikt</li> <li>• Goed geïnformeerde keuzes kunnen maken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een gezond kind op de wereld zetten is voor iedereen betaalbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorkomen hoge geboortesterfte en/of</li> <li>• Perinatale sterfte zo laag mogelijk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Snel herstel in gezinsverband</li> <li>• Vroegsignalering van medische en sociale problemen</li> </ul>
<b>Gezond blijven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een laagdrempelige ondersteuning naar behoefte</li> <li>• Er is goed aanbod van gezondheidsbevordering voor groepen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De investering in preventie draagt bij aan voorkomen zware zorg later</li> <li>• Kosteneffectiviteit preventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezond en veilig opgroeien</li> <li>• Het bevorderen van een gezonde leefstijl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuleren sociale netwerken, sport en bewegen, maatschappelijk en vrijwilligerswerk</li> </ul>
<b>Beter worden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt centraal: mensen kunnen bij voldoende zorgaanbieders binnen redelijke termijn terecht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stijging macrokosten blijven beperkt</li> <li>• Beperken stapeling eigen betalingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zinnige zorg en therapietrouw</li> <li>• Zorg met zo min mogelijk belasting en zo veel mogelijk resultaat voor patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen herstellen snel en worden ook tijdens ziekteproces in staat gesteld te participeren</li> </ul>
<b>Leven met een chronische ziekte en beperkingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt centraal: mensen kunnen bij voldoende zorgaanbieders binnen redelijke termijn terecht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stijging macrokosten blijven beperkt</li> <li>• Beperken stapeling eigen betalingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maatwerk gericht op participatie en zelfredzaamheid</li> <li>• Ervaren kwaliteit van leven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuleren maatschappelijke participatie</li> </ul>
<b>Zorg in de laatste fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt centraal: mensen kunnen bij voldoende zorgaanbieders binnen redelijke termijn terecht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onnodig doorbehandelen voorkomen door goede (kennis over) palliatieve zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De wensen van de cliënt (welke zorg en waar) staan centraal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten en naasten ondersteunen om laatste levensfase zo lang mogelijk in of nabij eigen sociale omgeving door te kunnen brengen</li> </ul>

\*Aangeleverd door VWS bij opdrachtverlening.

**Bijlage 3. Indicatoren (huidige) VWS-monitor\***

	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid	Kwaliteit	Betrokken samenleving
<b>Zorg rond de geboorte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % bereik acute verloskunde binnen 45 minuten</li> <li>• Aantal verloskundigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten nul jarigen</li> <li>• Kosten geboortezorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foetale sterfte</li> <li>• Neonatale sterfte</li> <li>• Moedersterfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % deelname PSIE (zwangerschaps-screening)</li> <li>• % postnatale depressie</li> </ul>
<b>Gezond blijven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal JOGG-gemeenten (Jongeren op Gezond Gewicht, Nationaal Programma Preventie)</li> <li>• Aantal JGZ organisaties</li> <li>• Aanbod verslavingszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgaven aan preventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % (jongeren) met overgewicht</li> <li>• % rokers (onder jongeren)</li> <li>• Levensverwachting in goed ervaren gezondheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % deelname screenings</li> <li>• % deelname sport en bewegen 12+-ers</li> <li>• % deelname sport en bewegen jongeren</li> </ul>
<b>Beter worden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachttijden: % dat boven Treeknormen zit</li> <li>• % boven 15 minuten aanrijdtijden ambulances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentage van de totale collectieve uitgaven dat wordt besteed aan de gezondheidszorg</li> <li>• Uitgaven aan zorg per sector (GGZ, eerste lijn, MSZ)</li> <li>• Aantal wanbetalers Zvw en onverzekerden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentieel vermijdbare sterfte</li> <li>• Zorggerelateerde schade</li> <li>• Vermijdbare ziekenhuisopnamen: aantal ziekenhuisopnamen per 100.000 inwoners per jaar voor diabetes / astma / COPD/hartfalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddelde ligduur in ziekenhuizen</li> <li>• % ziekteverzuim</li> </ul>
<b>Leven met een chronische ziekte en beperkingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal mensen met een PGB</li> <li>• Gebruik zorg met verblijf en gebruik zonder verblijf (wijkverpleging)</li> <li>• Wachttijst Wlz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgaven Wlz</li> <li>• Uitgaven Wmo</li> <li>• Kosten per chronische ziekte (bijvoorbeeld diabetes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % zorgverleners dat aangeeft dat de kwaliteit van zorg verleend door de eigen afdeling/team niet goed is</li> <li>• % bevolking dat een goede gezondheid ervaart</li> <li>• Ziektelast naar chronische ziekte</li> <li>• Verloren levensjaren uitgesplitst naar chronische ziekte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen met een lichamelijke beperking die betaald werk hebben</li> <li>• Aantal mantelzorgers</li> <li>• Eenzaamheid: % volwassenen dat zich eenzaam voelt</li> </ul>
<b>Zorg in de laatste fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbod en gebruik palliatieve zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgaven laatste levensjaar</li> </ul>		

**Groen:** Indicator met cijfers in de Staat VenZ. **Blauw:** Er zijn cijfers maar (nog) niet in de Staat VenZ.

\*Aangeleverd door VWS bij opdrachtverlening.

#### **Bijlage 4. Aansluiten bij internationale indicatorensets en inzichten**

Het Consortium adviseert het ministerie van VWS bij de verdere doorontwikkeling van de VWS-monitor om aansluiting te zoeken bij enkele internationale inzichten en indicatorensets. Het gaat dan onder meer om inspirerende ordenings- en prioriteringprincipes en referentiewaarden.

- In de internationale arena rond gezondheidsinformatie zijn in de loop der jaren diverse indicatorensets ontstaan en verder ontwikkeld. Het Consortium noemt de Health for All (HFA)-indicatoren van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization (WHO)), maar de WHO heeft ook andere indicatorensets, zoals Health2020 en de Noncommunicable Chronic Diseases (NCD)-indicatoren voor chronische ziekten. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)) heeft de HCQI (Health Care Quality Indicators) en de OECD health data. Binnen de Europese Commissie heeft het Directoraat Generaal voor Werkgelegenheid, Sociale Zaken en Inclusie (DG EMPL) de Joint Assessment Framework on Health (JAF) indicatorenset ontwikkeld en vanuit het Directoraat Generaal Gezondheid (DG SANTE) is de European Core Health Indicators (ECHI)-shortlist ontwikkeld, waarbij ook een eerste aanzet is gegeven om die indicatoren aan beleid te koppelen. Ook het Commonwealth Fund verzamelt met enige regelmaat internationaal vergelijkbare data, die ook voor Nederland relevant zijn. Er is vaak wel enige overlap tussen deze indicatorensets en delen ervan komen weer terug in bredere indicatorensets, zoals die voor de Sustainable Development Goals (SDG's). Maar ook op nationaal niveau zijn goede en bruikbare initiatieven en indicatorraamwerken te vinden die voor Nederland inspirerend kunnen zijn, zoals in Australië, Ierland, België en recent in het Verenigd Koninkrijk.
- De internationale vergelijkingen van volksgezondheid en zorg, die door bovengenoemde organisaties met enige regelmaat worden uitgevoerd kunnen helpen bij de bepaling en prioritering van beleidsopgaven, alles onder de eerder gegeven beperkingen van nationale prioriteiten en context. De rapporten van Wereldgezondheidsorganisatie, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling en de Europese Commissie bevatten vaak indicaties, conclusies en aanbevelingen voor beleid. Daarvoor zijn dan vaak de relevante indicatoren al aanwezig. In dit kader refereert het Consortium naast regelmatige rapportages van de WHO ook aan de Health at a Glance-rapporten van de OECD, de daarvan afgeleide 'country reports' van DG SANTE, en de JAF Health landenrapporten. Daarnaast zijn ook de Health systems in Transition (HiT)-rapporten van de WHO Observatory in Brussel relevant. Verder zijn er met enige regelmaat specifieke internationaal vergelijkbare rapportages met een duidelijke beleidsrelevantie, zoals de HBSC-rapporten (Health Behaviour in School-aged Children) over gezondheid van de jeugd.

**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*