

NZa
t.a.v. mr. F.H.G. de Grave
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Kenmerk: CKZ/BST/14.2008/DD/TV
Datum: 10 april 2008

Reactie op Toetsingskader transparantie

Geachte heer de Grave,

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het consultatiedocument Toetsingskader transparantie. Wij stellen het op prijs dat ons tijdens de voorbereiding van dit consultatiedocument de gelegenheid is geboden om in een gesprek met uw medewerkers de activiteiten van het Centrum Klantervaring Zorg nader toe te lichten. Graag geven wij bij deze onze reactie op het consultatiedocument.

De centrale vraagstelling van dit document ("Is er voldoende keuze-informatie voor consumenten over het zorgaanbod?") heeft rechtstreeks betrekking op de statutaire doelstelling van het Centrum Klantervaring Zorg. Ons doel is namelijk om vanuit een onafhankelijke en gezaghebbende positie zorg te dragen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van een meetstandaard (de CQ-index), waarmee de ervaringen van de consument met de prestaties van zorgverleners en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden. Die vergelijkende informatie moet bruikbaar zijn voor de kiezende zorgconsument, maar ook voor de zorginkoop door verzekeraars en voor kwaliteitsverbetering door instellingen en beroepsbeoefenaren.

Het valt ons op dat in het consultatiedocument in het woord vooraf wordt gesteld dat betrouwbare en vergelijkbare informatie over het zorgaanbod niet alleen van groot belang is om consumenten in staat te stellen keuzes te maken, maar dat het ook een belangrijke voorwaarde is voor een goede werking van zorgmarkten. Wij willen met name dat laatste punt onderstrepen. Transparantie is niet uitsluitend een fenomeen dat wij nastreven omdat de consument daar recht op heeft, maar ook een noodzakelijke voorwaarde voor het functioneren van zorgmarkten en daarmee voor het welslagen van het overheidsbeleid. Voor een goede werking van de zorgmarkten is het echter niet voldoende als er keuze-informatie voor consumenten komt. Wij vragen ook aandacht voor het belang van goede zorginkoopinformatie en willen erop wijzen dat die wellicht aan andere eisen moet voldoen dan consumenteninformatie.

Dat gezegd hebbende onderschrijven wij uiteraard het belang van een toetsingskader met betrekking tot transparantie in de zorg. Maar wij constateren tegelijkertijd dat het opstellen daarvan een ambitieuze onderneming is op het moment dat nog onvoldoende bekend is over de feitelijke behoefte van consumenten aan keuze-informatie en over de mate waarin consumenten informatie over prestaties van zorgaanbieders begrijpen en gebruiken. Ook wij stellen ons de vraag in hoeverre het tot onze verantwoordelijkheid als Centrum Klantervaring Zorg behoort, om eisen te stellen aan de bewerking van primaire data over klantervaringen tot keuze-informatie voor consumenten. Ons uitgangspunt is tot op heden steeds geweest dat wij niet alleen willen voorschrijven met welke meetinstrumenten klantervaringen moeten worden gemeten, maar ook op welke wijze die meetinstrumenten worden toegepast (steekproeftrekking, dataverzameling), op welke wijze vergelijkende analyses moeten worden uitgevoerd (rekening houdend met verschillen in de patiëntenpopulaties van zorgaanbieders) en op welke wijze de informatie aan consumenten moet worden gepresenteerd om het keuzeproces optimaal te ondersteunen.

Bij het opstellen van richtlijnen voor het bewerken van klantervaringsgegevens tot keuze-informatie stellen wij voor een belangrijk deel dezelfde eisen die door u worden uitgewerkt in paragraaf 4.1. De informatie moet valide en betrouwbaar zijn, consumenten moeten de informatie kunnen begrijpen en kunnen gebruiken om een vergelijking te maken op voor hen relevante aspecten. In antwoord op consultatievraag 3 vinden wij uw omschrijving van de Wmg-normen dan ook op zichzelf helder. Waar het echter aan ontbreekt, is een goede operationalisatie van de eisen. Welke behoefte hebben consumenten als het gaat om keuze-informatie? En verschillen die behoeften misschien per doelgroep? Hoe toets je of informatie valide en betrouwbaar is? Wanneer zijn cijfers eigenlijk niet meer 'actueel'? Hoeveel begrijpen consumenten van de informatie die – door toepassing van geavanceerde statistische technieken – weliswaar optimaal valide, betrouwbaar en vergelijkbaar is gemaakt, maar daardoor moeilijk meer te herleiden is tot de primair gemeten data? Dergelijke vragen zouden beantwoord moeten zijn voordat het mogelijk is om te toetsen of er voldoende keuze-informatie over het zorgaanbod is voor consumenten.

U verwoordt dit ook zelf in uw onderbouwing van de 1^e minimale eis aan keuze-informatie (pagina 29-30). De specifieke invulling van de kwaliteitsinformatie die beschikbaar moet komen vindt momenteel plaats binnen het programma Zorgbrede Transparantie van de IGZ. Binnen dat programma gaat het primair om de vraag welke informatie zorgaanbieders retrospectief moeten opleveren als externe verantwoordingsinformatie. Dat is nog niet per definitie dezelfde informatie die een consument prospectief nodig heeft om een keuze te kunnen maken tussen verschillende aanbieders.

Toch wilt u als NZa vooralsnog aansluiten bij de operationalisatie van kwaliteit die in de diverse stuurgroepen Zorgbrede Transparantie wordt uitgewerkt. U wilt daarbij wel nadrukkelijk toetsen of deze operationalisatie tot stand komt en of het consumentenbelang daarbij voldoende aan bod is gekomen. U vraagt of wij dit onderschrijven (consultatievraag 7).

Ons antwoord daarop is: ja, mits de NZa daarbij bewaakt dat voor alle relevante markten dergelijke afspraken tot stand komen. Wij hebben veel waardering voor het werk dat in de diverse stuurgroepen met ondersteuning van de IGZ wordt verzet. Maar de beperking van het werken in stuurgroepen is dat deze tot op heden per sector en daarmee dus aanbodgestuurd zijn ingericht.

Wij vragen ons af of daarmee voldoende tegemoet wordt gekomen aan de informatiebehoefte van patiënten, bijvoorbeeld als het gaat om chronisch zieken, die hun keuzes in het zorgaanbod vaak 'dwars' door sectoren heen moeten maken. Wij hebben met betrekking tot de CQ-index geconstateerd dat er weliswaar heel veel meetinstrumenten worden ontwikkeld, maar dat het in het ontwikkelprogramma ontbreekt aan centrale regie. Daardoor blijven een aantal maatschappelijk relevante onderwerpen onderbelicht bij het meten van klantervaringen. Er zijn bijvoorbeeld geen meetinstrumenten in ontwikkeling over hartaandoeningen, terwijl deze ziekten wel een grote ziektelast hebben. Voor meer informatie over onze analyse van het ontwikkelprogramma verwijzen wij u graag naar de bijlage bij deze brief (CKZ-BST-15.2008 - De Ontwikkeling van CQI meetinstrumenten).

Wij willen er daarnaast op wijzen dat er geen stuurgroep is die zich bezighoudt met de vraag welke informatie consumenten zouden moeten hebben over de prestaties van hun verzekeraar. Terwijl de keuze van verzekeraar verstrekkende gevolgen kan hebben voor de keuzemogelijkheden in het zorgaanbod, zeker op zorgmarkten waar al selectief wordt ingekocht en/of die niet tot het basispakket behoren. Voorbeelden van dergelijke markten zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen en fysiotherapie. In antwoord op uw consultatievraag 19 zijn wij dus van mening dat de NZa zeker eisen zou moeten stellen aan de informatie die verzekeraars en zorgkantoren openbaar maken over het door hen gecontracteerde zorgaanbod.

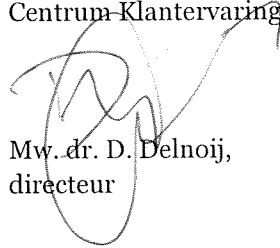
Uw consultatievraag 16 is of de NZa zelf meer invulling moet (en kan) geven aan de normen voor toegankelijkheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie. U stelt voor daarover geen specifieke normen te formuleren, maar wil het oordeel hierover overlaten aan consumenten en patiënten zelf, bijvoorbeeld door de inschakeling van consumentenpanels. Wij achten onderzoek onder consumenten(panels) wel geschikt om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid en de inzichtelijkheid van de informatie. Maar de vraag of informatie vergelijkbaar is, is deels een methodologisch- statistische vraag. Consumentenpanels kunnen zich over deze technische kwesties maar moeilijk een oordeel vormen.

Een laatste opmerking zouden wij willen maken over de weergave van de informatieketen (consultatievraag 4). Deze weergave in Figuur 1 op pagina 27 vinden wij niet helder. Waarvoor staan in dit schema bijvoorbeeld de blokjes A, B, C, D etc.? Als taak van het genoemde verzamelpunt voor informatie van individuele zorgaanbieders omschrijft u 'het beheer van databases met juiste informatie, die als basis kan dienen voor vergelijkingsinformatie' (pagina 29). Voor zover het daarbij gaat om informatie afkomstig uit metingen met de CQ-index merken wij op dat in zo'n centrale database ook de correctie voor verschillen in patiëntenpopulaties moet plaatsvinden (vaak aangeduid als case mix correctie) en dat binnen de centrale database de vergelijkende analyses moeten worden uitgevoerd waarmee wordt vastgesteld of een zorgaanbieder beter of slechter dan het gemiddelde scoort. Om dit te kunnen doen moet het 'aangewezen verzamelpunt' niet alleen over expertise beschikken op het terrein van databasebeheer, maar ook op het gebied van (geavanceerde) statistische analyses.

Wij realiseren ons tot slot dat het gemakkelijker is om rond het thema keuze-informatie voor consumenten met aanvullende vragen en opmerkingen te komen, dan met concrete oplossingen of voorstellen. Het belang van goede keuze-informatie is echter ook voor het Centrum Klantervaring

Zorg groot. Wij willen graag met u meedenken over de uitwerking van het toetsingskader en over de operationalisatie van de verschillende eisen. Wij hopen daaraan ook een concrete bijdrage te kunnen leveren als het gaat om de informatie die gebaseerd is op de CQ-index en zien uit naar verdere samenwerking.

Met vriendelijke groet,
Centrum Klantervaring Zorg,



Mw. dr. D. Delnoij,
directeur

De ontwikkeling van CQI meetinstrumenten

Kernpunten:

- De vraag is “Welke CQI meetinstrumenten zouden er vanuit het maatschappelijk belang ontwikkeld moeten zijn/worden? En zijn of worden die dan ook feitelijk ontwikkeld?”
- Deze vraag wordt beantwoord door de ontwikkeling van de CQ-index te relateren aan kosten van ziekten, ziektelast en keuzemogelijkheden in de zorg.
- Vijf CQI meetinstrumenten zijn gereed; 18 CQI meetinstrumenten zijn in ontwikkeling.
- Op vier maatschappelijk belangrijke terreinen ontbreken (plannen voor) CQI meetinstrumenten, namelijk hartaandoeningen (met name coronaire hartziekten), kanker (met name longkanker). Wat betreft onderhandelbare DBC's zouden alleen chronisch hartfalen, amandeloperaties en liesbreukoperaties qua aantallen nog in aanmerking komen voor ontwikkeling.
- Initiatieven voor de ontwikkeling van meetinstrumenten op deze terreinen moeten worden afgestemd met de stuurgroep Transparantie Medisch-Specialistische Zorg. De ontwikkelagenda van deze stuurgroep stemt ten dele overeen met de agenda zoals die vanuit het maatschappelijk belang is geformuleerd.

Inleiding

Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) is opgericht in december 2006 en heeft statutair tot doel vanuit een onafhankelijke en gezaghebbende positie en op basis van het burgerschapsparadigma het bepalen, wetenschappelijk borgen, implementeren en bewaken van een standaard met bijbehorende protocollen voor het meten van ervaringen van zorggebruikers met betrekking tot de prestaties van (ketens van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zodanig dat op basis van de meetresultaten vergelijkbare informatie wordt gegenereerd die geschikt is voor de volgende doeleinden:

- Het opstellen van keuze-ondersteunende informatie voor consumenten;
- Het ondersteunen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars;
- Het signaleren van verbetermogelijkheden bij zorgaanbieders;
- Het leveren van (beleids)informatie aan cliëntenorganisaties, overheid en toezichthouders.

Een en ander tot verbetering van de kwaliteit van zorg vanuit de optiek van de cliënt en het bevorderen van de mogelijkheden tot vraaggestuurde zorg-op-maat. Het werk van het CKZ richt zich op de curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en preventie. Het Centrum ontwikkelt zelf geen meetinstrumenten en voert ook geen metingen uit. Dat gebeurt decentraal door geaccrediteerde meetorganisaties.

Het bestuur van het CKZ bestaat uit leden die zijn voorgedragen uit de kring van patiënten-/cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bestuursleden zijn drs. W. Etty,

drs. J. Hendriks, dr. R. de Vos en prof. dr. T. van der Grinten onder voorzitterschap van dhr. J. Gillissen. Dezelfde drie partijen die bestuursleden van het CKZ voordragen, zijn ook vertegenwoordigd in de landelijke stuurgroepen waarin per sector afspraken worden gemaakt over de indicatoren waarover maatschappelijk verantwoording wordt afgelegd en de daarbij behorende meetinstrumenten (stuurgroepen zorgbrede transparantie). Als het gaat om de vraag welke CQI meetinstrumenten ontwikkeld zouden moeten worden en met welke frequentie er gemeten moet worden, conformeert het bestuur van het CKZ zich aan de afspraken die daarover worden gemaakt binnen de sectorale stuurgroepen. Het CKZ programmeert dus niet zelf. Het CKZ draagt wel zorg voor de coördinatie en afstemming van meetinstrumentontwikkeling over de verschillende sectoren heen en draagt criteria aan op grond waarvan sectoroverstijgende prioriteiten zouden kunnen worden gesteld in de meetinstrumentontwikkeling.

Op dit moment zijn vijf CQI meetinstrumenten gereed (zie <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijst.html>), en zijn 18 CQI meetinstrumenten in ontwikkeling (zie <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/programma/ontwikkeling.html>).

In de praktijk is de ontwikkeling van nieuwe CQI meetinstrumenten geen centraal geleid proces. Evenmin is sprake van een uitgekristalliseerd beleid over de vraag voor welke aandoeningen of onderdelen van de zorg er CQI vragenlijsten ontwikkeld zouden moeten worden. Bij het Ministerie van VWS leeft de wens dat straks (op een niet nader gespecificeerd tijdstip) zorgbreed met de CQ-index kan worden gewerkt. Om die reden wordt in alle stuurgroepen zorgbrede transparantie de CQ-index aangewezen als het instrument voor het meten van klantervaringen. De lijsten die op initiatief van stuurgroepen en/of VWS zijn ontwikkeld, beslaan dan ook sectoren in de zorg: de VV&T, de gehandicaptenzorg, de GGZ, de huisartsenzorg. Welke lijsten er daarnaast nog worden ontwikkeld rond specifieke patiëntengroepen of rond specifieke ingrepen is afhankelijk van:

- prioriteiten in het zorginkoopbeleid van de bij Miletus aangesloten verzekeraars, en/of van
- prioriteiten bij actieve patiëntenorganisaties (bijvoorbeeld de Borstkankervereniging Nederland, de Diabetes Vereniging Nederland, het Astmafonds, de CVA vereniging/Stichting Hoofd Hart en Vaten), en/of van
- de wervingskracht van onderzoeksgroepen die bepaalde ideeën willen uitwerken.

Vraag

De vraag die het CKZ-bestuur zich stelt is: Welke CQI meetinstrumenten zouden er vanuit het maatschappelijk belang ontwikkeld moeten zijn/worden? En zijn of worden die dan ook feitelijk ontwikkeld?

Methode

Bij het beantwoorden van die vraag luidt de belangrijkste wedervraag: en wat is dan wel dat maatschappelijk belang? Als het gaat om de CQ-index kan dat op tenminste drie manieren worden ingevuld, namelijk door te kijken naar kosten van zorg en kosten van ziekten (economisch perspectief), door te kijken naar ziektelast (public health perspectief) en door te kijken naar keuzemogelijkheden in de zorg (beleidsmatig perspectief). In deze notitie wordt daarom eerst de ontwikkeling van CQI meetinstrumenten afgezet tegen de top-10 van aandoeningen met de hoogste kosten en tegen de top-10 van aandoeningen met de hoogste ziektelast. Het is niet mogelijk om een top-10 op te stellen van zorgproducten of – producenten met de meeste keuzemogelijkheden. We kunnen wel kijken naar vrij onderhandelbare DBC's en naar zorgaanbieders die vrij toegankelijk zijn (d.w.z. zonder verwijzing) en zorg leveren die niet chronisch van aard is en die geen onderdeel is van 'ketenzorg'.

Resultaten

In Tabel 1 zijn de diagnosegroepen weergegeven in volgorde van hun aandeel in de totale zorgkosten. Uit Tabel 1 blijkt dat ongevalsletsels en vergiftigingen in de top-10 van ziekten met de hoogste zorgkosten staan. Voor deze typen aandoeningen zijn echter geen CQI meetinstrumenten in ontwikkeling. Eventueel zou in de CQI Huisartsenposten die in ontwikkeling is, aandacht kunnen worden besteed aan ongevalsletsels en vergiftigingen. Maar slechts een deel van deze letsels worden behandeld via de huisartsenpost. Momenteel wordt door verschillende partijen overleg gevoerd over de mogelijkheid van een CQI Spoedeisende Hulp en een CQI Ambulancezorg. Deze vragenlijsten zouden, als zij tot ontwikkeling komen, deels ook de traumazorg beslaan.

Wat verder opvalt is het geringe aantal lijsten rond hartvaataandoeningen en kanker. Tot nu toe worden alleen een CQI vragenlijst rond spataderen ontwikkeld en de CQI Mammacare. Daarnaast zal dit jaar worden gestart met de een CQI Beroerte.

Tabel 1 Diagnosegroepen met het hoogste aandeel in de totale zorgkosten en CQ-index

	ICD-hoofdgroep	% totale zorgkosten¹	CQ-index
1	Psychische stoornissen	22,0	CQI Ambulante GGZ i.o., module CQI langdurige GGZ i.o., module CQI klinische GGZ i.o.
2	Hart vaatstelsel	9,2	CQI Spataderen i.o.
3	Spijsverteringsstelsel	7,9	CQI Maagmiddelen (embargo)
4	Bewegingsstelsel en bindweefsel	6,8	CQI Heup-/knieoperaties, CQI Fysiotherapie i.o., CQI Rughernia i.o., CQI Reumatoïde artritis i.o.
5	Zenuwstelsel en zintuigen	6,2	CQI Cataract, CQI Gehandicaptenzorg, CQI Hulpmiddelen i.o.
6	Nieuwvormingen	4,1	CQI Mammacare i.o.
7	Ademhalingswegen	3,8	CQI Astma i.o., CQI COPD i.o.
8	Ongevalsletsels en vergiftigingen	3,0	(CQI Huisartsenposten i.o.?)
9	Urogenitaal systeem	2,8	CQI Nierdialyse i.o.
10	Zwangerschap, bevalling, kraambed	2,5	CQI Geboortezorg i.o.

In Tabel 2 zijn de 10 ziekten weergegeven die in Nederland verantwoordelijk zijn voor het grootste gedeelte van de ziektelast, uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY), een volksgezondheidsmaat die sterfte en ziektejaren combineert.

Tabel 2 Aandoeningen met de hoogste ziektelast en CQ-index

	Ziekte	% totale DALY's²	CQ-index
1	Coronaire hartziekten	7,6	-
2	Angststoornissen	5,1	CQI ambulante GGZ i.o., module CQI langdurige GGZ i.o., module klinische GGZ i.o.
3	Beroerte	4,9	-
4	Depressie en dysthymie	3,9	CQI ambulante GGZ i.o., module CQI langdurige GGZ i.o., module klinische GGZ i.o.
5	COPD	3,2	CQI COPD i.o.
6	Diabetes Mellitus	3,2	CQI Diabetes
7	Longkanker	3,0	-
8	Alcoholafhankelijkheid	2,5	(CQI ambulante GGZ i.o., module CQI langdurige GGZ i.o., module klinische GGZ i.o.) ? toegespitst op verslavingszorg ?
9	Artrose	2,5	CQI Heup-/knieoperaties
10	Dementie	2,3	CQI VV&T

¹ Bron: Slobbe LCJ, GJ Kommer, JM Smit, J Groen, WJ Meering, JJ Polder. Kosten van ziekten in Nederland 2003. Bilthoven: RIVM, 2006

² Bron: Hoeymans N (RIVM), Gommer AM (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Wat is de ziektelast in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Ziektelast in DALY's, 7 december 2006

Afgaande op de top-10 van aandoeningen met de hoogste ziektelast in Nederland, zoals weergegeven in Tabel 2, ontbreken momenteel een CQI meetinstrumenten over coronaire hartziekten, over beroerte en over longkanker. De ontwikkeling van een CQI Beroerte zal dit jaar starten. Voor vragenlijsten over coronaire hartziekten en longkanker bestaan geen plannen.

Alcoholafhankelijkheid valt in principe onder de diverse CQI instrumenten voor de GGZ kunnen vallen, maar wordt in de praktijk mogelijk onvoldoende gedekt door deze lijsten. Verslavingszorg wordt immers niet alleen door GGZ-instellingen geleverd, maar bijvoorbeeld ook door huisartsen.

Tot slot kunnen we kijken naar vormen van zorg waarbij er voor de consument iets valt te kiezen. Consumenten kunnen meer of gemakkelijker kiezen in de zorg bij:

- electieve zorg in vergelijking met acute zorg;
- zorg die niet chronisch is en/of als onderdeel van een keten wordt geleverd;
- vrij toegankelijke zorg in vergelijking met zorg waarvoor een verwijzing nodig is;
- een ruim aanbod aan zorg in vergelijking met schaarste en wachtlijsten.

Vormen van zorg die aan (een deel van) deze kenmerken voldoen zijn en waarvoor ook CQI instrumenten zijn ontwikkeld, zijn onder andere fysiotherapie en aandoeningen op de DBC B-lijst, zoals heup-/knieoperaties, staaroperaties en de behandeling van spataderen. Er is geen systematisch overzicht van welke andere zorgvormen aan deze kenmerken voldoen. Te denken valt echter aan oefentherapie, tandheelkundige zorg, orthodontie (hoewel hiervoor wachtlijsten bestaan), cosmetische chirurgie en de groep aandoeningen op de DBC B-lijst. In Tabel 3 staat een overzicht van onderhandelbare DBC's waarvoor CQI meetinstrumenten gereed of ontwikkeling zijn.

Tabel 3 Onderhandelbare DBC's en CQ-index

<i>Gereed:</i>	Staar (CQI Staaroperaties) Heupslijtage (CQI Heup-/knieoperaties) Knieslijtage (CQI Heup-/knieoperaties) Diabetes Mellitus (CQI Diabetes)
<i>In ontwikkeling:</i>	Spataderen (CQI Spataderen) Rughernia (CQI Rughernia; eventueel inclusief radiculair syndroom/nekhernia) Functionele dyspepsie (onderdeel van CQI Maagklachten) Gastro-oesofageale refluxziekte/oesofagitis (onderdeel CQI maagklachten v.w.b. medicatie)

De volgende aandoeningen staan op de DBC B-lijst, maar komen in te kleine aantallen voor om een zinvolle ontwikkeling van een CQ-index mogelijk te maken: blaastumor, ziekte van Bechterew, jicht, niersteen, urineleidersteen, interstitiële longafwijkingen, diabetes bij kinderen, baarmoederhalsafwijkingen, en zwangerschapsdiabetes. Voor de DBC's borstverkleining/-lit en incontinentie/verzakking is onduidelijk of het aantal ingrepen voldoende is. De DBC's chronisch hartfalen, amandelen en liesbreuk zouden qua aantallen wel in aanmerking komen voor de ontwikkeling van een CQ-index.

Conclusie

Op grond van de bovenstaande overzichten kunnen we concluderen dat rond een aantal potentieel belangrijke aandoeningen, ingrepen of zorgaanbieders nog geen CQI meetinstrumenten gereed, in ontwikkeling of gepland zijn. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Hartaandoeningen, met name coronaire hartziekten en chronisch hartfalen;
- Kanker, met name longkanker;
- Amandelenoperaties en liesbreukoperatie.

De behandeling van deze aandoeningen vindt (grotendeels) plaats door medisch-specialisten. Alleen bij hartaandoeningen wordt de behandeling in de stabiele chronische fase vaak overgenomen door de huisarts. Over de ontwikkeling van CQI vragenlijsten is dus afstemming nodig met de stuurgroep Transparantie Medisch-Specialistische Zorg. Deze stuurgroep hanteert vooralsnog een andere 'lijstje' van aandoeningen, namelijk de lijst van aandoeningen rond welke richtlijnen en indicatoren zullen worden. Deze aandoeningen/onderwerpen zijn reumatoïde artritis (CQI is in ontwikkeling), COPD (CQI is in ontwikkeling), beroerte (CQI ontwikkeling start in 2008), coloncarcinoom, atopisch exzeem, perioperatieve voeding, cystic fibrosis, ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, hartfalen, angst en depressie (CQI GGZ zou hiervoor gebruikt kunnen worden met aandoeningspecifieke steekproef), ziekte van Parkinson, pijn bij kanker, sedatie buiten OK-complex, pijn bij bevalling/ 2e lijnsbevalling, slaapapnoe (OSAS), coeliakie, chronische (rhino)sinusitis, en licht traumatisch schedelhersenletsel.

Overeenkomsten tussen deze 18 aandoeningen en de vier terreinen waarop een CQI ontbreekt, zijn coloncarcinoom en hartfalen. Ook het onderwerp 'pijn bij kanker' sluit aan, maar dit onderwerp zou zich meer lenen voor een module in CQI meetinstrumenten over kanker dan voor een zelfstandige vragenlijst.