

Verantwoordingsdocument

Praktijkvariatie De methodiek

CZ 27 februari 2013, versie 1.0

Inhoud

1. Achtergrond	3
1.1 <i>Wat is praktijkvariatie</i>	3
1.2 <i>Waarom doet CZ dit?.....</i>	3
2. Basis van de gegevens	5
2.1 <i>Bron van de gegevens.....</i>	5
2.2 <i>Methodiek praktijkvariatie</i>	5
2.3 <i>Interpretatie praktijkvariatie</i>	7
3. Berekeningen CZ	8
3.1 <i>Methodiek.....</i>	8
3.2 <i>Uitkomsten.....</i>	9
Bibliografie.....	10

1. Achtergrond

CZ wil bijdragen aan het betaalbaar blijven van de zorg ook naar de toekomst toe. Binnen dit thema heeft ook praktijkvariatie een plek en wil CZ hier mee aan de slag in de inkoop van medisch specialistische zorg.

In dit verantwoordingsdocument wordt in hoofdstuk 1 eerst uitgelegd wat bedoeld wordt met praktijkvariatie en waarom CZ het belangrijk vindt om praktijkvariatie te betrekken bij de zorginkoop. In hoofdstuk 2 wordt de berekening van praktijkvariatie door Vektis en KPMG-Plexus (1) toegelicht. Deze is door CZ als basis gebruikt voor aanvullende berekeningen. Dit staat vermeld in hoofdstuk 3.

1.1 Wat is praktijkvariatie

De verschillen in aantal interventies tussen artsen, ziekenhuizen en regio's bij dezelfde aandoeningen die niet verklaard kunnen worden door verschillen in de patiëntenpopulatie worden praktijkvariatie genoemd. Vaak gaat het dan om verschillen in aantal operaties per aantal inwoners, maar praktijkvariatie kan ook gaan om andere behandelverschillen of verschillen in diagnostiek. Praktijkvariatie is al sinds de jaren '80 onderwerp van onderzoek in de Verenigde Staten waar het project Dartmouth Atlas grootscheeps onderzoek doet naar variatie in aantal operaties tussen regio's en instellingen (2). Een belangrijke conclusie van deze onderzoeken is dat er grote verschillen bestaan en dat deze kunnen worden verklaard door verschil in opleiding van de arts, de voorkeuren van de arts, het aantal artsen en financiële motieven.

Enige mate van praktijkvariatie is begrijpelijk. De samenstelling van een patiëntenpopulatie is immers niet voor iedere instelling gelijk, patiëntenpreferenties kunnen verschillen, en er is niet altijd goed wetenschappelijk uitgezocht welke patiëntengroepen baat hebben bij de ingreep. Maar wanneer na het corrigeren voor relevante patiëntkenmerken nog steeds significante variatie optreedt, kan dit een indicatie voor over- en/of onderbehandeling zijn.

Verschillen in praktijkvariatie kunnen te maken hebben met inzichten in de juiste behandelwijze tussen de specialisten (wanneer kies je voor een bepaalde behandeling of operatie?); onvoldoende wetenschappelijk bewijs welke behandeling de voorkeur verdient; verwijsgedrag van de huisartsen (sneller verwijzen uit voorzorg of juist alleen verwijzen bij absolute noodzaak); druk van de patiënt dat afwachtend beleid geen behandeling is; expertise van de betreffende zorginstelling waardoor huisartsen graag naar dit centrum verwijzen, cultuur binnen een regio waardoor patiënten terughoudender zijn in het bezoeken van een arts bij milde klachten.

1.2 Waarom doet CZ dit?

Als voor de onderzochte aandoeningen blijkt dat bepaalde ziekenhuizen en ZBC's veel vaker opereren dan het landelijk gemiddelde dan kan dat erop wijzen dat er ondoelmatig wordt gehandeld. Dat wil zeggen dat er te snel wordt gekozen voor een operatie terwijl er ook andere behandelalternatieven zijn. Dit kan leiden tot:

- 1) onnodig hoge kosten,
- 2) teleurgestelde patiënten omdat een operatie ze wellicht niet heeft geholpen bij de (pijn)klachten,
- 3) onnodige risico's omdat iedere operatie nu eenmaal een risico met zich meebrengt,

4) postoperatieve klachten (bijvoorbeeld pijn na liesbreukoperaties, maagklachten na galblaasoperatie, last van de nieuwe heup of knie).

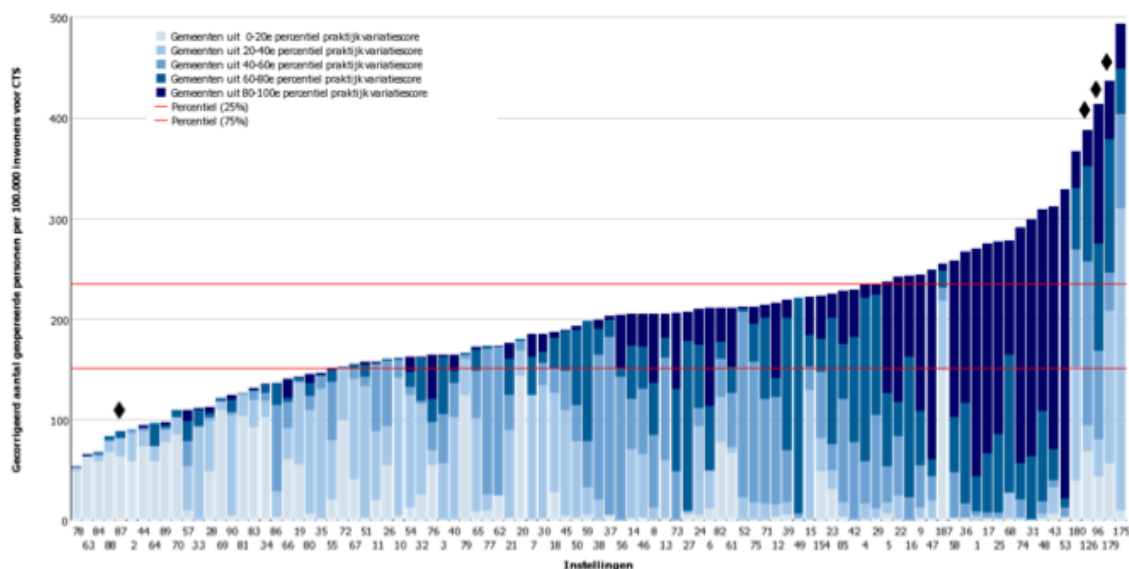
Daarom gaat CZ in gesprek met ziekenhuizen die vaker en sneller opereren dan andere ziekenhuizen en zal die ziekenhuizen om een onderbouwing vragen. Bij onverklaarbaar grote verschillen, koopt CZ minder behandelingen in en maakt CZ verbeterafspraken met het ziekenhuis. Daarnaast pleit CZ voor kijk- en luistergeld voor medisch specialisten. Een gesprek met de patiënt waarin een medisch specialist toelicht dat er ook alternatieven zijn voor een operatie kan een positief effect hebben op het terugdringen van praktijkvariatie. Voor dat gesprek moet dan wel een betere vergoeding mogelijk zijn. Nu is de tijdsbesteding die hiervoor geregistreerd kan worden vaak te kort.

2. Basis van de gegevens

2.1 Bron van de gegevens

De bron van de praktijkvariatie cijfers zijn de declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars uit 2010. Op dit moment zijn dit de meest recente gegevens die er zijn. Dit heeft te maken met de lange doorlooptijd van behandeltrajecten in ziekenhuizen en de bijbehorende vertraging in te onderzoeken declaraties.

De praktijkvariatie is landelijk in kaart gebracht door het informatiecentrum van de zorgverzekeraars Vektis en onderzoeksbureau KPMG Plexus. Zij hebben over 2010 een aantal aandoeningen onderzocht en die informatie is medio 2012 verspreid (2). Ziekenhuizen hebben inzicht in die gegevens en kunnen zien hoe het bij hen is gesteld in vergelijking met andere ziekenhuizen. De informatie wordt in grafieken zoals onderstaande teruggekoppeld aan de ziekenhuizen:



2.2 Methodiek praktijkvariatie

Praktijkvariatie wordt bepaald door het aantal operaties per 100.000 inwoners te berekenen rekening houdend met verschillen in patiëntkenmerken. De methodiek staat als volgt beschreven in het rapport van Vektis en KPMG/Plexus vanaf pagina 11 (2):

“De indicator „praktijkvariatie rond indicatiestelling” zegt iets over:

- 1. Het aantal operatieve interventies op gemeenteniveau per 100.000 verzekerden in de gemeente, gecorrigeerd voor relevante patiëntkenmerken.*
- 2. Het aantal operatieve interventies op instellingsniveau per 100.000 verzekerden in het verzorgingsgebied van de instelling voor de specifieke aandoeningen, gecorrigeerd voor relevante patiëntkenmerken.*

Voor de indicator indicatiestelling (praktijkvariatie) wordt het aantal personen geteld dat geopereerd is (dus maximaal één operatie per persoon), ten opzichte van het aantal verzekerden dat woont in het verzorgingsgebied van een ziekenhuis. In de berekening van praktijkvariatie voor aandoeningen die potentieel dubbelzijdig kunnen worden uitgevoerd (zoals bij heupvervanging) moet er rekening mee worden gehouden dat een interventie twee keer per patiënt kan worden uitgevoerd. Bij interventies bij een dergelijke aandoening tellen voor de indicator niet het aantal patiënten, maar het aantal operaties

(maximaal twee per persoon) ten opzichte van het aantal verzekerden in het verzorgingsgebied van de instelling.

De data die noodzakelijk zijn voor het bepalen van de indicator praktijkvariatie rond indicatiestelling zijn beschikbaar via Vektis. Vektis beschikt over DBC-declaratiegegevens en kenmerken van verzekerden van verzekeraars in eigen beheer. Alleen het kenmerk SES is afkomstig uit een andere bron, namelijk het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De koppeling van SES aan verzekerden wordt gedaan op 4-cijferig postcode-niveau.

Toelichting stappen:

- 1. De juiste patiëntpopulatie wordt geselecteerd op basis van de gesloten Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit zijn alle afgesloten DBC's met codering zoals in de bijlage vermeld en betreffen zowel initiële als vervolg DBC's. Voor verslagjaar 2010 zijn dit DBC's geopend in 2010 en gesloten in 2010 of in 2011 die gedeclareerd en verwerkt zijn bij verzekeraars tot aan het begin van het vierde kwartaal van 2011. In 2012 komen ook nog declaraties binnen, waarmee verslagjaar 2010 helemaal compleet wordt. Deze laatste declaraties (ong. 10%) zijn ten tijde van de analyses voor dit rapport nog niet beschikbaar.*
- 2. Voor het kenmerk sociaal economische status (SES) is een koppeling met SCP data gemaakt.*
- 3. De populatiekenmerken die op individueel niveau (verzekerdeniveau) een significante invloed hebben op de kans om een ingreep te ondergaan zijn door middel van een regressieanalyse bepaald. Hierin kan enige variatie per aandoening voorkomen.*
- 4. De verwachte praktijkvariatie op gemeenteniveau is op basis van de populatiekenmerken van verzekerden in de gemeente bepaald.*
- 5. De gecorrigeerde praktijkvariatie op gemeenteniveau is berekend.*
- 6. De verzorgingsgebieden per instelling zijn bepaald door toewijzing van individuele verzekerden aan instellingen.*
- 7. De verwachte praktijkvariatie op instellingsniveau is op basis van de populatiekenmerken van verzekerden in het verzorgingsgebied bepaald.*
- 8. De gecorrigeerde praktijkvariatie op instellingsniveau is berekend.*

In stap 6 is het verzorgingsgebied per instelling geïdentificeerd op basis van gedeclareerde initiële DBC's (al dan niet operatief). Afhankelijk van het aantal patiënten uit een postcodegebied dat voor een aandoening in de instelling wordt gezien, worden fracties van het postcodegebied toegewezen aan de instelling. Het verzorgingsgebied per instelling is per aandoening berekend. Op deze wijze wordt rekening gehouden met eventuele specialisaties van instellingen. Voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methodiek voor het toewijzen van het verzorgingsgebied, de correctie voor patiëntkenmerken en de overige stappen in het berekenen van de indicatorwaarden zie het achtergronddocument op www.vektis.nl.

Volume per instelling

Om de praktijkvariatie goed te kunnen interpreteren is het belangrijk om naar het (operatieve) volume per instelling te kijken. Indien een instelling een hoge of lage praktijkvariatiëscore heeft, maar een laag volume zal de relevantie van deze score beperkt zijn en weinig invloed hebben op de regionale praktijkvariatiëscore. Om deze reden is bij de indicator praktijkvariatie tevens het volume per instelling in een grafiek weergegeven. Het gaat hier om het aantal operatief behandelde patiënten per instelling. De praktijkvariatie berekening is alleen gebaseerd op instellingen die meer dan 20 patiënten per jaar operatief behandeld hebben voor de betreffende aandoening. In het rapport van vorig jaar is het volume apart bepaald van de praktijkvariatie indicatoren. Hierbij werd het aantal DBC's geteld. In deze update is ervoor gekozen om het volume af te leiden uit de teller van de praktijkvariatie indicatoren. Hierdoor zijn hier geen DBC's geteld, maar patiënten of in het geval van dubbelzijdige aandoeningen, maximaal 2 operaties per patiënt."

2.3 Interpretatie praktijkvariatie

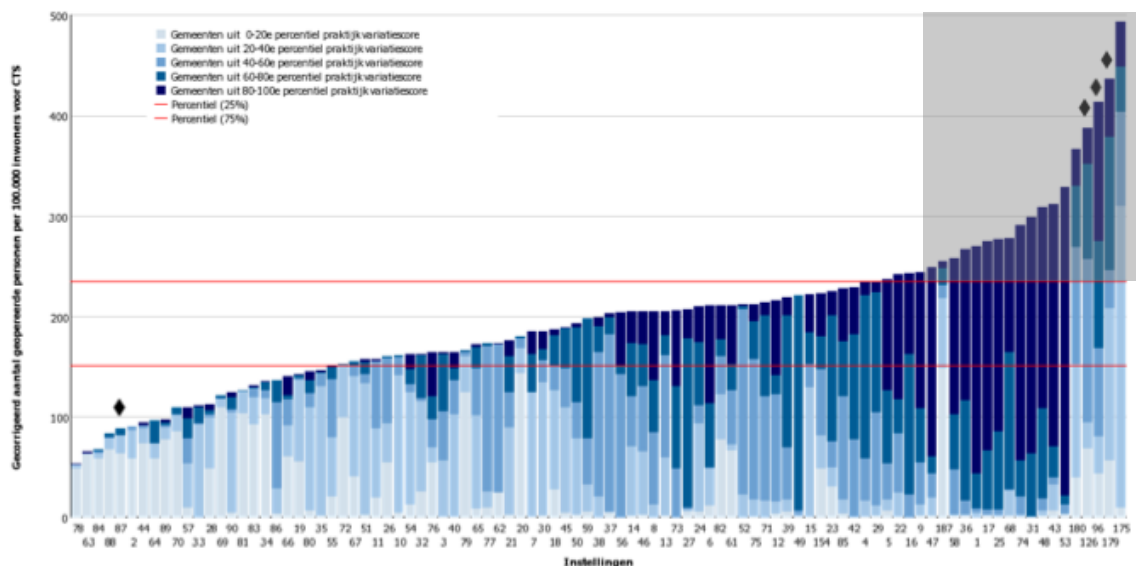
De cijfers uit het rapport over praktijkvariatie geven een goed beeld van wat er in 2010 aan interventies is gedaan en hoe dit verschilt tussen ziekenhuizen. Interpretatie van gegevens vereist de nodige zorgvuldigheid. De combinatie van praktijkvariatie in een instelling en praktijkvariatie binnen de regio geeft waardevolle aangrijpingspunten voor instellingen en zorgverzekeraars om mogelijke verklaringen voor de vastgestelde bevindingen te formuleren.

3. Berekeningen CZ

3.1 Methodiek

Uit de praktijkvariatie cijfers (2) bleek dat er een zodanig grote variatie is, dat CZ heeft berekend om hoeveel operaties het gaat bij ziekenhuizen die hoog scoren ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dit is gedaan door per aandoening de ziekenhuizen in kaart te brengen die in de bovenste 25% scoren qua aantal operaties per 100.000 inwoners. Vervolgens is er berekend hoeveel operaties zij minder zouden moeten doen om op de 75% lijn te komen. Hierdoor worden de grote verschillen aan de bovenkant afgeroomd. Er is gekozen voor het 75^{ste} percentiel omdat dit een meer gebruikte grens is om ongewenste variatie aan te merken. Dit kan op individueel niveau arbitrair uitpakken; echter CZ zal altijd in gesprek met ziekenhuizen gaan over de reden van de hoge score op praktijkvariatie. De grens van maximaal 75% vindt CZ verdedigbaar, omdat het voor de betreffende 12 aandoeningen (zie tabel op pagina 9) breed gedragen wordt dat niet alle patiënten baat hebben bij operaties en er alternatieven zijn.

Visueel kan dit als volgt worden gepresenteerd.



3.2 Uitkomsten

Het aantal operaties dat in het bovenste kwartiel zit is per aandoening dan als volgt:

Aandoening	Totaal aantal interventies (landelijk)	Aantal interventies teveel (om grens te houden op 75 percentiel) (landelijk)	Percentage van totaal aantal operaties
Liesbreuk	27.133	326	1%
Galblaasoperatie	23.183	346	1%
Heupvervangng	25.119	587	2%
Carpaal Tunnel Syndroom (aandoening van de zenuw in de pols)	29.356	1.078	4%
Amandeloperatie	39.530	1.469	4%
Staar	152.161	5.786	4%
Knievervangng	21.665	884	4%
Etalagebenen	14.233	634	4%
Goedaardige prostaatafwijking	9.425	529	6%
Spataderen	107.200	7.451	7%
Middenoorontsteking	45.017	3.357	7%
Rughernia	9.805	1.993	20%
TOTAAL	503.827	24.440	5%

Bibliografie

1. **Vektis en KPMG/Plexus.** *Kwaliteit van de geleverde zorg rond electieve zorg in 2010, beperkte update van de analyse over 2009.* 2012.

2. Dartmouth Atlas. [Online] <http://www.dartmouthatlas.org/>.