

Praktijkvariatie in verrichtingen, zijn de data wel betrouwbaar?

Dr. G.W. van Deelen, KNO arts

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Bestuurlid Nederlandse Vereniging Voor KNO heekunde en Heekunde van het Hoofd-Halsgebied

De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is een van de grootste maatschappelijke uitdagingen voor politici, zorgverzekeraars en professionals in de gezondheidszorg. Een goede balans tussen de kwaliteit van de zorg en de gemaakte kosten is daarbij van cruciaal belang. Alle betrokken partijen hebben deze problematiek hoog op de agenda geplaatst; de politiek middels verkiezingsprogramma's de zorgverzekeraars middels diverse, niet altijd volledig transparante, acties en de wetenschappelijke verenigingen en de Orde middels o.a. richtlijnontwikkeling en initiëren van de kwaliteitskoepel. Sinds begin 2011 onderzoeken Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vektis, met ondersteuning van KPMG Plexus, of het mogelijk is, met gebruik van Vektis data, de kwaliteit en kwaliteit/kosten verhouding van geleverde zorg inzichtelijk te maken. Hierdoor wil men meer inzicht verkrijgen in de verhouding tussen kwaliteit en kosten en wordt gezocht naar relevante verschillen tussen aanbieders of regio's in Nederland. Op deze wijze wordt informatie toegankelijk gemaakt die zorgverzekeraars kunnen gebruiken bij hun inkoop.

Praktijkvariatie in verrichtingen

Een juiste indicatiestelling voor een bepaalde verrichting is essentieel voor een goede balans tussen kwaliteit en kosten. Enige mate van praktijkvariatie rond de indicatiestelling is onvermijdelijk ten gevolge van bijvoorbeeld verschillen in patiëntenpopulatie. Wanneer na correctie voor patiëntenkenmerken nog steeds significante variatie optreedt, is er mogelijk sprake van over en/of onderbehandeling. Zowel over- als onderbehandeling heeft een directe koppeling met zorginhoudelijke kwaliteit van de geleverde zorg. Overbehandeling leidt tot onnodige risico's en kosten terwijl onderbehandeling leidt tot onvoldoende zorg.

Methodiek

Voor het berekenen van de praktijkvariatie rond de indicatiestelling is gebruik gemaakt van Vektis-data. Vektis beschikt over DBC- declaratiegegevens en kenmerken van verzekerden. Daarnaast wordt

het kenmerk “sociaal economische status” toegevoegd (verkregen via het Sociaal en Cultureel Planbureau: SCP).

De juiste patiëntenpopulatie wordt geselecteerd op basis van de gesloten DBC's met een bepaalde diagnose (b.v. 11 . 52 . 212/213/216 = operatieve behandeling adenoïd en tonsillen). Vervolgens worden deze data gecorrigeerd voor populatiekenmerken (o.a leeftijd, zorgzwaarte en sociaal economische status).

Praktijkvariatie ZAT (Ziekten adenoïd en tonsillen)

Volgens bovenstaande methodiek is in 2011 door ZN, Vektis en Plexus de praktijkvariatie over een 20-tal diagnoses berekend. Ook de praktijkvariatie bij ZAT (ziekten adenoïd en tonsillen in 2010) is op deze wijze geanalyseerd met de volgende “resultaten”.

- Het gemiddeld aantal ingrepen per 100.000 verzekerden bedraagt 1338
- Er bestaat een praktijkvariatie op instellingsniveau van 2,54 (gebaseerd op de 5^e en 95^e percentiel)

In het Plexusrapport over praktijkvariatie bij ZAT wordt aan de hand van de DBC 52 (diagnose adenoïd en tonsillen) een berekening gemaakt over de praktijkvariatie in het aantal verrichtte ingrepen bij kinderen tot 16 jaar. Binnen deze DBC gaat het om 2 ingrepen; de adenotomie / verwijderen van de neusamandel (A) en de adenotonsillectomie / verwijderen van neus- en keelamandelen (ATE). Er wordt in deze analyse dus een vertaling gemaakt van DBC naar verrichting. Reeds in een eerder stadium werd bij de betrokken partijen door de KNO vereniging aangegeven dat deze methodiek onjuist is; met name de adenotomie wordt niet alleen onder DBC 52 maar ook onder DBC 13 (otitis media) geregistreerd. Deze verschillen in registratie worden grotendeels veroorzaakt door locale gewoonten en zijn niet ingegeven door financiële motieven. In beide gevallen wordt de door de KNO-vereniging voorgestelde registratie instructie gevolgd.

Een betrouwbare berekening van de praktijkvariatie in het aantal ingrepen kan wel worden verkregen wanneer we de beschikking hebben over het aantal ingrepen i.p.v. afgesloten DBC's. Registratie van het aantal ingrepen is verkrijgbaar via DIS (DBC informatie systeem), echter wel anoniem en niet herleidbaar naar zorginstelling. Desondanks geeft analyse van deze anonieme DIS cijfers ons veel informatie over de onbetrouwbaarheid van de praktijkvariatie zoals berekend volgens bovenstaande methode.

Analyse van de DIS cijfers over ZAT geeft ons de volgende informatie:

In 2009 werden bij kinderen tot 16 jaar de volgende ingrepen verricht:

- Aantal ATE 27.127 registratie in DBC 52 (95%) DBC 13 (5%)
- Aantal A 28.977 registratie in DBC 52 (64%) DBC 13 (36%)

De adenotonsillectomie wordt, zoals mag worden verwacht, in 95% onder de DBC 52 geregistreerd. De adenotomie echter slechts in 64 % van de gevallen onder DBC 52. Nadere analyse van de data leert ons dat op instellingsniveau dit percentage varieert van 12% tot 98%.

De landelijke verhouding tussen beide ingrepen bedraagt: ATE 48% en A 52%. Bestudering van de DIS data laat zien dat op instellingsniveau het percentage ATE's varieert van 12 % tot 84% ATE.

Bovenstaande data illustreren dat binnen DBC 52 grote registratieverschillen bestaan die kunnen leiden tot een schijnbare grote praktijkvariatie.

Wanneer we een fictief ziekenhuis nemen waar 1% van het landelijk totaal aan A + ATE wordt verricht dan resulteert dit in 561 ingrepen. Aangezien 95% van de ATE in DBC 52 wordt geregistreerd wordt dit gemakshalve afgerond naar 100%. Theoretisch is met de locale verschillen in registratie en verhouding tussen ATE en A een "praktijkvariatie" met factor 4,4 mogelijk. (zie berekening hieronder)

Scenario 1

561 ingrepen: 84 % ATE (471) en 16% A (90)
van de 90 adenotomiën 98% (88) in DBC 52
Totaal in DBC 52: 471 + 88 = 559

Scenario 2

561 ingrepen: 12% ATE (67) en 88% A (494)
van de 494 adenotomiën 12% (59) in DBC 52
Totaal in DBC 52: 67 + 59 = 126

Discussie

Bij het berekenen van praktijkvariatie op basis van DBC registratie wordt een vertaling gemaakt van diagnose (DBC) naar verrichting. Bovenstaande analyse illustreert dat deze methodiek principieel onjuist is. De praktijkvariatie in verrichtingen kan alleen betrouwbaar worden vastgesteld op basis van verrichtingen aantallen (b.v. uit de DIS gegevens).

De onbetrouwbaarheid van de praktijkvariatie data uit het Plexus rapport geldt zeker voor de ZAT. In hoeverre deze onbetrouwbaarheid ook geldt voor andere ingrepen is op dit moment niet duidelijk. Zeker is wel dat de vertaling van DBC naar verrichting zeer onbetrouwbaar is, immers binnen een DBC zijn meerdere verrichtingen mogelijk en vice versa kunnen bepaalde verrichtingen onder verschillende DBC's worden geregistreerd. Het DBC systeem is ontworpen voor financiële doeleinden

en geeft slechts inzicht in zeer grove producttypering. Het moge duidelijk zijn dat dit systeem niet geschikt is voor de meeste kwaliteitsdoeleinden.

Een betrouwbare berekening van praktijkvariatie in ingrepen is alleen mogelijk wanneer gebruik kan worden gemaakt van de aantallen ingrepen, bijv. uit de DIS. Aangezien de DIS gegevens anoniem worden aangeleverd is deze analyse op dit moment niet uitvoerbaar.

In 2011 presenteerde ZN de uitkomsten van de analyses van Plexus KPMG. Op basis van het rapport worden door buitenstaanders conclusies getrokken die kunnen leiden tot onjuiste beleidsbeslissingen met schade voor vele betrokkenen. Door een van de grootste zorgverzekeraars werd bijvoorbeeld selectieve zorginkoop en toekennen van “Topzorg” predikaat gebaseerd op de conclusies uit het rapport. Mogelijk nog kwalijker wordt door de foute methodiek en conclusies het vertrouwen van de patiënt in de KNO-arts geschaad.

Het zou ZN met KPMG Plexus sieren hun fouten publiekelijk te erkennen en zich in te zetten om samen met de betrokkenen te zoeken naar een betrouwbare analyse van de beschikbare data.

Conclusies

1. De methodiek ter berekening van de praktijkvariatie bij ziekten van adenoïd en tonsillen, waarbij gebruik wordt gemaakt van DBC gegevens, is onjuist
2. De conclusies uit het Plexus KPMG rapport over praktijkvariatie bij ziekten van adenoïd en tonsillen zijn onjuist.
3. De conclusies dienen te worden ingetrokken. Er moet een erratum worden gestuurd naar alle betrokken partijen, inclusief de politiek.