

ELSEVIER
WEEKBLAD

Toelichting 'Beste ziekenhuizen 2018'

Methode om indicatoren om te
zetten tot eindscores in bollen

Utrecht, Oktober 2018
ir. J.J. de Haas
dr. J.P. Heida

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Relevante indicatoren selecteren	5
1.2 Hoe berekenen we de totaalscore?	5
1.3 Wat leest u in dit document?	6
2 Selectie ziekenhuizen	7
3 Zorginhoudelijke indicatoren	8
3.1 Selectie van zorginhoudelijke indicatoren	8
3.2 Bronnen van de indicatoren	8
3.3 Indeling van indicatoren	12
3.4 Schoningsuitvraag	16
3.5 Berekenen van samengestelde zorginhoudelijke indicatoren	16
4 Wachtijdgegevens	24
4.1 Selectie van wachtijdgegevens	24
4.2 Berekenen van samengestelde indicator wachtijdgegevens	28
5 Berekenen eindscore	29
6 Financiële gegevens	31
6.1 Bron van financiële gegevens	31
6.2 Selectie van financiële gegevens	31
6.3 Berekenen van samengestelde indicator financiële gegevens	32
Appendix A – Ziekenhuizen	35
Appendix B – Wijzigingen door schoningsprocedure	38
Appendix C – Geselecteerde indicatoren	38
Appendix D – Hercodering antwoorden & Rekenregels	38
Appendix E – Rekenregels	39
Appendix F – Volumennormen	40
Appendix G – Wijzigingen verantwoordingsdocument	41

Samenvatting

SiRM ondersteunt Elsevier Weekblad bij het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' naar de kwaliteitsindicatoren en andere publiek beschikbare gegevens over Nederlandse ziekenhuizen. Voor het onderzoek zijn kwaliteitsindicatoren geselecteerd, bestaande uit zowel zorginhoudelijke indicatoren als wachttijdgegevens. De zorginhoudelijke indicatoren zijn ingedeeld naar de domeinen effectiviteit, veiligheid en dienstverlening. Samen met de wachttijden bepalen de scores op die drie domeinen de positie in het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad.

Eindscore: Bollensystematiek verdeelt de totale groep in vieren

De eindscore van een ziekenhuis wordt uitgedrukt in één tot vier bollen. De bollen zijn een weergave van de score van het ziekenhuis ten opzichte van het gemiddelde van Nederland. De uitslag kwalificeert ziekenhuizen dus niet als 'slecht' of 'goed' in absolute zin.

Selectie van indicatoren: Doe wat je doet goed!

We hebben dit jaar dezelfde selectiemethode toegepast als in 2015. We nemen zoveel mogelijk indicatoren mee zonder vooraf te selecteren. Op deze manier scoren ziekenhuizen op alle zorg waar indicatoren voor zijn aangeleverd en worden ze vergeleken met andere ziekenhuizen die een bepaalde behandeling uitvoeren. Voor indicatoren die niet zijn aangeleverd (doordat bijvoorbeeld deze zorg niet geleverd wordt), worden ziekenhuizen niet bestraft.

In de selectie zijn alleen indicatoren opgenomen die gericht zijn op medisch specialistische of ziekenhuisbrede zorg en door tenminste 30 ziekenhuizen zijn aangeleverd. Daarnaast moet duidelijk zijn of een hogere waarde betere of juist slechtere kwaliteit vertegenwoordigt. De indicatoren bestaan ook dit jaar voornamelijk uit structuurindicatoren (77%).

Methode van onderzoek

In dit onderzoek worden indicatoren met tekstuele antwoorden gecombineerd tot samengestelde indicatoren met behulp van zogenaamde rekenregels. De samengestelde indicatoren worden eerst geschaald naar een uniforme schaal (z-score). De score wordt niet beïnvloed door het niet aanleveren van gegevens. De z-scores van alle indicatoren worden vervolgens gewogen bij elkaar opgeteld. De verhouding in gewicht tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren zijn samen met Elsevier Weekblad vastgesteld op 1:1,5:2. Ziekenhuizen konden mogelijk foutieve waarden corrigeren; 46 ziekenhuizen hebben hiervan gebruik gemaakt.

Voor indicatoren waarbij toeval een rol speelt, houden we rekening met de statistische betrouwbaarheid. Afhankelijk van de grootte van dit betrouwbaarheidsinterval wordt de reguliere score voor het domein effectiviteit van een ziekenhuis met een halve bol verhoogd dan wel verlaagd. Alleen binnen het domein effectiviteit kan toeval een rol spelen.

Financiële gegevens

Naast de eindscore op kwaliteitsindicatoren brengen we ook de financiële situatie van ziekenhuizen in kaart op basis van vijf indicatoren. Deze zijn berekend met gegevens uit de (enkelvoudige) jaarrekeningen die door SiRM zijn verzameld en geanalyseerd. De uitkomst van de analyse op de financiële gegevens maakt geen deel uit van de kwaliteitsbeoordeling van de zorg.

I Inleiding

SiRM ondersteunt Elsevier Weekblad bij haar onderzoek naar de kwaliteitsindicatoren van Nederlandse ziekenhuizen. Dit document beschrijft de twee stappen die genomen zijn om tot de scores te komen die voor het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad zijn gebruikt: de selectie & indeling van de indicatoren en de berekening van een score per ziekenhuis. Ook beschrijven we de berekening van de score voor de financiële situatie van ziekenhuizen.

1.1 Relevante indicatoren selecteren

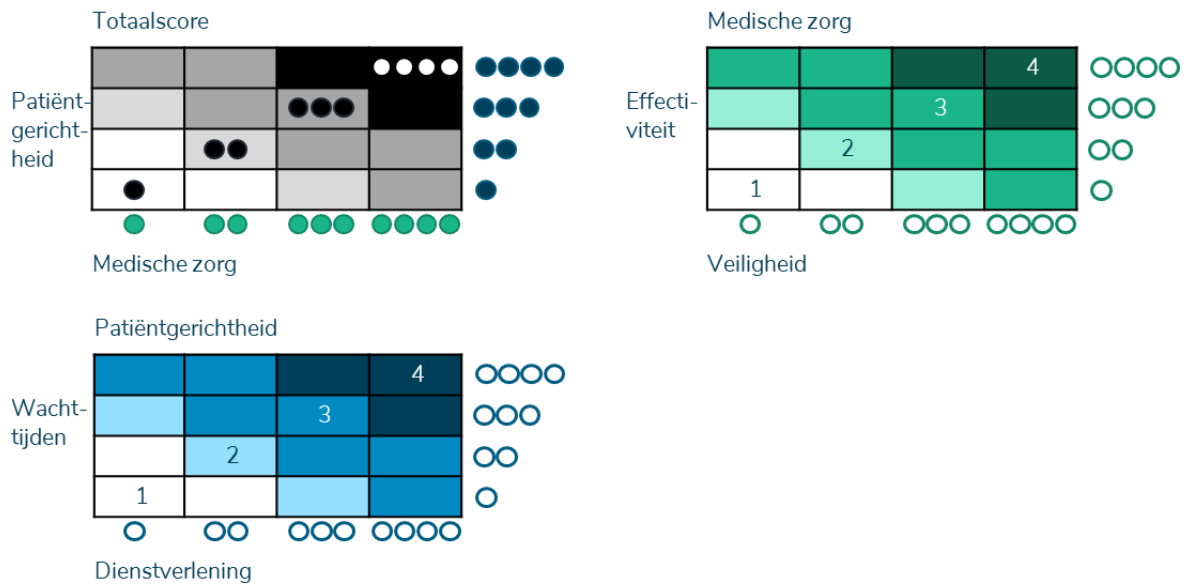
Voor het onderzoek zijn publiek beschikbare indicatoren geselecteerd, zowel zorginhoudelijke indicatoren als gegevens over wachttijden. In voorgaande jaren speelde ook de ervaringen van de patiënten een rol. Omdat de CQI niet publiekelijk beschikbaar is, blijven deze gegevens buiten beschouwing in het huidige onderzoek. De ziekenhuizen en specialisten zijn zelf betrokken geweest bij het vaststellen van de zorginhoudelijke indicatoren, zowel bij de basisset van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als bij de transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland (Zorginzicht). De indicatoren worden voor verschillende doeleinden gebruikt, zoals door de IGJ voor haar toezicht en door verzekeraars voor de inkoop van ziekenhuiszorg.

1.2 Hoe berekenen we de totaalscore?

Verschillende indicatoren worden gecombineerd tot samengestelde indicatoren¹. De indicatoren worden eerst geschaald naar een uniforme schaal (z-score) en worden daarna gewogen bij elkaar opgeteld. De gewichten zijn samen met Elsevier Weekblad vastgesteld. De score van een ziekenhuis wordt uitgedrukt in één tot vier bollen. De bollen bevatten geen waardeoordeel 'goed' of 'slecht' van SiRM, maar geven aan hoe het ziekenhuis scoort op de geselecteerde indicatoren vergeleken met het gemiddelde in Nederland (waarbij één en twee bollen ondergemiddeld, en drie of vier bollen bovengemiddeld is).

Voor indicatoren waarbij toeval een rol speelt, houden we rekening met de statistische betrouwbaarheid. De score van een ziekenhuis en het betrouwbaarheidsinterval bepalen dan samen het aantal bollen van een ziekenhuis. Op die indicatoren kunnen ziekenhuizen ook halve bollen scores. De scores op de domeinen 'veiligheid' en 'effectiviteit' zijn gebundeld in een score voor *medische zorg*. De scores op wachttijden en het domein 'dienstverlening' in een score op *patiëntgerichtheid*. De scores voor medische zorg en patiëntgerichtheid bepalen samen de totaalscore (Figuur 1).

¹ Nardo, M. et al. (2005), "Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide", OECD Statistics Working Papers, 2005/3, OECD Publishing. Jacobs, R., P. Smith, M. Goddard (2004) "Measuring performance: An examination of composite performance indicators", The University of York – Center for health economics – CHE technical paper series 29. We passen hier de stappen toe die in Nardo et al. zijn beschreven.



Figuur 1 De totaalscore wordt bepaald op basis van scores op effectiviteit, veiligheid, dienstverlening en wachttijden

1.3 Wat leest u in dit document?

In dit document beschrijven we de selectie en indeling van de indicatoren van het onderzoek en de stappen waarmee ze zijn verwerkt tot samengestelde indicatoren per soort indicator. In hoofdstuk 2 worden de ziekenhuizen waarvoor scores zijn uitgerekend besproken. De indeling en selectie van de indicatoren beschrijven we in hoofdstuk 3 (Zorginhoudelijke indicatoren) en 4 (Wachttijdgegevens). In hoofdstuk 5 (Berekenen eindscore De beste ziekenhuizen) leidt de samenvoeging van de zorginhoudelijke indicatoren met de wachttijdgegevens tot de ziekenhuisbrede eindscore op kwaliteit. Tot slot zijn de berekening van scores voor de financiële gegevens beschreven in hoofdstuk 6 (Financiële gegevens).

2 Selectie ziekenhuizen

Voor het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad zijn alle Nederlandse ziekenhuizen geselecteerd die openbare gegevens hebben aangeleverd. In totaal zijn er 81 ziekenhuislocaties opgenomen (Appendix A - Ziekenhuizen). Ten opzichte van vorig jaar is een aantal ziekenhuizen van naam veranderd door fusies. De ziekenhuislocaties en de overkoepelende concerns zijn beiden opgenomen in Appendix A.

Het Franciscus Gasthuis en Vlietland heeft dit jaar voor het eerst alle gegevens onder de fusie-naam aangeleverd en zijn zodoende ook als één ziekenhuis in de berekeningen meegenomen. Overige fusieziekenhuizen hebben meestal gegevens op zowel locatie- als concernniveau aangeleverd. In de berekeningen zijn de verschillende locaties in dat geval als losse ziekenhuizen behandeld. Daarbij zijn gegevens die op locatieniveau missen aangevuld met gegevens die op concernniveau zijn aangeleverd. De financiële gegevens zijn echter wel altijd op concernniveau berekend vanwege het feit dat de jaarverslagen van de ziekenhuizen op concernniveau worden gepubliceerd. Daarnaast is het Havenziekenhuis niet meer opgenomen in de berekening, omdat dit ziekenhuis is ontmanteld in 2017.

3 Zorginhoudelijke indicatoren

3.1 Selectie van zorginhoudelijke indicatoren

We hebben een selectie gemaakt uit publiek beschikbare indicatoren die door het veld zelf zijn gedefinieerd. Deze indicatoren zijn verzameld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland.

Het uitgangspunt bij de berekening van de score is om zoveel mogelijk beschikbare indicatoren te gebruiken, om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg per ziekenhuis. Sommige indicatoren zijn geëxcludeerd voor de scoreberekeningen, omdat:

- Zij niet gericht zijn op medisch specialistische of ziekenhuisbrede zorg;
- Zij afhankelijk zijn van de grootte van het ziekenhuis (zoals absolute aantallen (bijv. aantal artsen) en de aangeboden zorg);
- Het onduidelijk is of de kwaliteit beter is bij een hogere dan wel lagere waarde;
- Er minder dan 30 ziekenhuizen informatie over hebben aangeleverd;
- Zij alleen gebruikt worden om andere indicatoren te berekenen (bijv. waarden (tellers & noemers) die gebruikt worden om een percentage te bepalen).

3.2 Bronnen van de indicatoren

De gebruikte indicatoren komen uit twee verzamelingen:

- De basisset van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- De Transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland: Zorginzicht (ZI)

Voor beide verzamelingen geldt dat het veld zelf de indicatoren heeft vastgesteld. Zowel ziekenhuizen als medisch specialisten zijn nauw betrokken (geweest) bij de ontwikkeling van de indicatoren.

3.2.1 De basis- en veiligheidsset van de IGJ

De IGJ hanteert een 'basisset' voor kwaliteitsindicatoren die zij gebruikt bij het toezicht op ziekenhuizen. Deze basisset is vastgesteld in overleg met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch specialisten (OMS) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De vijf uitgangspunten voor de basisset zijn²:

- Een kwaliteitsindicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.

² Kwaliteitsindicatoren 2017, Basisset ziekenhuizen en particuliere klinieken', IGJ, Utrecht 2016.

- Ziekenhuizen maken zelf resultaten openbaar.
- Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.
- Registratielast blijft beperkt.
- De basisset is een ontwikkelingsmodel.

De stichting Dutch Hospital Data (DHD) verzamelt de indicatoren bij de ziekenhuizen en plaatst ze op de website www.dhd.nl³.

De basisset van de IGJ bestaat in 2017 uit de volgende 42 indicatorsets, die bedoeld zijn voor de ziekenhuizen. Deze zijn onderverdeeld in 14 groepen:

Groep	Indicatorset
Algemeen kwaliteitsbeleid	1. Functioneren medisch specialisten
Hart en vaten	2. Atriumfibrilleren 3. Carotischirurgie 4. Pacemakers en ICD's 5. STEMI 6. Thoraxchirurgie 7. Volume van risicovolle interventies
Infectieziekten	8. Ziekenhuisinfecties
Intensive care	9. Beademingsuren 10. Kwaliteitsregistratie NICE
Interventies	11. Interventies radiologie
Kwetsbare groepen	12. Colonchirurgie bij ouderen 13. <u>Heupfractuur bij kwetsbare ouderen</u> 14. Medebehandeling bij kinderen 15. Ondervoeding geriatrische patiënten 16. <u>Stralingsbelasting bij kinderen</u>
Maag-darm-lever (MDL)	17. Endoscopische verrichtingen
Medicatieproces	18. Elektronisch voorschrijven 19. Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

³ <https://www.dhd.nl/producten-diensten/omniq/Paginas/Databestanden-Basisset-MSZ.aspx>

Oncologie	20. Borstkanker
	21. Botkanker
	22. Gastro-intestinale tumoren
	23. Longkanker
	24. Oncologisch proces
	25. Ovariumcarcinoom
	26. Urologische tumoren
Onverwacht lange opnameduur en heropname	27. Heropnamen
	28. Onverwacht lange opnameduur
Operatief proces	29. Bariatrische chirurgie en ingrepen
	30. <u>KNO-chirurgie</u>
	31. Neurochirurgie
	32. <u>Oogheekundige chirurgie</u>
	33. Peroperatief
	34. <u>Plastische en/of reconstructieve chirurgie</u>
	35. Postoperatief
	36. <u>Traumatologische en orthopedische chirurgie</u>
Perinatale zorg	37. De spontane bevalling
Verpleegkundige zorg	38. Delirium
	39. Ondervoeding
	40. Wondzorg
	41. Ziekenhuisbrede pijnmeting
Zenuwstelsel	42. Parkinson

Ten opzichte van vorig jaar zijn er zes indicatorsets (cursief en onderstreept in bovenstaande opsomming) bijgekomen. De volgende indicatorsets uit 2016 zijn komen te vervallen: Heupfractuur, gebruikersoverleg minimaal invasieve chirurgie, implementatie ZATT richtlijn en Pneumonie (Community Acquired Pneumonia).

3.2.2 Zorginzicht

Zorginzicht is een voor ziekenhuizen wettelijk verplichte indicatorsets voor Medisch Specialistische Zorg (MSZ). Deze indicatorset is gedefinieerd door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorggebruikers samen, vertegenwoordigd door de volgende partijen: de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)⁴. Alle indicatorsets van Zorginzicht bevatten indicatoren voor electieve zorg.

Voor het verslagjaar 2017 zijn ziekenhuizen verplicht om voor 42 indicatorsets gegevens aan te leveren bij het Zorginstituut Nederland⁵:

- | | |
|---|--|
| 1. Aneurysma Aorta Abdominalis | 22. In opzet curatieve behandeling Prostaatacarcinoom |
| 2. Bariatrische chirurgie | 23. Inflammatory bowel disease (IBD) |
| 3. Blaascarcinoom | 24. Knieprothese |
| 4. <u>Borstimplantaten</u> | 25. Lage Rug Hernia |
| 5. Carotis chirurgie | 26. <u>Leverchirurgie</u> |
| 6. Carpaletunnelsyndroom | 27. Liesbreukoperaties |
| 7. Cataract | 28. Longcarcinoom |
| 8. Cerebro Vasculair Accident (CVA) | 29. Mammacarcinoom |
| 9. Chronische nierschade | 30. Melanoom |
| 10. <u>Coeliakie</u> | 31. Meniscus en voorste kruisband |
| 11. Colorectaal Carcinoom | 32. Operatieve ingrepen stressincontinentie bij de vrouw |
| 12. Constitutioneel Eczeem | 33. Osteoporose |
| 13. Cystic Fibrosis | 34. Pancreascarcinoom |
| 14. Dementie | 35. <u>Parkinson</u> |
| 15. Diabetes | 36. <u>Perifeer Arterieel Vaatlijden</u> |
| 16. Galblaasverwijdering | 37. Psoriasis |
| 17. <u>Geïstrumenteerde lage rugchirurgie</u> | 38. Slokdarm- en maagcarcinoom |
| 18. <u>Gynaecologische Oncologie</u> | 39. Spoedeisende Hulp |
| 19. <u>Heupfractuur</u> | 40. <u>Veneuze ziekten</u> |
| 20. Heupprothese | 41. Ziekten van Adenoïd en Tonsillen |
| 21. Hoofdpijn | 42. Zwangerschap en bevalling |

Drie indicatorsets (cursief en onderstreept in bovenstaande opsomming) zijn er dit jaar nieuw bijgekomen ten opzichte van vorig jaar. De indicatorsets 'Baarmoederhalsafwijkingen' en 'Nierstenen' zijn ten opzichte van vorig jaar van naam veranderd. De inhoud van zes indicatorsets (onderstreept) is voor ten minste 50% vernieuwd ten opzichte van vorig jaar.

De indicatorset 'Baarmoederhalsafwijkingen' en 'Nierstenen' uit 2016 zijn komen te vervallen.

Het Zorginstituut Nederland heeft de ZI-indicatoren voor de MSZ van verslagjaar 2017 in een Excel-bestand openbaar beschikbaar gesteld⁶ en levert ook een overzicht van de uitgevraagde indicatoren⁷.

⁴ www.zorginzicht.nl/opendata

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit>.

⁶ www.zorginzicht.nl/opendata

⁷ www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/transparantiekalender.aspx

3.2.3 Eerste selectie van de indicatoren

In totaal zijn er 1981 indicatoren, waarvan 461 indicatoren in de basisset van de IGJ en 1520 indicatoren in Zorginzicht. Van deze 1981 beschikbare indicatoren hebben we voor 1474 indicatoren (74%) kunnen bepalen of de indicator iets zegt over de kwaliteit. Alle 1474 indicatoren zijn afkomstig van alle 84 beschikbare indicatorsets. De tweede, inhoudelijke selectie, leidend tot de zogenoemde 'geselecteerde' indicatoren (688) die voor de berekeningen gebruikt zijn, wordt nader beschreven in 3.3.4 (Selectie van indicatoren op basis van categorie-indeling).

3.3 Indeling van indicatoren

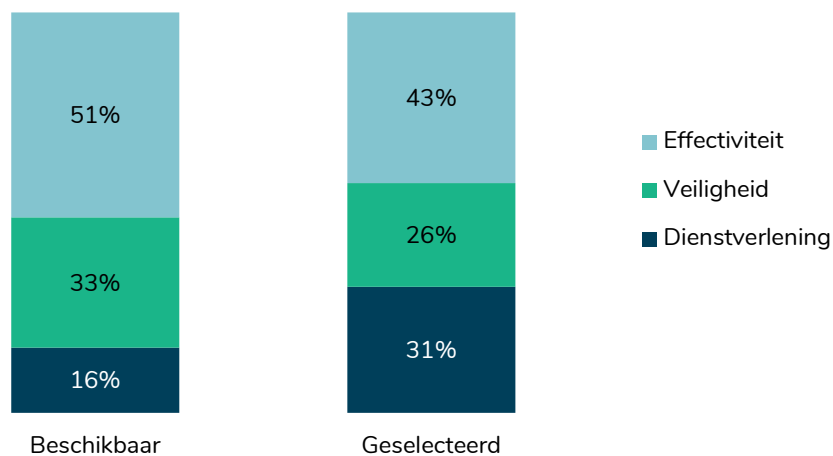
De indicatoren zijn op drie verschillende manieren ingedeeld: domeinen (3.3.1), typen (3.3.2) en categorieën (3.3.3). Ook is per indicator aangegeven of een hogere score leidt tot een betere of slechtere score en wordt er aan elke indicator een rekenregel toegekend (zie Appendix E - Rekenregels).

3.3.1 Domeinen

Ziekenhuizen krijgen een score per domein. De drie domeinen die we hier gebruiken zijn als volgt gedefinieerd:

- *Veiligheid (V)*: het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.
- *Effectiviteit (E)*: het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
- *Dienstverlening (D)*: het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt.

Wij hebben de indicatoren van ZI en de IGJ naar deze domeinen ingedeeld. De meeste geselecteerde indicatoren vallen onder effectiviteit (43%). Daarna volgen dienstverlening en veiligheid met respectievelijk 31% en 26% van de geselecteerde zorginhoudelijke indicatoren (Figuur 2). Het aandeel indicatoren is evenrediger verdeeld over de domeinen dan vorig jaar. (effectiviteit: 45%, veiligheid: 27% en dienstverlening: 28%).



Figuur 2 Verdeling van beschikbare en geselecteerde indicatoren over domeinen [percentages]

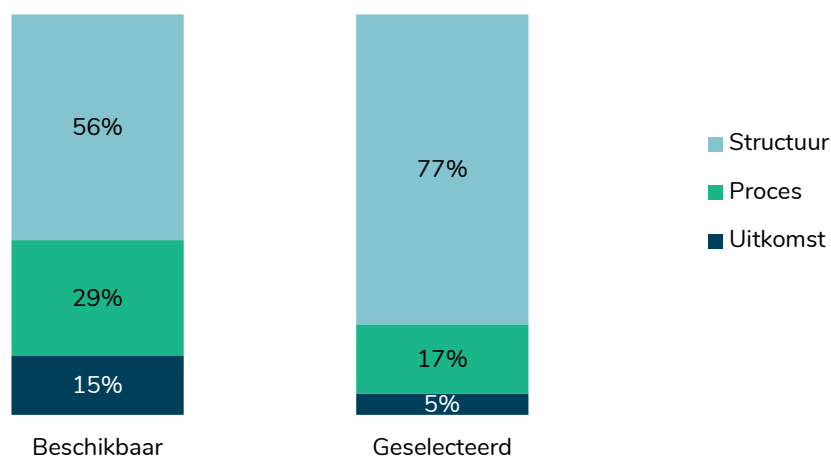
3.3.2 Typen

Indicatoren kunnen worden ingedeeld in drie typen⁸:

- **Structuurindicatoren** beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie, bijvoorbeeld of folders over een bepaalde ziekte aanwezig zijn.
- **Procesindicatoren** volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt, bijvoorbeeld hoeveel patiënten binnen een bepaalde tijd de juiste medicijnen krijgen toegediend.
- **Uitkomstindicatoren** meten uitkomsten van de zorg zoals bijvoorbeeld het percentage doorligwonden.

Voor de 688 geselecteerde indicatoren liggen de verhoudingen van het type indicator anders dan voor de beschikbare indicatoren, met 77% structuur-, 17% proces- en 5% uitkomstindicatoren (Figuur 3). Het percentage procesindicatoren en het percentage uitkomstindicatoren is vergeleken met 2017 nagenoeg gelijk gebleven.

⁸ Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society* 44(3; pt. 2):166–203.



Figuur 3 Verdeling van beschikbare en geselecteerde indicatoren over type [percentage]

3.3.3 Categorieën

Binnen de typen hebben we een verfijning aangebracht in categorieën (Tabel 1), waarbij iedere categorie van indicatoren inzoomt op een bepaald onderdeel van de ziekenhuisorganisatie. We hebben alle indicatoren in 12 categorieën ingedeeld, waarbij sommige categorieën verschillende domeinen kunnen vertegenwoordigen (Figuur 4).

Tabel 1 Gehanteerde indeling in type (structuur, proces of uitkomstindicatoren), domein (Veiligheid (V), Effectiviteit (E), Dienstverlening (D)) en categorieën.

Type/categorie	Indicatoren geven inzicht in...
Structuur	
Aantal artsen	E: Hoeveel artsen er werkzaam zijn bij het ziekenhuis op specifieke gebieden.
Administratie	V: Of een ziekenhuis de administratieve processen op orde heeft.
Behandeltraject	D: Hoe het ziekenhuis het behandeltraject van patiënten inricht, bijvoorbeeld met altijd een vaste arts, alle onderzoeken op één dag. E: Hoe wordt een behandeling ingericht: welke specialist, hoeveel controleafspraken.
Behandelfaciliteiten	E: Welke faciliteiten er bij het ziekenhuis aanwezig zijn voor behandelingen of processen, zoals het IC niveau, ICT apparatuur.
Communicatie	D: Hoe uitslagen van onderzoeken en diagnoses aan de patiënt bekend worden gemaakt.
Informatievoorziening	D: Hoe de informatievoorziening naar de patiënt is geregeld, zoals informatie over een aandoening op de website of met folders.
Multidisciplinair	E: Is er een multidisciplinair team (MDT) aanwezig, hoe is het MDT opgebouwd en worden patiënten structureel besproken in een multidisciplinair overleg (MDO).

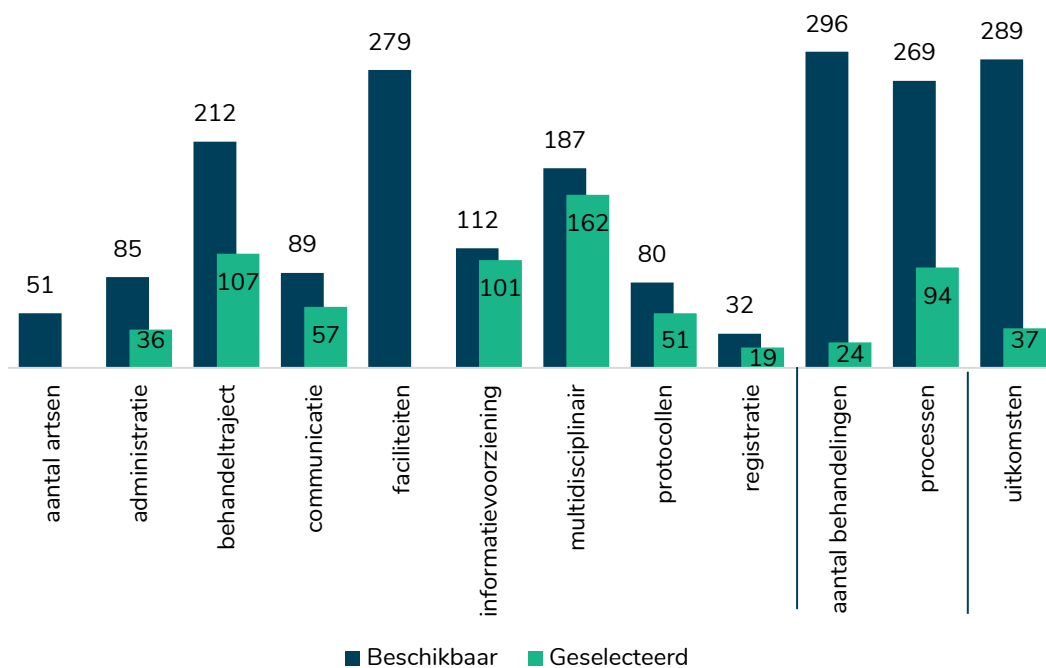
Protocollen	V: Of met bepaalde protocollen voor een bepaalde aandoening gewerkt wordt en/of een procesbeschrijving aanwezig is.
Registratie	V: Deelname aan een (landelijk) registratiesysteem, bijvoorbeeld voor complicaties en/of infecties.
Proces	
Aantal behandelingen	V: Hoeveel specifieke behandelingen jaarlijks door de artsen van het ziekenhuis worden uitgevoerd.
Processen	E: Bij hoeveel patiënten bepaalde zorggerelateerde processen worden toegepast (bijv. aandeel van patiënten met trombolysie met behandeling binnen 1 uur) of bij hoeveel patiënten wordt de zorguitkomst (PROM) gemeten. V: Bij hoeveel patiënten de registratie en administratie op orde is.
Uitkomst	
Uitkomsten	E: Wat de medisch inhoudelijke uitkomsten van een bepaalde behandeling of van de verpleging in het ziekenhuis is, bijvoorbeeld het percentage doorligwonden, het percentage ondervoede patiënten of de PROM-resultaten. D: Wat de uitkomsten zijn van de patiëntmeting zorgkwaliteit (CQI).

3.3.4 Selectie van indicatoren op basis van categorie-indeling

Op basis van de categorie-indeling is nog een selectie van de indicatoren uitgevoerd. Deze keuzes (in combinatie met de selectiecriteria zoals beschreven in paragraaf 3.1 resulteren in de uiteindelijke selectie van 688 indicatoren. In Figuur 4 is de onderverdeling van deze indicatoren (t.o.v. de beschikbare indicatoren) weergegeven per categorie:

- Van de categorie **aantal artsen** worden geen indicatoren geselecteerd, omdat het te sterk gekoppeld is aan de schaal van een ziekenhuis.
- Van de categorie **aantal behandelingen** zijn alleen maar de indicatoren geselecteerd die ook in een volumenorm zijn opgenomen. Aan de hand van deze 17 volumenormen (Appendix F- Volumenormen) is getoetst of het aantal behandelingen voor een ziekenhuis hieraan voldoet. Deze volumenormen zijn vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC) en/of Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS).
- De indicatoren over **faciliteiten** zijn niet geselecteerd. De voornaamste reden hiervoor is dat ziekenhuizen bewuste keuzes maken in de soorten zorg die zij aanbieden. Daarnaast is het in sommige gevallen niet de keuze van het ziekenhuis zelf om zorg (niet) aan te bieden (bijv. in het geval van traumacentra en bepaalde radiotherapie). Het blijkt in de praktijk lastig om een valide uitsplitsing te maken van faciliteiten waarbij een (bewuste) keuze wel, en waarbij deze niet leidt tot een verandering in kwaliteit van zorg.

In Appendix C – Geselecteerde indicatoren is een lijst terug te vinden met alle meegenomen indicatoren.



Figuur 4 Selectie van indicatoren per categorie en type [aantal]

3.4 Schoningsuitvraag

Vanuit de gedachte dat er bij de administratie en registratie van indicatoren fouten kunnen plaatsvinden, zijn de ziekenhuizen in de gelegenheid gesteld mogelijk foutief ingevulde waarden te corrigeren. Hiervoor hebben de ziekenhuizen toegang gekregen tot de 'SiRM Kwaliteitsindicateurenapp⁹, waarin de aangeleverde kwaliteitsgegevens van IGJ en ZI stonden. De indicatoren met uitbijters ('extreme' waarden met een afwijking van meer dan 3 standaarddeviaties van het gemiddelde) werden in de app uitgelicht. Het stond de ziekenhuizen echter vrij om elke willekeurige waarde aan te passen. De aangepaste kwaliteitsgegevens zijn goedgekeurd door de Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis.

In totaal hebben 39 ziekenhuizen 402 correcties doorgegeven voor het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad. In Appendix B – Wijzigingen door schoningsprocedure zijn de gewijzigde waarden opgenomen.

3.5 Berekenen van samengestelde zorginhoudelijke indicatoren

Op basis van de geselecteerde indicatoren krijgen ziekenhuizen per domein (effectiviteit, veiligheid en dienstverlening) een eindscore bestaande uit één tot vier bollen. De bollen geven aan of een ziekenhuis beter (3 of 4 bollen) of slechter (1 of 2 bollen) presteert op een bepaald domein. Om tot deze eindscore te komen worden de volgende berekeningsstappen uitgevoerd:

⁹ <http://sirmapps.nl/AppKwaliteitsindicatoren2018> (enkel toegankelijk met account), voor demo zie <http://sirmapps.nl/AppKwaliteitsindicatorenDemo/>

- 1 Indicatoren omzetten naar een uniforme schaal
- 2 Indicatoren samenvoegen
- 3 Bollen toewijzen

In de volgende paragrafen leggen we bovenstaande stappen uit.

3.5.1 Indicatoren omzetten naar een uniforme schaal

Voor ieder ziekenhuis worden de waarden voor een indicator geschaald naar een uniforme schaal zodat ze later bij elkaar opgeteld kunnen worden¹⁰. We gebruiken hiervoor de z-score:

$$z_{ij} = \frac{\hat{p}_{ij} - \text{gemiddelde}_i}{\text{standaarddeviatie}_i} \quad (1)$$

Hierin is $\hat{p}_{i,j}$ de gemeten waarde van indicator i voor ziekenhuis j . Het gemiddelde en de standaarddeviatie van indicator i wordt bepaald over alle ziekenhuizen die een waarde hebben aangeleverd. Alle indicatoren hebben een gemiddelde z-score van 0 en een standaarddeviatie van 1.

Voordat we een z-score kunnen bepalen moet een aantal indicatoren eerst nog worden gherdefinieerd/numeriek gemaakt worden. Allereerst zijn indicatoren waarbij een lagere score beter is (denk aan percentage complicaties) geschaald zodat in de uiteindelijke score een hogere score beter is voordat deze indicatoren meegenomen zijn bij de berekening. Daarna zijn veel indicatoren gherdefinieerd aan de hand van rekenregels voordat ze werden geschaald (bijv. indicatoren voor de samenstelling van een multidisciplinair team).

Herdefinitie van indicatoren d.m.v. rekenregels

Herdefinitie van indicatoren is alleen noodzakelijk als de antwoorden op de indicatoren niet cijfermatig zijn. Cijfermatige indicatoren zoals percentages (bijv. het percentage patiënten met decubitus), tijd (bijv. de door-to-needle tijd in uren) zijn direct geschikt voor schaling met een z-score. Echter een groot gedeelte van de indicatoren (bijna alle structuurindicatoren) bestaat niet uit cijfermatige, maar uit nominale 'ja/nee'-indicatoren (bijv. 'neemt het ziekenhuis deel aan complicatieregistratie' (ja/nee), en zo ja, 'welke soort registratie wordt hiervoor gebruikt' (eigen/lokaal/landelijk)). Deze moeten worden gherdefinieerd, zodat er een cijfermatige waarde uit ontstaat. Hierin onderscheiden we drie bewerkingen (zie voor verdere uitleg Appendix D – Hercodering antwoorden & Rekenregels voor een exacte omschrijving van de rekenregels):

- 1 Indien meerdere ja/nee-antwoorden mogelijk zijn ('klassen'), zijn punten toegekend. Nul voor de minst waardevolle optie en één punt voor de meest waardevolle optie, met daartussen één of

¹⁰ Jacobs et al 2004, Nardo 2005 en Freudenberg, M. (2003), "Composite Indicators of Country Performance: A Critical Assessment", OECD Science, Technology and Industry Working Papers, 2003/16, OECD Publishing.

meerdere decimale getallen tussen 0 en 1 voor tussenliggende opties. Bijvoorbeeld bij aanwezigheid van bepaalde discipline bij het multidisciplinair overleg: 0 voor niet aanwezig, 0,5 voor aanwezig op afroep en 1 voor aanwezig. Zie Appendix D – Hercodering antwoorden & Rekenregels voor de puntentoekening bij dergelijke vragen.

- 2 Sommige indicatoren beschrijven de manier waarop zorg wordt geleverd. Bij dit soort indicatoren zijn vaak meerdere antwoorden mogelijk, waarbij de waarde van de verschillende antwoorden niet duidelijk is. Bijvoorbeeld of het eerste aanspreekpunt een medisch specialist of een specialistisch verpleegkundige is. Voor deze indicatoren geldt niet hoe meer mogelijkheden hoe beter, maar als tenminste één mogelijkheid wordt aangeboden is het goed. Dit is omdat voor deze indicatoren meer mogelijkheden niet per se samenhangt met betere zorg. Dus het bieden van meerdere opties levert geen betere score op; de maximale score telt. (Rekenregel 1)
- 3 Bij een aantal indicatoren is er wel van uitgegaan dat meer ook beter is. Een voorbeeld van een dergelijke indicator is het verstrekken van informatie via de website, via brochures en op papier. Een ziekenhuis kan daarop verschillende percentages scoren. Binnen een groep indicatoren met samenhangende vragen wordt de score van alle indicatoren bij elkaar opgeteld en gedeeld door maximale score per ziekenhuis. (Rekenregels 8 en 21)
- 4 Bij het voeren van een multidisciplinair overleg (MDO) is het hebben van meer specialisten niet per definitie beter. Voor deze indicatoren geldt de rekenregel waarbij: meer is beter tot de helft van het aantal genoemde specialismen, daarboven is goed en leidt niet tot extra punten. Zodoende worden ziekenhuizen niet gestraft als niet alle specialisten om tafel zitten. (Rekenregel 22)
- 5 In de categorie aantal behandelingen scoort een ziekenhuis maximaal (score is 1) als alle volumenorren behaald zijn. Voor elke volumenor die niet behaald is, gaat er van de score 0,2 punt af. (Rekenregel 3)
- 6 In de categorie uitkomsten zijn indicatoren opgenomen die over eenzelfde soort aandoening gaan. Bijvoorbeeld in de indicatorset heupprothese zijn meerdere scores opgenomen die iets zeggen over het verschil tussen metingen voor en na een bepaalde operatie. Als een ziekenhuis laag scoort voor een behandeling, en dat komt terug in meerdere indicatoren, zou dat zwaar meewegen binnen de categorie uitkomst van dat ziekenhuis. Om daarvoor te corrigeren, nemen we voor deze indicatoren het gemiddelde binnen één groep indicatoren. (Rekenregel 19)

Aanpassen van onwaarschijnlijke waarden

Onwaarschijnlijke waarden vallen buiten het verwachte bereik van de indicator. Deze zogenaamde uitbijters beïnvloeden de schaling naar een z-score omdat zij het gemiddelde naar boven of naar beneden trekken. Een uitbijter wordt gedefinieerd als een waarde met een afwijking van meer dan 3 keer de standaardafwijking ten opzichte van het gemiddelde.

Er zijn dit jaar 178 uitbijters gevonden. Deze uitbijters zijn gecorrigeerd naar de waarde van 3 keer de standaardafwijking. Na deze correctie is opnieuw een z-score berekend. Door deze waarden aan te passen daalt de spreiding op de indicator. Het ziekenhuis met de 'uitbijter' krijgt echter nog steeds een extreme z-score toebedeeld omdat het ziekenhuis nog steeds de minimum- of maximumwaarde binnen de set toebedeeld krijgt.

Niet aangeleverde indicatoren

Sinds 2015 krijgen ziekenhuizen voor niet-aangeleverde indicatoren geen 'straf'. Dat betekent dat missende waarden geen effect hebben op de uiteindelijke score. Dit zorgt ervoor dat ziekenhuizen die een bepaalde aandoening niet behandelen, hier ook niet op gescoord worden.

Daarnaast worden indicatoren die niet van toepassing zijn voor ziekenhuizen niet meegenomen in de analyse. De score voor ziekenhuizen wordt dan bepaald over de indicatoren die wel van toepassing zijn. Ziekenhuizen worden dus niet gestraft voor het niet aanleveren van indicatoren die niet voor hen van toepassing zijn. De z-waarde voor een indicator wordt pas na deze aanpassingen berekend voor alle ziekenhuizen.

3.5.2 Indicatoren samenvoegen

Voor ieder ziekenhuis wordt de samengestelde indicatorwaarde getrapd berekend. Na de herdefinitie worden alle indicatoren uitgedrukt in een z-score. Voor elk ziekenhuis worden de z-scores per categorie en domein samengevoegd in een samengestelde indicatorwaarde. Deze samengestelde indicatorwaarde wordt bepaald door de gemiddelde z-score per categorie te berekenen:

$$y_j^m = \frac{\sum_{i \in m} z_{ij}}{N_m} \quad (2)$$

Hierin $z_{i,j}$ die z-score voor indicator i van het ziekenhuis j (zie vergelijking 1). Er wordt gesommeerd over alle indicatoren in de categorie m en gedeeld door het totaal aantal indicatoren N_m in de categorie m .

Vervolgens worden de samengestelde indicatorwaarden samengevoegd tot een domeinscore. De domeinscore is het gewogen gemiddelde over de samengestelde indicatorwaarden:

$$x_j^d = \frac{\sum_{m=1}^M w_m y_j^m}{\sum_{m=1}^M w_m} \quad (3)$$

Hierin is de domeinscore x_j^d voor ziekenhuis j en domein d , het gewicht w_m voor categorie m en y_j^m als de samengestelde indicatorwaarden per categorie m voor ziekenhuis j . Ontbrekende indicatoren en indicatoren die niet van toepassing zijn worden niet meegenomen in de berekening. Ziekenhuizen krijgen hier dus geen strafpunten voor.

De gewichten zijn samen met Elsevier Weekblad vastgesteld (Tabel 2). Er is gekozen voor een aanpak in twee stappen.

1. In eerste instantie hechten we een belang aan het type indicator. De kwaliteit kan gemeten worden met structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De verhouding van de gewichten (per domein) is vastgesteld op 1 : 1,5 : 2 voor respectievelijk structuur : proces : uitkomst.
2. Per categorie/domein-combinatie wordt vervolgens nog een weging toegekend (Tabel 2). De totale weging van de categorieën moet, binnen elk domein, voldoen aan de weging van het type indicator zoals in stap 1 vastgesteld.

- Voor het domein *effectiviteit* hebben de categorieën behandeltraject en multidisciplinair een gelijk gewicht gekregen.
- Voor het domein *veiligheid* hebben de structuurindicatoren binnen de categorie protocollen een zwaarder gewicht (0,5) gekregen dan de categorieën administratie (0,2) en registratie (0,3). De twee procesindicatoren hebben een gelijk gewicht.
- Het domein *dienstverlening* bevat de categorieën behandeltraject, communicatie en informatievoorziening. De categorie behandeltraject bepaalt de ene helft van de score communicatie (0,2) en informatievoorziening (0,3) samen de andere helft.

Tabel 2 Gewichten en verdeling van de indicatoren per categorie en domein

Domein:	Effectiviteit		Veiligheid		Dienstverlening	
	aantal	weging	aantal	weging	aantal	weging
Structuur		1		1		1
Aantal artsen	-	-	-	-	-	-
Administratie	-	-	36	0.2	-	-
Behandeltraject	48	0.5	-	-	59	0.5
Communicatie	-	-	-	-	57	0.2
Faciliteiten	-	-	-	-	-	-
Informatievoorziening	-	-	-	-	101	0.3
Multidisciplinair	162	0.5	-	-	-	-
Protocollen	-	-	51	0.5	-	-
Registratie	-	-	19	0.3	-	-
Proces		1,5		1,5		
Aantal behandelingen	-	-	25	0.75	-	-
Processen	46	1.5	48	0.75	-	-
Uitkomst		2				
Uitkomsten	37	2	-	-	-	-

3.5.3 Bollen toewijzen

Bij het toekennen van bollen wordt onderscheid gemaakt tussen indicatoren die op toeval berusten en indicatoren die niet op toeval berusten. Voor indicatoren die op toeval berusten wordt een betrouwbaarheidsinterval berekend, terwijl dat voor indicatoren die niet op toeval berusten niet nodig is. Alleen uitkomstindicatoren berusten (in sommige gevallen) op toeval.

Toekennen bollen op basis van samengestelde score (geen toeval)

Bij structuur- en procesindicatoren speelt toeval geen rol. Structuurindicatoren zijn veelal indicatoren met een nominaal meetniveau (ja/nee-vragen). Deze vragen, zoals of een bepaalde faciliteit al dan niet aanwezig is, zijn niet ontvankelijk voor toeval. Ook voor procesindicatoren (vaak percentages) wordt geen betrouwbaarheidsinterval meegenomen. Of patiënten over het algemeen bijvoorbeeld wel of niet volgens een bepaald protocol zijn behandeld zou niet van toeval af moeten hangen.

Aangezien de domeinen veiligheid en dienstverlening geen uitkomstindicatoren bevatten zijn ze niet ontvankelijk voor toeval. Rondom de samengestelde score van deze domeinen wordt dus geen betrouwbaarheidsinterval bepaald.

Het aantal bollen voor de domeinen dienstverlening en veiligheid worden toebedeeld op basis van de gemiddelde z-score (Tabel 3).

Tabel 3 Indeling bollen voor samengestelde score op basis van percentielscores (geen toeval)

Bollen	Indeling
4	De ziekenhuizen met een zeer bovengemiddelde score (z-score > 1)
3	De ziekenhuizen met een bovengemiddelde score (z-score tussen 0 en 1)
2	De ziekenhuizen met een ondergemiddelde score (z-score tussen -1 en 0)
1	De ziekenhuizen met een zeer ondergemiddelde score (z-score < -1)

Toekennen bollen op basis van een betrouwbaarheidsinterval (wel toeval)

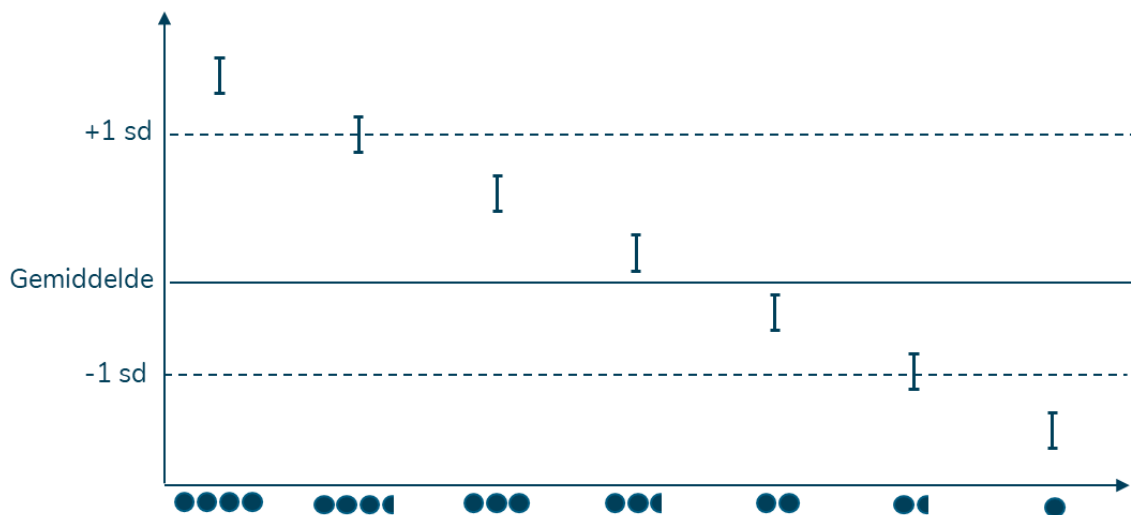
Het betrouwbaarheidsinterval van de samengestelde indicatorwaarde voor een ziekenhuis hangt af van de betrouwbaarheidsintervallen van de onderliggende indicatorwaarden van dat ziekenhuis. De betrouwbaarheidsintervallen worden alleen berekend voor uitkomstindicatoren aangezien alleen deze indicatoren van toeval afhankelijk kunnen zijn. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld het aantal doorligwonden meet, kan het zijn dat er net iemand is opgenomen met doorligwonden, waardoor de score slechter is. De toevalscomponent wordt kleiner naarmate er meer patiënten of een langere periode gemeten is. Een betrouwbaarheidsinterval houdt zodoende rekening met het aantal waarnemingen.

Het aantal bollen voor het domein effectiviteit, dat ontvankelijk is voor toeval, wordt gebaseerd op de berekende betrouwbaarheidsintervallen rondom de samengestelde score (Tabel 4, Figuur 5). Hierbij worden de twee laagste scores van 0,5 en 1 bol samengevoegd tot 1 bol.

Tabel 4 Indeling bollen voor samengestelde score inclusief betrouwbaarheidsinterval

Bollen	Indeling
4	Het landelijk gemiddelde plus één standaarddeviatie is lager dan de score van het ziekenhuis en lager dan de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval.
3,5	Het landelijk gemiddelde plus één standaarddeviatie valt binnen het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis.

3	Het landelijk gemiddelde is lager dan de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis en het landelijk gemiddelde plus één standaarddeviatie is hoger dan de bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis.
2,5	Het landelijk gemiddelde valt binnen het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis.
2	Het landelijk gemiddelde is hoger dan de bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis en het landelijk gemiddelde min één standaarddeviatie is lager dan de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis.
1,5	Het landelijk gemiddelde min één standaarddeviatie valt binnen het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis
1	Het landelijk gemiddelde min één standaarddeviatie is hoger dan de bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval van het ziekenhuis



Figuur 5 Methode om bollen aan scores en betrouwbaarheidsinterval toe te kennen binnen het domein effectiviteit

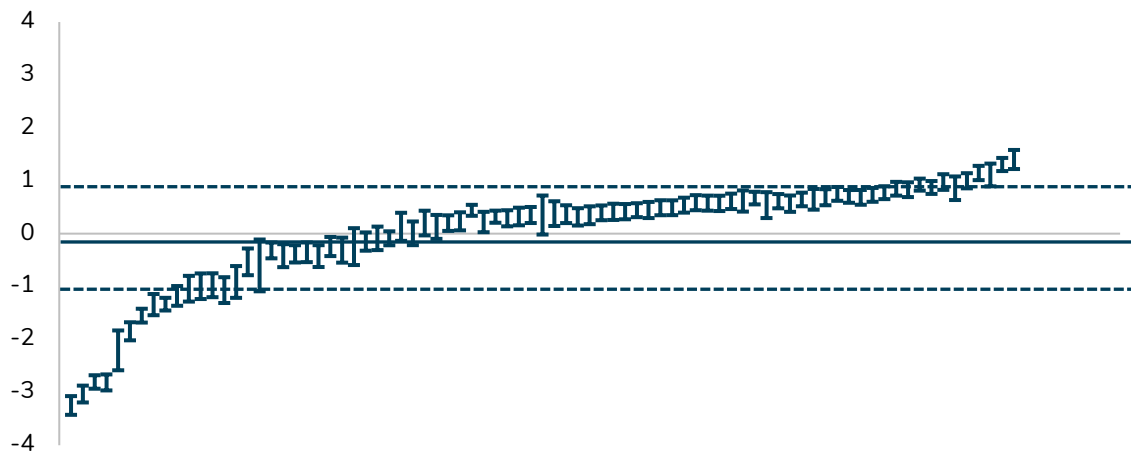
Met een simulatie berekenen we voor ieder ziekenhuis herhaaldelijk een samengestelde indicatorwaarde met vergelijkingen 1-3. Daarbij maken we gebruik van de volgende indicatorwaarden:

- Voor de indicatoren zonder betrouwbaarheidsinterval zijn de waarde gelijk aan de geobserveerde indicatorwaarden
- Voor de indicatoren met een betrouwbaarheidsinterval trekken we uit de binomiale verdeling een waarde voor \hat{p}_{ij} uit vergelijking 1. Deze verdeling hangt af van de geobserveerde waarde voor indicator i en ziekenhuis j en van het aantal patiënten waarbij een ziekenhuis j indicator i heeft gemeten.
- De waarde \hat{p}_{ij} vullen we samen met de indicatoren die niet van toeval afhangen in vergelijking 2 en 3.

Het bovenstaande algoritme wordt 1000 keer herhaald. Uit de berekende 1000 waarden van de samengestelde indicatorwaarde x_j^d , voor het domein effectiviteit, wordt het 95% betrouwbaarheidsinterval per ziekenhuis voor het domein berekend.

Het effect van het betrouwbaarheidsinterval is relatief klein (Figuur 6). Als er in de toekomst meer uitkomstindicatoren bij komen, zal het betrouwbaarheidsinterval een grotere rol spelen.

Betrouwbaarheidsinterval in het domein effectiviteit voor alle ziekenhuizen afzonderlijk [z-score]



Figuur 6 Samengestelde scores in het domein effectiviteit met betrouwbaarheidsinterval voor alle ziekenhuizen afzonderlijk

4 Wachtijdgegevens

Gelijk aan vorig jaar zijn ook dit jaar de wachttijden van de ziekenhuizen voor verschillende specialismen en aandoeningen gebruikt in de berekening voor het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad.

4.1 Selectie van wachtijdgegevens

Ziekenhuizen zijn verplicht om gemiddelde wachttijden van de afgelopen drie maanden te publiceren voor toegang tot de polikliniek voor 23 specialismen, voor 29 behandelingen en voor 3 soorten diagnostiek¹¹. MediQuest verzamelt deze gegevens maandelijks. Wij kochten deze wachtijdgegevens aan bij MediQuest voor de periode januari t/m augustus 2018.

In het onderzoek zijn zowel de polikliniekwachttijden voor specialismen en subspecialismen, als wel de polikliniek-, behandelings-, en diagnostiekwachttijden van aandoeningen meegenomen, die door minstens 30 ziekenhuizen worden geleverd. De subspecialismen zijn ondergebracht als aparte wachtijdcomponenten onder het desbetreffende specialisme. De wachttijden voor de volgende specialismen (Figuur 7), aandoeningen (Figuur 8) en diagnostische verrichtingen (Figuur 9) zijn meegenomen:

Specialismen

- Allergologie
- Cardiologie
- Dermatologie
- Geriatrie
- Gynaecologie/Verloskunde
- Heelkunde
- Hyperbare geneeskunde
- Interne Geneeskunde
- Kaakchirurgie
- Kindergeneeskunde
- KNO
- Longgeneeskunde
- Maag, darm en leverziekten
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Pijnbestrijding/Anesthesiologie
- Plastische Chirurgie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Radiotherapie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Sportgeneeskunde
- Thoraxchirurgie
- Urologie

¹¹ NZa, NR/CU-262 'regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg'. (https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_262__Regeling_verplichte_publicatie_wachttijden_somatische_zorg.pdf)

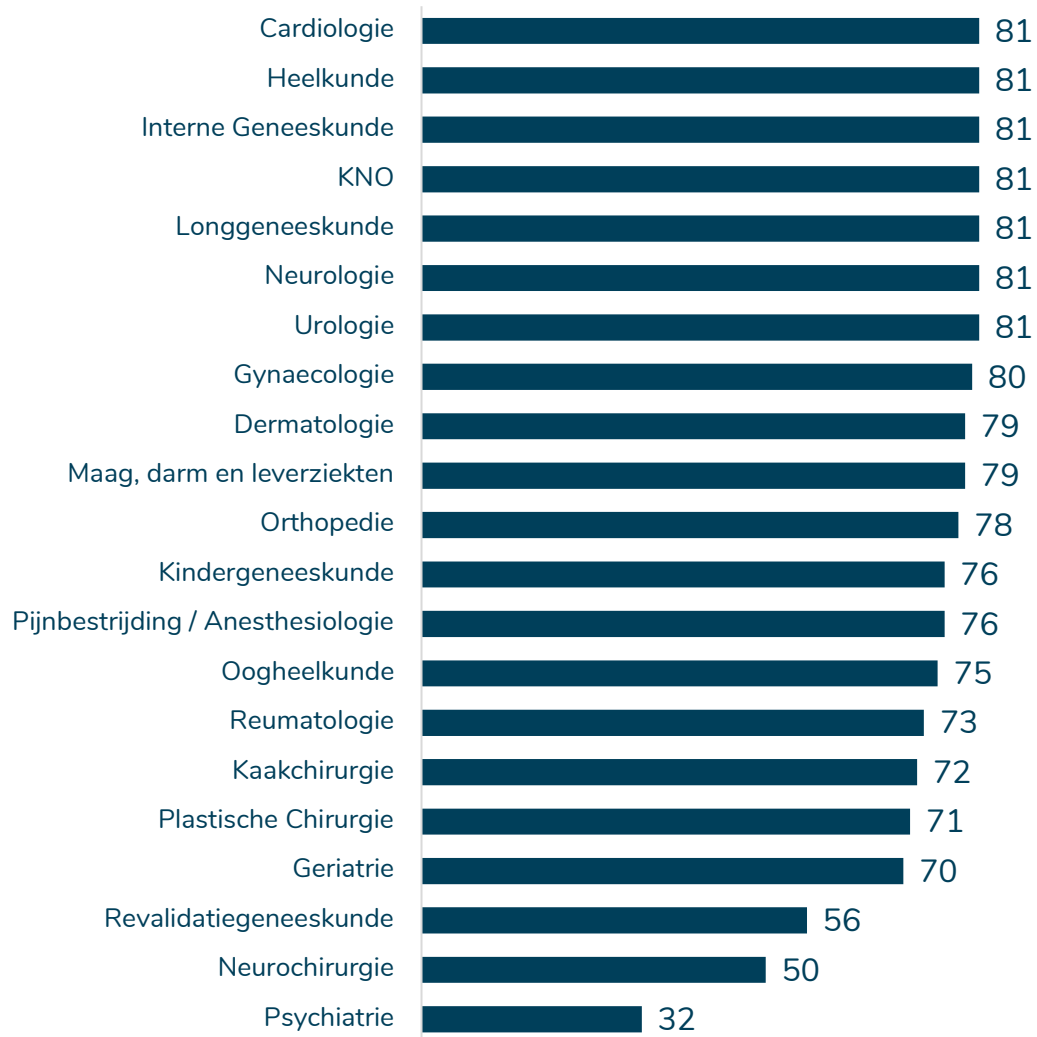
Aandoeningen (/behandelingen)

- Baarmoeder verwijderen
- Behandeling carotis stenose – Cardiologie¹²
- Behandeling carotis stenose - Heelkunde¹²
- Blaasresectie¹²
- Borstreconstructie¹²
- Borstresectie
- Borstvergroting¹²
- Borstverkleining¹²
- Buikwandcorrectie¹²
- Carpaal tunnel syndroom - Heelkunde
- Carpaal tunnel syndroom - Neurochirurgie
- Carpaal tunnel syndroom - Neurologie
- Carpaal tunnel syndroom - Orthopedie
- Carpaal tunnel syndroom - Plastische Chirurgie
- Darmresectie
- Diabetes¹²
- Diabetes bij kinderen¹²
- Dotteren¹²
- Eierstokken verwijderen¹²
- Etalagebenen dotterbehandelingen¹²
- Galblaasverwijdering¹²
- Gangreen¹²
- Hernia (HNP) - Orthopedie¹²
- Heupprothese
- Keel- en neusamandelen
- Kijkoperatie knie
- Knieprothese
- Kruisbandoperatie
- Liesbreuk
- Maagresectie¹²
- Meniscusbeschadiging
- Neustussenschot correctie
- Open hartoperatie
- Operatieve behandeling of endovasculaire behandeling intracranieële vaatafwijking¹²
- Operatieve behandeling van carotispathologie met betrekking tot autonoom zenuwstelsel¹²
- Operatieve ingrepen bij stressincontinentie – Gynaecologie
- Operatieve ingrepen bij stressincontinentie - Urologie¹²
- Pijnbestrijding¹²
- Prostaatresectie
- Ruggenmergstimulatie¹²
- Rughernia (Lumbosacrale discotomie) - Neurochirurgie
- Rustpijn¹²
- Slokdarmverwijdering¹²
- Spataderen (med. indicatie) – Dermatologie
- Spataderen (med. indicatie) – Heelkunde
- Staar
- Sterilisatie man – Heelkunde¹²
- Sterilisatie man – Urologie
- Sterilisatie vrouw – Gynaecologie
- Trommelvliesbuisje
- Verwijde buikslagader¹²
- Voorste kruisband operatie – heelkunde
- Voorste kruisband operatie – orthopedie
- Ziekte van Dupuytren - Plastische Chirurgie¹²

Diagnostiek

- CT-scan
- MRI-scan
- Gastroscopie
- Colonscopie

¹² De maand augustus ontbreekt voor deze aandoening en zal verder ook niet meer worden bijgehouden. Met voornaamste rede dat er weinig wachttijden voor zijn.



Figuur 7 Aantal ziekenhuizen met wachttijdgegevens per specialisme [aantal]



Figuur 8 Aantal ziekenhuizen met wachttijdgegevens per aandoening [aantal]



Figuur 9 Aantal ziekenhuizen met wachttijdgegevens per diagnostiek [aantal]

4.2 Berekenen van samengestelde indicator wachttijdgegevens

Ook voor wachttijden wordt een bollensysteem gehanteerd. Een ziekenhuis kan 1 tot 4 bollen scoren. De score wordt gebaseerd op de gemiddelde wachttijd in weken voor de specialismen en aandoeningen benoemd in paragraaf 4.1 gedurende de eerste acht maanden van 2018. Als een ziekenhuis voor meerdere locaties wachttijden opgeeft, is voor dat ziekenhuis de gemiddelde wachttijd van de verschillende locaties gebruikt.

De gemiddelde wachttijd van ziekenhuizen over de eerste acht maanden van 2018 zit tussen de 2,5 en 9,3 weken met een gemiddelde van 4,9 weken. Dit is een stijging ten opzichte van de gemiddelde wachttijd in de eerste zeven maanden van 2017 (4,4 weken). De stijgende trend van voorgaande jaren (3,8 in 2016, 3,6 in 2015 en 3,4 in 2014) wordt daarmee voortgezet.

Allereerst worden de wachttijden op het laagste niveau (per aandoening & specialisme) geüniformeerd door middel van een z-score (zoals in vergelijking 1, zie 3.5.1). Deze z-scores worden apart gemiddeld over alle aandoeningen en over alle specialismen, zodat er voor elk ziekenhuis twee wachttijden overblijven. Tot slot worden de z-scores voor aandoeningen en voor specialismen gemiddeld tot de finale score per ziekenhuis. Deze finale score is het gemiddelde van de gemiddelde wachttijden per specialisme en per aandoening. Tot slot worden de ziekenhuizen gerangschikt van laagste naar hoogste gemiddelde z-score en worden bijbehorende bollen toegekend:

- 4 bollen voor ziekenhuizen met een gemiddeld veel kortere wachttijd (z-score < -1)
- 3 bollen voor ziekenhuizen met een gemiddeld kortere wachttijd (z-score tussen -1 en 0)
- 2 bollen voor ziekenhuizen met gemiddeld langere wachttijd (z-score tussen 0 en 1)
- 1 bol voor ziekenhuizen met een gemiddeld veel langere wachttijd (z-score > 1).

5 Berekenen eindscore

Op basis van de toegekende bollen voor de zorginhoudelijke domeinen 'effectiviteit', 'dienstverlening' en 'veiligheid' en voor de scores voor 'wachttijden' worden de eindscores berekend die gepresenteerd worden in Elsevier Weekblad. De thema's die behandeld worden in het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad zijn de volgende:

- 1 *Patiëntgerichtheid*: wachttijden en dienstverlening
- 2 *Medische inhoud*: effectiviteit en veiligheid
- 3 *Eindscore*: patiëntgerichtheid en medische inhoud

Voor thema 1, patiëntgerichtheid, wordt een samengestelde score gemaakt voor de bollen van het domein 'dienstverlening' en de bollen voor 'wachttijden'. De bollen voor beide domeinen worden bij elkaar opgeteld tot de totaalscore voor patiëntgerichtheid. Tabel 5 laat de indeling zien voor de totaalscore op het thema patiëntgerichtheid en geeft aan hoeveel ziekenhuizen respectievelijk 1, 2, 3 of 4 bollen scoren.

Tabel 5 Toegekende bollen voor het thema Patiëntgerichtheid (excl. UMC's)

Totaalscore domeinen Dienstverlening en Wachttijden	Bollen Patiëntgerichtheid	# ziekenhuizen
2 of 3	1	6
4	2	19
5 of 6	3	43
7 of 8	4	5

Voor thema 2, medische zorg, wordt een samengestelde score gemaakt voor de bollen van het domein effectiviteit en het domein veiligheid. De bollen voor beide domeinen worden bij elkaar opgeteld tot de totaalscore voor patiëntgerichtheid.

Tabel 6 Toegekende bollen voor het thema Medische Zorg (excl. UMC's)

Totaalscore domeinen Effectiviteit en Veiligheid	Bollen Medische zorg	# ziekenhuizen
2 tot en met 3	1	5
3.5 tot en met 4.5	2	28
5 tot en met 6.5	3	36
7 tot en met 8	4	4

Voor de eindscore is gekeken naar de som van de bollen voor het thema medische zorg en het thema patiëntgerichtheid. Hierbij krijgen instellingen met een totaalscore voor beide thema's van 2

of 3 bollen 1 bol toebedeeld, instellingen met een som van 4 bollen 2 bollen, instellingen met 5 of 6 bollen 3 bollen en instellingen met 7 of 8 bollen 4 bollen (Tabel 7).

Tabel 7 Toegekende bollen voor de eindscore (excl. UMC's)

Totaalscore thema's Medische zorg en Patiëntgerichtheid	Bollen Eindscore	#ziekenhuizen
2 of 3	1	6
4	2	16
5 of 6	3	43
7 of 8	4	8

6 Financiële gegevens

SiRM heeft dit jaar wederom de financiële situatie van ziekenhuizen in kaart gebracht op basis van vijf indicatoren. Deze zijn berekend met gegevens uit de (enkelvoudige) jaarrekeningen die door SiRM zijn verzameld en geanalyseerd.

6.1 Bron van financiële gegevens

Zorginstellingen zijn wettelijk verplicht een groot aantal gegevens aan te leveren voor het Maatschappelijk Jaarverantwoordingsdocument. Deze gegevens worden aangeleverd aan het CIBG¹³, onderdeel van het Ministerie van VWS. Helaas blijken de gegevens van het CIBG sterk vervuild te zijn, doordat de gegevens veelal gepresenteerd worden op concernniveau¹⁴. Dit zorgt ervoor dat de gegevens voor concerns die naast de ziekenhuissector tevens binnen andere zorgsectoren (bijvoorbeeld binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)) werkzaam zijn, de financiële gegevens niet alleen van toepassing zijn op het ziekenhuis. Wij hebben hier gebruik gemaakt van de SiRM-database met gegevens die overgenomen zijn uit de enkelvoudige jaarrekeningen van de ziekenhuizen¹⁵. De gegevens zijn na invoering gecontroleerd op uitschieters om eventuele typefouten te identificeren. Omdat waar mogelijk de enkelvoudige of de gesegmenteerde jaarrekening is gebruikt, zijn de gegevens niet 'vervuild' door bijvoorbeeld Wlz functies die de stichting waaronder het ziekenhuis valt, ook uitvoert. In enkele gevallen is er – bij gebrek aan beschikbaarheid van de enkelvoudige en gesegmenteerde jaarrekening – de geconsolideerde jaarrekening gebruikt.

6.2 Selectie van financiële gegevens

De financiële situatie van een ziekenhuis wordt bepaald aan de hand van vijf indicatoren:

1. Bedrijfsresultaat: Resultaat vóór bijzondere baten als verhouding met de totale omzet
2. EBITDA marge: EBITDA (voor Earnings before Interest, Tax, Depreciation, Amortization) als percentage van de omzet
3. ICR: De Interest Coverage Ratio, hoeveel keer groter is het resultaat minus de rentelasten dan de rentelasten in een jaar
4. Solvabiliteit: Verhouding tussen eigen vermogen en totale balans
5. Schuld/EBITDA: De verhouding tussen de schuld en de opbrengsten vóór rente, belasting en afschrijvingen

Deze indicatoren zijn gangbare indicatoren die gebruikt worden bij het beoordelen van leningen en borgstelling, bij 'Early Warning Systems' en monitoren van de financiële toestand in de zorgsector.

¹³ CIBG Dienst voor registers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.cbfg.nl)

¹⁴ Volgens onderzoek van PwC, zie Zorgvisie, 8 oktober 2010.

¹⁵ Ziekenhuizen zijn verplicht de jaarverslagen jaarlijks vóór 1 juni te plaatsen op de overheidswebsite Jaarverslagen Zorg (www.desan.nl)

Ook in het buitenland worden dergelijke indicatoren gebruikt¹⁶. De gegevens benodigd voor bovengaande indicatoren komen uit de (enkelvoudige) balans en resultatenrekening van de ziekenhuizen.

Vaak worden ook de quick en/of current ratio's gebruikt om weer te geven of een bedrijf voldoende werk in voorraad heeft om de kortlopende schulden mee te betalen. Die indicatoren zijn hier niet meegenomen omdat de bevoorschotting en de administratie van voorraden voor de zorg zeer speciaal zijn.

6.3 Berekenen van samengestelde indicator financiële gegevens

De jaarverslagen worden gepubliceerd op concernniveau. Daarmee is het totale aantal beschikbare jaarverslagen minder dan het aantal ziekenhuizen dat is opgenomen in de berekening van de bollen voor het onderzoek 'Beste ziekenhuizen' van Elsevier Weekblad. In de lijst met ziekenhuizen in Appendix A – Ziekenhuizen in Elsevier Weekblad is een kolom opgenomen met weergave van de 71 ziekenhuizen die een jaarverslag hebben aangeleverd en waarvan de financiële stabiliteit is berekend. Drie ziekenhuizen (Ziekenhuis Amstelland, Slotervaart ziekenhuis en Stichting Ziekenhuizen West-Friesland en Waterland) hadden eind oktober 2018 nog geen jaarverslag gepubliceerd en zijn zodoende niet meegenomen in de berekeningen.

Ieder ziekenhuis krijgt punten voor zijn financiële situatie op basis van vijf geselecteerde indicatoren. Voor iedere indicator krijgt een ziekenhuis punten:

- 0 punten bij score onder de minimumnorm
- 1 punt bij score tussen de minimumnorm en aanbevolen norm
- 2 punten bij score boven de aanbevolen norm

In Tabel 8 is een overzicht gegeven van de indicatoren en de gehanteerde normen. Een ziekenhuis kan maximaal 10 punten halen.

Tabel 8 Toedeling van punten voor indicator voor financiële positie.

Indicator	0 punten	1 punt	2 punten
Bedrijfsresultaat	<0%	0 tot 3,5%	>3,5%
EBITDA marge	<5%	5 tot 10%	>10%
ICR	<1,2	1,2 tot 1,6	>1,6
Solvabiliteit	<20%	20 tot 30%	>30%
Debt/EBITDA	>15	10 tot 15	<10

¹⁶ Zie bijvoorbeeld: "Benchmark ziekenhuizen", ABN AMRO, 2010; "Reglement van Deelneming", Waarborgfonds zorgsector, 2006 (p 2-4); "Zen and the art of hospital maintenance", Gupta Strategists, 2009; "Financiële nood groot bij vier ziekenhuizen", NRC Handelsblad, 17 oktober 2009, (op basis van Early Warning System van Zindata); "Monitor Vermogen Zorgaanbieders, kengetallen in beeld 2007-2008", NZa, december 2009; "Compliance Framework 2010-2011", Monitor (toezichhouder in Engeland), 31 maart 2010; "Financieel brancherapport ziekenhuizen en UMC's.", PwC, 2009. "Vizier op vertrouwen", brancherapport NVZ, 2009.

De grenzen voor ICR (ook wel DSCR voor debt service coverage ratio) en solvabiliteit zijn aangepast naar de huidige praktijk.

We bekijken de financiële situatie van de ziekenhuizen op twee assen:

- de financiële situatie op de lange termijn (solvabiliteit) en
- op de korte termijn (de andere vier indicatoren).

Ziekenhuizen die in een relatief lage winst hebben, bijvoorbeeld door investeringen in nieuwbouw, worden op deze manier niet gelijk afgestraft. Op basis van de behaalde score op de korte termijn (optelsom van de vier indicatoren: bedrijfsresultaat, EBITDA marge, ICR en Debt/EBITDA) krijgen de ziekenhuizen een aantal 'sterren' voor de financiële situatie op de korte termijn, waarbij 1 ster de laagst en 3 sterren de hoogst mogelijke score is (Tabel 9).

Tabel 9 Toegekende sterren voor financiële situatie op de korte termijn

Totaalscore punten op indicatoren financiële situatie korte termijn	Sterren korte termijn	# ziekenhuizen
1 t/m 4	1	13
5 of 6	2	38
7 of 8	3	20

De financiële situatie op de lange termijn wordt bepaald aan de hand van de solvabiliteit. Ook hier geldt dat 1 ster de laagste en 3 de hoogste score is (Tabel 10).

Tabel 10 Toegekende sterren voor financiële situatie op de lange termijn

Totaalscore solvabiliteit als maat voor financiële situatie lange termijn	Sterren lange termijn	# ziekenhuizen
0	1	17
1	2	29
2	3	25

Op basis van het aantal sterren op de korte en lange termijn wordt de eindscore bepaald. Hierbij geldt, als een ziekenhuis op korte en lange termijn drie sterren heeft, krijgt het ziekenhuis de maximale eindscore (4 sterren). Maar als het ziekenhuis laag scoort op korte en op de lange termijn (1 ster) krijgt het ziekenhuis één ster als eindscore en kan de financiële situatie van het ziekenhuis precair zijn. Daartussen krijgt het ziekenhuis 2 of 3 sterren (Figuur 10).



Figuur 10 De totaalscore voor de financiële situatie wordt bepaald op basis van scores op de korte en de lange termijn

We gaan ervan uit dat de ziekenhuizen met een eindscore van drie of vier sterren een stabiele financiële situatie kennen (Tabel 11). Uiteraard hangt de werkelijke financiële stabiliteit naast deze cijfers vooral af van de kwaliteit van bestuur en management. De balanspositie kan tijdelijk versterkt of verzwakt zijn, bijvoorbeeld vlak voor of na grote investeringen.

Tabel 11 Toegekende sterren voor financiële situatie op eindscore

Sterren eindscore	# ziekenhuizen
1	7
2	16
3	37
4	11

Appendix A – Ziekenhuizen

	Plaats	Ziekenhuis	Locatie	UMC	Jaar-verslag
Ziekenhuizen (locaties)					
	Alkmaar	Noordwest ziekenhuisgroep	Alkmaar		
	Almere	Flevoziekenhuis			Ja
	Amersfoort	Meander Medisch Centrum			Ja
	Amstelveen	Ziekenhuis Amstelland			Nee
	Amsterdam	AMC		Ja	Ja
	Amsterdam	BovenIJ Ziekenhuis			Ja
	Amsterdam	OLVG			Ja
	Amsterdam	MC Slotervaart			Nee
	Amsterdam	VUMC		Ja	Ja
	Apeldoorn	Gelre ziekenhuizen	Apeldoorn		
	Arnhem	Rijnstate			Ja
	Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen			Ja
	Beverwijk	Rode Kruis Ziekenhuis			Ja
	Boxmeer	Maasziekenhuis Pantein			Ja
	Breda	Amphia Ziekenhuis			Ja
	Capelle a/d IJssel	IJsseland Ziekenhuis			Ja
	Delft	Reinier de Graaf Groep			Ja
	Den Bosch	Jeroen Bosch Ziekenhuis			Ja
	Den Haag	Haga Ziekenhuis			Ja
	Den Haag	Haaglanden Medisch Centrum			Ja
	Den Helder	Noordwest ziekenhuisgroep	Den Helder		
	Deventer	Deventer Ziekenhuis			Ja
	Dirksland	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis			Ja
	Doetinchem	Slingeland Ziekenhuis			Ja
	Dordrecht	Albert Schweitzer Ziekenhuis			Ja
	Drachten	Ziekenhuis Nij Smellinghe			Ja
	Ede	Ziekenhuis De Gelderse Vallei			Ja
	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis			Ja
	Eindhoven	Máxima Medisch Centrum			Ja
	Emmen	Treant Zorggroep	Scheper		

	Plaats	Ziekenhuis	Locatie	UMC	Jaar- verslag
	Enschede	Medisch Spectrum Twente			Ja
	Geldrop	Sint Anna Ziekenhuis			Ja
	Goes	Admiraal de Ruyterziekenhuis			Ja
	Gorinchem	Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis			Ja
	Gouda	Groene Hart Ziekenhuis			Ja
	Groningen	Martini Ziekenhuis			Ja
	Groningen	UMCG		Ja	Ja
	Hardenberg	Saxenburgh Groep			Ja
	Harderwijk	Ziekenhuis Sint Jansdal			Ja
	Heerenveen	Ziekenhuis de Tjongerschans			Ja
	Helmond	Elkerliek Ziekenhuis			Ja
	Hengelo	Ziekenhuisgroep Twente			Ja
	Hilversum	Tergooiziekenhuizen			Ja
	Hoofddorp	Spaarne Gasthuis			Ja
	Hoogeveen	Treant Zorggroep	Bethesda		
	Hoorn	Westfries Gasthuis			
	Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden			Ja
	Leiden	Alrijne Zorggroep			Ja
	Leiden	LUMC		Ja	Ja
	Lelystad	MC Groep			Ja
	Maastricht	MUMC+		Ja	Ja
	Meppel	Isala	Diaconessenhuis		
	Nieuwegein	Sint Antonius Ziekenhuis			
	Nijmegen	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis			Ja
	Nijmegen	UMC Sint Radboud		Ja	Ja
	Purmerend	Waterlandziekenhuis			
	Roermond	Laurentius Ziekenhuis			Ja
	Roosendaal	Bravis Ziekenhuis			Ja
	Rotterdam	Erasmus MC		Ja	Ja
	Rotterdam	Franciscus Gasthuis en Vlietland			Ja
	Rotterdam	Ikazia Ziekenhuis			Ja
	Rotterdam	Maasstad Ziekenhuis			Ja
	Sittard	Zuyderland Medisch Centrum			Ja
	Sneek	Antonius Ziekenhuis			Ja
	Spijkensisse	Spijkensisse Medisch Centrum			Ja
	Stadskanaal	Treant Zorggroep	Refaja		

	Plaats	Ziekenhuis	Locatie	UMC	Jaar- verslag
	Terneuzen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen			Ja
	Tiel	Ziekenhuis Rivierenland			Ja
	Tilburg	Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis			Ja
	Uden	Ziekenhuis Bernhoven			Ja
	Utrecht	Diakonessenhuis			Ja
	Utrecht	UMC Utrecht		Ja	Ja
	Venlo	VieCuri Medisch Centrum			Ja
	Weert	Sint Jans Gasthuis			Ja
	Winschoten	Ommelander Ziekenhuis Groep			Ja
	Winterswijk	Ziekenhuis Koningin Beatrix			Ja
	Woerden	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis			
	Zaanstad	Zaans Medisch Centrum			Ja
	Zoetermeer	Langeland Ziekenhuis			Ja
	Zutphen	Gelre ziekenhuizen	Zutphen		
	Zwolle	Isala	Zwolle		
Ziekenhuizen (concerns)					
		Noordwest ziekenhuisgroep			Ja
		Stichting Gelre Ziekenhuizen			Ja
		Sint Antonius Ziekenhuis			Ja
		Isala			Ja
		Treant Zorggroep			Ja
		Stichting Ziekenhuizen West-Friesland en Waterland			Nee

Appendix B – Wijzigingen door schoningsprocedure

In deze tabel zijn voor de berekening relevante wijzigingen opgenomen. Waar de wijziging een percentage, noemer of teller betreft zijn de bijbehorende waarden – indien nodig - tevens gewijzigd. De appendix is in een apart PDF document bijgevoegd.

Appendix C – Geselecteerde indicatoren

Deze appendix beschrijft de geselecteerde indicatoren voor zowel de eindscore als de specifieke aandoeeningen. De appendix is in een apart PDF document bijgevoegd.

Appendix D – Hercodering antwoorden & Rekenregels

In een aparte PDF is een tabel opgenomen waarbij aangegeven is hoe antwoorden zijn hercodeerd om zo deze indicatoren te kunnen verwerken in de berekening. Hierbij is ook aangegeven tot welke rekenregel ze behoren. De rekenregels staan uitgelegd in volgende Appendix E.

Appendix E – Rekenregels

Rekenregel - Omschrijving	Type indicatoren	Categorie	Bron	Rekenregel
#1 – Bieden van zorg: Meer is niet beter	Structuur	Behandeltraject Faciliteiten Informatievoorziening Protocollen	ZI	Per indicatorset: max(score)
#3 – Volumennormen	Proces	Aantal behandelingen	IGJ/ZI	\sum normen behaald / \sum normen van toepassing Waarbij: norm behaald = (score > norm)
#7 – Percentages berekenen: voor infecties	Proces	Processen	IGJ	score _{teller} / score _{noemer}
#8 – Meer is beter indicatorset-overkoepelend	Structuur	Faciliteiten Administratie Registratie	IGJ/ZI	Voor gehele dataset: \sum score / aantal indicatoren van toepassing
#19 – Gemiddelde over de scores in de groep	Uitkomst	Uitkomsten	ZI	\sum z-score / aantal indicatoren van toepassing
#21 – Bieden van zorg: Meer is beter	Proces Structuur	Behandeltraject Communicatie Faciliteiten Informatievoorziening Protocollen	IGJ/ZI	Per indicatorset: \sum score / aantal indicatoren van toepassing
#22 – Bieden van zorg: Meer is beter tot bepaald niveau	Structuur	Multidisciplinair	ZI	Per indicatorset: als $\begin{cases} \sum score > \frac{1}{2}(\text{aantal indicatoren van toepassing}), & 1 \\ " \leq " , & \sum score / (\frac{1}{2}(\text{aantal indicatoren van toepas.})) \end{cases}$

Appendix F – Volumenormen

Verrichting	Volume-norm	Witte lijst ¹⁷	Gemiddeld over 3 jaar ¹⁸	Bron
Alveesklieverwijdering met sparing van de maag	20			NVvH/SONCOS
Blaaskanker: verwijderen van de blaas	20			SONCOS
Borstkanker: verwijderen van borstweefsel	50			NVvH/SONCOS
Dikke darmkanker: verwijderen van de dikke darm	50			NVvH/SONCOS
Dikke darmkanker: verwijderen van de endeldarm	20			NVvH/SONCOS
Eierstokkanker: verwijderen van tumorweefsel	20		ja	SONCOS
Ernstig overgewicht: bariatrische procedures	200			NVvH
Halsslagadervernauwing: chirurgische behandeling	20			NVvH
Hart: aantal PCI procedures	600	ja		NVvC
Leverkanker: verwijderen van deel lever	20			SONCOS
Longkanker: nieuwe patiënten ¹⁹	25			SONCOS
Longkanker: verwijderen van longen of longweefsel	20			NVvH/SONCOS
Maagkanker: verwijderen van de maag	20			SONCOS
Melanoom: behandeling	20			NVvH/SONCOS
Prostaatcancer: verwijderen van de prostaat ²⁰	20			SONCOS
Slokdarmkanker: verwijdering van de slokdarm	20			NVvH/SONCOS
Verwijde buikslagader: geplande operatie	20			NVvH

¹⁷ Na visitatie kan besloten worden dat een ziekenhuis op de witte lijst wordt gezet, waardoor dit ziekenhuis deze behandeling mag uitvoeren zonder aan de volumenorment te voldoen.

¹⁸ Voor een aantal volumenormenten is er in de definitie van één of meerdere bronnen de toevoeging gedaan dat de norm gemiddeld mag worden over drie jaar.

¹⁹ Per 1 januari 2017 is de norm 50. Omdat ziekenhuizen een jaar implementatietijd krijgen, gebruiken we voor deze analyse de norm uit 2016

²⁰ Per 1 januari 2018 is de norm 50

Appendix G – Wijzigingen verantwoordingsdocument

- Versie 9.1** Datum: 29 oktober 2018
- Versie 8.1** Datum: 16 november 2017
- Versie 7.2** Datum: 24 oktober 2016
- Versie 7.1** Datum: 21 oktober 2016
- Versie 6.2** Datum: 4 januari 2016
- Versie 6.1** Datum: 2 november 2016
- Versie 6.0** Datum: 20 oktober 2016 – nieuwe indicatorselectie
- Versie 5.2** Datum: 27 oktober 2014
- Versie 5.1** Datum: 10 oktober 2014 – update paragraaf 3.2.1
- Versie 5.0** Datum: 9 oktober 2014
- Versie 4.0** Datum: 28 oktober 2013
- Versie 3.1** Datum: 14 november 2012
- Versie 3.0** Datum: 29 oktober 2012
- Versie 2.0** Datum: 10 oktober 2011
- Versie 1.0** Datum: 19 oktober 2010