



Samenwerkingsafspraken
Zichtbare Zorg Kraamzorg
2 april 2009



Dan weet je het.



1. Actiz, brancheorganisatie voor zorgondernemers, hierbij vertegenwoordigd door bestuurslid mevrouw I.W.G Harmelink MHA;
2. Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), hierbij vertegenwoordigd door haar bestuurssecretaris mevrouw drs. B.P.E. van Langerak;
3. De Consumentenbond (CB), hierbij vertegenwoordigd door haar hoofd van het speerpunt maatschappelijke belangen, mevrouw drs. C. Vogeler;
4. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), hierbij vertegenwoordigd door de Inspecteur-generaal, prof. dr. G. van der Wal;
5. Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging en zorgprojecten, hierbij vertegenwoordigd door haar directeur, mevrouw drs. C.M. Woudhuizen;
6. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), te dezen vertegenwoordigd door haar directeur zorg, de heer drs. A.J. Lamping

Hierna te noemen: de partijen,

Preambule

De partijen verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg hebben een gemeenschappelijk doel en daarmee belang: samen willen zij werken aan het ontwikkelen, implementeren, borgen en publiek beschikbaar maken van een gemeenschappelijk kader aan kwaliteitsinformatie.

Om deze samenwerking goed te laten verlopen, en de gemeenschappelijke basis neer te leggen, stellen deze partijen procesafspraken vast op basis waarvan dit traject met en door partijen, in samenspraak, wordt uitgevoerd.

De kraamzorg functioneert reeds enkele jaren als een markt en is daarmee een voorloper in de gezondheidszorg. De bij de kraamzorg betrokken partijen zijn er van overtuigd dat het voor de marktwerking en de in het zorgstelsel beoogde vraagsturing absolute randvoorwaarde is dat er informatie beschikbaar is over de kwaliteit van de geleverde zorg. Marktwerking vereist enerzijds dat de partijen afspraken maken over de inhoud en de openbare publicatie van kwaliteitsinformatie en vereist anderzijds dat partijen ruimte ervaren buiten deze afspraken om.

De partijen beschouwen het als hun gezamenlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid om samen te werken aan het ontwikkelen, implementeren, borgen en publiek beschikbaar maken van een gemeenschappelijke set kwaliteitsinformatie passend bij de in het visiedocument (2008) beschreven 'verantwoorde kraamzorg'. De partijen zijn zich er van bewust dat deze informatieset nooit een volledig dekkend overzicht kan geven van de kwaliteit van de zorg. Ze is er op gericht om de partijen zodanig te informeren dat zij vanuit hun eigen perspectief kunnen beoordelen of zij voldoende vertrouwen hebben dat de sector of zorgaanbieder zorg van goede kwaliteit levert. De kwaliteitsinformatie biedt de zorgaanbieder de gelegenheid om kwaliteitsverbeteringen te initiëren. Daarnaast biedt de kwaliteitsinformatie de cliënten, zorginkopers en toezichthouders de mogelijkheid om zich te oriënteren op de kwaliteit van het aanbod van verschillende kraamzorgaanbieders en mede op basis daarvan keuzes te maken, contracten te sluiten of toezicht te houden en zo hun verantwoordelijkheid binnen de gezondheidszorg waar te kunnen maken. De informatieset bevat dat deel van de informatie, waarvan het nodig is dat deze structureel en gestandaardiseerd wordt aangeleverd.

De partijen zijn zich er van bewust dat door de kraamzorgaanbieders veelal nog niet op structurele wijze kwaliteitsinformatie wordt geregistreerd. Daarom zullen de partijen de implementatie van de totale indicatorenset waar nodig in onderlinge afstemming faseren om het veld de gelegenheid te bieden de benodigde registraties op te zetten. Op deze wijze wordt optimaal invulling gegeven aan het transparant maken van de markt, zoals is opgenomen bij de informatieverplichtingen voor zorgaanbieders in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

Uitgangspunt is dat de indicatoren gelden voor alle kraamverzorgenden, onafhankelijk van de organisatievorm waarbinnen zij werkzaam zijn of de contractvorm.

komen overeen:

Art 1. Doel van de samenwerking

- a. Betrouwbare en vergelijkbare informatie openbaar beschikbaar stellen over de kwaliteit van de kraamzorg, middels een informatieset bestaande uit zorginhoudelijke indicatoren, cliëntervaringen en etalage⁽⁺⁾ informatie. Deze informatie maakt vergelijking tussen de prestaties van hetzelfde type instelling mogelijk;
- b. Kwaliteitsinformatie toegankelijk maken voor alle partijen op het door de Stuurgroep vastgestelde abstractieniveau;
- c. Kwaliteitsinformatie is nodig voor:
 1. zorgaanbieders om op basis daarvan kwaliteitsverbeteringen te initiëren (*sturings- en spiegelinformatie*);
 2. zorgaanbieders om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de geleverde zorg in het kader van de wet (*verantwoordingsinformatie*);
 3. zorgaanbieders om zich (positief) te onderscheiden van andere (kraamzorg)aanbieders;
 4. zorggebruikers om te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders (*keuze-informatie*);
 5. zorginkopers (zorgverzekeraars) bij het inkopen van kwalitatief goede en doelmatige zorg (*inkoopinformatie*);
 6. verwijzers om cliënten beter te kunnen doorverwijzen (*verwijsinformatie*);
 7. de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van hun toezichtstaken (*toezichtinformatie*);
 8. overheid om kwaliteit van de geleverde zorg te beoordelen in relatie tot (bijstelling van) het beleid (*beleidsinformatie*).

Art 2. Doel kwaliteitsinformatie

- a. De kwaliteitsinformatie komt tegemoet aan 90% van de informatiebehoefte van alle partijen. Aanbiedende partijen behouden ruimte om aanvullende informatie over deze en andere onderwerpen te presenteren. Vragende partijen behouden ruimte om aanvullende informatie op te vragen, mits deze informatie niet via andere kanalen verkregen kan worden en andere onderwerpen betreft dan in de informatieset zijn opgenomen. Gerapporteerde resultaten van de indicatorenset van de individuele zorgaanbieder kunnen de aanleiding zijn voor een vragende partij om verdiepende en meer specifieke vragen te stellen.
- b. De kwaliteitsinformatie waarborgt eenheid van taal over de kwaliteit van de zorg.

Art 3. Inrichting project / uitvoering van de afspraken

- a. De projectstructuur bestaat uit een stuurgroep die de rol van besluitvormend orgaan heeft, een projectgroep die een voorbereidende en uitvoerende functie vervult en indien nodig expertgroepen. Het project wordt ondersteund vanuit het Programma Zichtbare Zorg (ZiZo).
- b. Partijen hebben de intentie om de doelen van deze samenwerkingsafspraken en bijbehorende verantwoordelijkheden en taken van de Stuurgroep op termijn over te laten gaan in een structurele organisatie.

De Stuurgroep

- c. De partijen stellen een stuurgroep in waar zij allen gelijkelijk in vertegenwoordigd zijn. De Stuurgroep besluit over de ontwikkeling, implementatie, beheer & borging en onderhoud van de informatieset en de infrastructuur. Zij stelt de doelstellingen vast, geeft de opdracht voor de uitvoering en houdt toezicht op het behalen van de doelstelling. Taken en verantwoordelijkheden van de Stuurgroep zijn uitgewerkt in bijlage 2a.
- d. In de Stuurgroep zitten afgevaardigden van betrokken organisaties die namens de organisatie die zij vertegenwoordigen een volmacht hebben om deel te nemen aan besluitvorming.
- e. Bij besluiten die binnen de randvoorwaarden van deze overeenkomst vallen vindt besluitvorming in de Stuurgroep bij voorkeur plaats met consensus. Besluiten die afwijken van huidige afspraken vereisen consent.
- f. ZiZo levert een secretaris voor de Stuurgroep.

De Projectgroep

- g. De projectgroep bestaat uit afgevaardigden met inhoudelijke expertise van betrokken partijen. Taken en verantwoordelijkheden van de projectgroep zijn uitgewerkt in bijlage 2b.
- h. ZiZo levert de projectcoördinator, voorzitter en secretaris van de projectgroep.

Expertgroepen

- i. De projectgroep stelt na goedkeuring van de Stuurgroep expertgroepen in en draagt hiervoor deelnemers voor. De deelnemers worden geselecteerd op basis van de expertise die nodig is met betrekking tot betreffend onderwerp. In deze expertgroepen is de expertise samengevoegd om te bepalen wat de informatiebehoefte en relevante kwaliteitsindicatoren zijn voor een onderwerp/kwaliteitsaspect.
- j. De expertgroepen benoemen in gezamenlijkheid de wijze waarop de kwaliteit met betrekking tot het specifieke onderwerp dient te worden gemeten. De samenstelling van de groep kan in de loop van de tijd variëren, afhankelijk van het soort informatie dat op dat moment nodig is. Deze expertgroepen kunnen ook gebruikt worden als klankbord.
- k. De expertgroep doet een voorstel, dat voldoet aan de randvoorwaarden zoals gesteld in bijlage 3.

Art. 4. (Door)ontwikkelen van de informatieset

- a. Er wordt een informatieset opgesteld en doorontwikkeld met kwaliteitsinformatie van aanbieders van kraamzorg.
- b. De uitgangspunten en criteria voor de informatieset staan beschreven in bijlage 3.

Art. 5. Infrastructuur voor de informatieset

- a. In principe zal voor de ontwikkeling, het beheer en de borging van de infrastructuur worden aangesloten bij de organisatie en infrastructuur die reeds bestaan in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en/of bij andere structuren in de zorg met een overeenkomstige taak/competentie. Het aanleveren van de info gebeurt minimaal 1 x per jaar, uiterlijk op 1 juni over het gehele voorgaande kalenderjaar. Aanpassing van de frequentie van aanleveren van de data wordt in overleg bepaald.
Aanleverende instanties kunnen vragen stellen aan de helpdesk Jaardocument / ZiZo, die de vragen waar nodig doorstuurt aan andere organisaties. Waar geen gebruik kan worden gemaakt van een dergelijke structuur is art. 5 lid b t/m c van toepassing.
- b. De Stuurgroep is eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling, het beheer en de borging van de infrastructuur en het onderhoud hiervan. Zij kan de uitvoering ervan uitbesteden aan een nog nader te bepalen organisatie.
- c. De uitgangspunten van de infrastructuur zijn opgenomen in bijlage 4.

Art. 6. Communicatie en PR

- a. De partijen stellen een gezamenlijk communicatieplan op dat leidend is voor de communicatie met de eigen achterban.
- b. Partijen dragen uit dat kraamzorgaanbieders die voldoen aan de informatievereisten die voortvloeien uit deze samenwerkingsafspraken, hun verantwoordelijkheid invullen ten aanzien van het publiekelijk beschikbaar maken van informatie en tegemoet komen aan de breed gedragen maatschappelijke wens om transparant te zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg.
- c. Partijen zullen wetenschappelijke publicaties over de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie bevorderen.
- d. Publiciteit en PR over indicatoren worden waar nuttig gezamenlijk opgezet. In geval van afzonderlijke activiteiten op het gebied van publicaties informeren partijen elkaar hier ruim van te voren over.
- e. Partijen verplichten zich om hun achterban adequaat en op tijd te informeren over de vastgestelde informatieset en de infrastructuur en hen te wijzen op de consequenties voor hen.

Art 7. Financiering en bekostiging

1. De projectgroep werkt een financierings- en bekostigingsplan uit. Dit plan wordt door de Stuurgroep vastgesteld.
2. Voorafgaand aan de start van ieder jaar wordt vastgesteld op welke wijze de financiering respectievelijk bekostiging plaatsvindt, rekening houdend met de voortzetting van de activiteiten in volgende jaren. Door de Stuurgroep worden nadere afspraken gemaakt over de kostenverdeling.

Art 8. Duur van de overeenkomst en evaluatie

- a. Deze samenwerkingsafspraken gelden voor onbepaalde tijd.
- b. Partijen zullen de uitvoering en werking van deze samenwerkingsafspraken tweejaarlijks evalueren.

Ondertekening samenwerkingsafspraken Kraamzorg

Namens Actiz, brancheorganisatie voor
zorgondernemers
mevrouw I.W.G Harmelink MHA:

Namens Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
mevrouw drs. B.P.E. van Langerak:

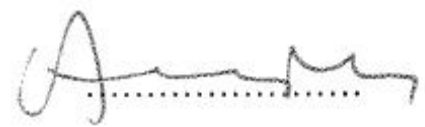
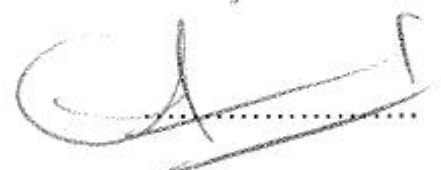

Namens de Consumentenbond (CB)
mevrouw drs. C. Vogeler:

Namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg
De heerprof. dr. G. van der Wal:

Namens Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging
en zorgprojecten
mevrouw drs. C.M. Woudhuizen:

Namens Zorgverzekeraars Nederland:
de heer. drs. A.J. Lamping:

2 april 2009



Bijlage 1

Begripsbepalingen, definities

- *Kwaliteit*: Kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (effectief, veilig, cliëntgericht) en artikel 40 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zal verantwoorde zorg ook doelmatig moeten zijn.
- *Zorgaanbieder*: instelling of professional, al dan niet werkend binnen een zorginstelling, die kraamzorg levert in thuissituaties;
- *Indicator*: Een indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond, of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van de zorg (Campbell 2002). Er wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.
- *Zorginhoudelijke informatie*: Informatie over de veiligheid en effectiviteit van de verleende zorg. Deze informatie betreft de met erkende indicatoren gemeten aspecten van de structuur, het proces en de uitkomst van de zorgverlening.
- *Structuur en proces*: naast zorginhoudelijke informatie is van belang om duidelijkheid te hebben over bv ketenafspraken en interne samenwerkingsafspraken.
- *Cliëntervaringen*: Informatie over de door cliënten van zorgverleners ervaren kwaliteit van de geleverde zorg en het relatieve belang dat de cliënt aan de verschillende aspecten van kwaliteit toekent. De cliëntervaringen worden bij voorkeur gemeten met vragenlijsten die zijn vastgesteld door het Centrum Klantervaringen Zorg op basis van de meetstandaard 'CQ-Index'.
- *Etalage⁽⁺⁾ informatie*: De informatie die de cliënt nodig heeft om een keuze voor een kraamzorgaanbieder te kunnen maken. Het betreft informatie die aansluit op de specifieke behoeften die cliënten aangegeven hebben om hun keuze mede op te baseren.
- *Informatieset*: De totale set van informatie over de kwaliteit van de zorg (informatie is een verwerkingsproduct van (ruwe) data) die voorziet in alle in artikel 1 en 2 genoemde doelen. De set bestaat uit alle zorginhoudelijke informatie en cliëntervaringen.
- *Infrastructuur kwaliteitsinformatie*: Het geheel van taken en functionaliteiten ten behoeve van beheer (waarborg betrouwbare en actuele informatie), onderhoud (waarborg valide, relevante en vergelijkbare informatie) en openbare publicatie van de kwaliteitsinformatie.

Bijlage 2

Taken en verantwoordelijkheden van de Stuurgroep

1. De Stuurgroep is belast met het (doen) ontwikkelen en vaststellen van de informatieset, bestaande uit indicatoren voor de zorginhoudelijke/professionele kwaliteit, cliëntervaringen (en etalage⁽⁺⁾ informatie) op basis waarvan zorgaanbieders op locatieniveau verantwoording afleggen in het publieke domein, voor verantwoorde kraamzorg in algemene zin en waar nodig toegespitst op doelgroepen.
2. De Stuurgroep voert de regie bij de ontwikkeling en implementatie van de informatieset.
3. De Stuurgroep voert de regie bij de ontwikkeling en implementatie van de infrastructuur, waarbij rekening gehouden wordt met het al dan niet JMV-plichtig zijn van de huidige zorgaanbieders.
4. De Stuurgroep evalueert jaarlijks de uitvoeringspraktijk en is verantwoordelijk voor onderhoud, bijsturing en doorontwikkeling van de informatieset en de infrastructuur.
5. De Stuurgroep is verantwoordelijk voor het beheer en de borging van de infrastructuur door ervoor te zorgen dat de data wordt verzameld en wordt verwerkt tot een betrouwbare en valide informatieset.
6. De Stuurgroep stelt de onderwerpen vast die worden opgenomen op de zogenaamde kwaliteitskaart, waarop de indicatoren publieksvriendelijk worden gepresenteerd.
7. De stuurgroep ziet erop toe dat de informatieset het totaal borgt van informatie over de kwaliteit van zorg in deze sector.
8. Voor het verzamelen, vaststellen, verwerken en beheren van gegevens en de eisen aan het informatiesysteem stelt de Stuurgroep een dataprotocol vast. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van het dataprotocol dat ten behoeve van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgesteld.
9. De Stuurgroep maakt afspraken over de wijze van openbaarmaking van de informatieset, zoals in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en op kiesbeter.nl.
10. De Stuurgroep stelt een (of meerdere) projectgroep(en) in die belast wordt(en) met de inhoudelijke voorbereiding, selectie, uitvoering, analyse, evaluatie en bijstelling van alle onderdelen die deel uitmaken van de informatieset. Waar nodig besteedt de stuurgroep deze ta(a)k(en) uit aan derden.
11. De Stuurgroep is verantwoordelijk voor het opzetten van een structurele organisatie die op termijn de verantwoordelijkheden en taken van de Stuurgroep overneemt.

Taken en verantwoordelijkheden van de Projectgroep

1. De projectgroep is in opdracht van de Stuurgroep belast met de inhoudelijke voorbereiding, selectie, uitvoering, analyse, evaluatie en bijstelling van alle onderdelen die deel uitmaken van de informatieset.
2. De projectgroep is in opdracht van de Stuurgroep belast met het ontwikkelen van de informatieset, bestaande uit indicatoren voor de zorginhoudelijke/ professionele kwaliteit, cliëntervaringen en etalage⁽⁺⁾ informatie op basis waarvan zorgaanbieders op locatieniveau verantwoording afleggen in het publieke domein, voor verantwoorde kraamzorg in algemene zin en waar nodig toegespitst op doelgroepen. Eventueel zal (voor delen) uitbesteding aan derden plaatsvinden.
3. De projectgroep bereidt de agenda voor de stuurgroepvergadering voor.
4. De projectgroep stelt de stukken ten behoeve van de stuurgroepvergadering inhoudelijk op en legt voorstellen ter besluitvorming voor aan de Stuurgroep.
5. De projectgroep bepaalt voor welke onderwerpen expertgroepen ingesteld worden en draagt hiervoor deelnemers voor.

Taken en verantwoordelijkheden van Programma Zichtbare Zorg (ZiZo)

ZiZo faciliteert de Stuur- en projectgroep door:

- voeren van het secretariaat van de Stuurgroep
- voorbereiden van beleidsstukken
- begeleiden van projectgroep en expertgroepen
- verbindt de ontwikkelingen in de kraamzorg met die in de andere sectoren zodat de sectoren optimaal van elkaars ervaring kunnen profiteren.

Bijlage 3

- **Uitgangspunten bij het ontwikkelen van de informatieset:**
 - De informatieset en het gebruik ervan zijn in de komende jaren nog in ontwikkeling. Op basis van evaluatie van gebruik door aanleverende en gebruikende partijen wordt de informatieset bijgesteld.
 - De complete informatieset moet voldoen aan ALLE in artikel 1 en 2 genoemde doelen, die zo nodig per genoemde gebruiker zullen worden gespecificeerd.
 - In de huidige registratiesystemen zijn veel gegevens al beschikbaar. Er zal alleen aanvullende informatie gevraagd worden voor de basisinformatie als de inspanning om deze te leveren proportioneel is.
 - Ook de inspanning van cliënten wordt zo mogelijk beperkt, bijvoorbeeld door gecombineerd uitvragen van meerdere vragenlijsten en door het aantal vragen niet te groot te maken.
 - Ten slotte zal Publiek beschikbare informatie die uit andere bronnen betrokken kan worden niet apart worden opgevraagd.
 - Een indicator is geen minimumnorm, maar een 'meetlat' waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen. De indicator zegt daarmee nog niet wat goede zorg is. Daarvoor zijn norm- of vergelijkingsgegevens nodig. Deze laatste zijn er (nog) niet. In plaats daarvan wordt een toetsingskader gebruikt met een 'relatieve norm' die verwant is aan 'best practice'.
 - De indicatoren meten zoveel mogelijk op uitkomstniveau: het gaat om het resultaat, niet om de manier waarop een resultaat tot stand komt. Zijn er echter (nog) geen uitkomstindicatoren beschikbaar, dan worden structuur- of procesindicatoren ingezet.
 - Voor extern gebruik is het van belang dat de resultaten onderling vergelijkbaar zijn. Daarvoor moeten de resultaten met uniforme meetinstrumenten gemeten worden.
 - De kwaliteit van zorg geleverd door aanbieders wordt vanuit het perspectief van de hulpverlener en de cliënt gemeten. De perspectieven zijn complementair en bieden in samenhang een evenwichtig beeld van de geleverde zorgkwaliteit. Discrepantie tussen het oordeel van de cliënten en de zorgaanbieders is daarin een belangrijk signaal. Maar de beide perspectieven staan ook op zichzelf.
 - Technisch goede indicatorensets (perfect valide en betrouwbaar) hebben vaak als nadeel dat zij in de praktijk moeilijk zijn te vullen met gegevens.¹ Bij het vaststellen van de indicatoren wordt dan ook als uitgangspunt gehanteerd dat er sprake moet zijn van een goede mix tussen zeggingskracht enerzijds en efficiëntie en haalbaarheid anderzijds.
- Bij het ontwikkelen van de indicatoren worden de volgende kwaliteitscriteria gehanteerd:
 - Elke individuele indicator moet ten minste een van in artikel 1 en 2 genoemde doelen dienen (bruikbaarheid);
 - De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit);
 - De indicator is precies en consistent (betrouwbaar);
 - Indien haalbaar is de indicator gebaseerd op wetenschappelijk evidente kennis;
 - De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen);
 - De indicator is specifiek beschreven (teller en noemer);
 - Indien relevant is een strategie voor case-mix correctie beschreven;
 - De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten.
- Voor de cliëntervaringen zal in principe gebruik worden gemaakt van CQ-vragenlijsten, waarbij de kwaliteitscriteria van het CKZ gevolgd worden.
- Voor de etalage⁽⁺⁾ informatie wordt in beginsel uitgegaan van de methodiek die reeds gebruikt is door de Consumentenbond.

¹ Powell AE, Davies HT, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care*. 2003 Apr;12(2):122-8.

Bijlage 4

Uitgangspunten voor de infrastructuur

- De infrastructuur moet waarborgen dat:
 - de informatieset wordt beheerd zodat deze betrouwbaar en actueel is;
 - de informatieset wordt onderhouden zodat deze valide, relevant en vergelijkbaar is;
 - de meest actuele informatieset beschikbaar is op elk reëel wenselijk moment, bij voorkeur zonder tussenkomst van een beheerorganisatie;
 - de informatieset zo vaak ververs wordt als de partijen, afhankelijk van de mogelijkheden en ontwikkelingen in de sector, de wensen van de gebruikende partijen, overeenkomen².
 - de informatieset publiekelijk beschikbaar komt en voor alle partijen toegankelijk is, zonder enige exclusiviteit voor welke belanghebbende dan ook;
 - de kosten van het stellen van een standaardvraag geen drempel opwerpen;
 - de kosten van het stellen van een complexere vraag in overeenstemming zijn met de inspanning die voor het bewerken van de data verricht moet worden.

² De Kwaliteitswet en Wet Toelating Zorginstellingen schrijven voor dat zorginstellingen jaarlijks voor 1 juni verantwoording afleggen.