

REKENMODEL VAN PLEXUS VOOR HERNIAOPERATIES ZIT VOL PERVERSE VARIATIES

Berekening praktijkvariatie deugt niet

Het rapport van Plexus over praktijkvariatie bij hernia-operaties rammelt aan alle kanten. De gehanteerde methodiek doet de werkelijkheid geen recht. Een ernstige zaak omdat het rapport alom dient als basis voor overheidsbeleid en forse bezuinigingen.

Het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar bepaalt wat een patiënt voor zijn zorgpremie 2015 krijgt. Allerlei proces-indicatoren zijn inmiddels uitgeprobeerd om de kwaliteit van de zorg te waarderen. De praktijkvariatie is relatief nieuw. In 2010 rapporteerde Plexus, een dochter van accountantsorganisatie KPMG, over een benchmark voor praktijkvariatie, de zogenaamde indicatorscore. Deze score bracht bij de Nederlandse ziekenhuizen grote verschillen in aantallen operaties bij twaalf aandoeningen aan het licht. De variatie is niet te verklaren door verschillen in de patiëntengroep. Op de voorpagina's van de kranten werd gesproken van 25.000 overbodige operaties. Volgens KPMG kon door maximaal terugdringen van deze praktijkvariatie naar een 'gepast referentieniveau' 7 procent (1,3 miljard euro) op de ziekenhuiszorg worden bespaard. Praktijkvariatie is hot. Sindsdien gebruiken de overheid, zorgverzekeraars en ook patiëntengroepen de benchmark van Plexus ook in discussies over kwaliteit, doelmatigheid en zelfs veiligheid. Wilna Wind, voorzitter van

patiëntenfederatie NPCF, wil voor alle operaties en behandelingen een dergelijke aanpak om onnodige risico's en verspilling tegen te gaan. Een veelgehoorde verklaring voor de grote verschillen is dat het zou gaan om overbodige operaties – een gevolg van de productfinanciering en het financiële belang van de dokters. In de media werden dit de 'perverse prikkels' genoemd. In het praktijkvariatierapport Rughernia (december 2013) maakt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor het eerst de cijfers van alle ziekenhuizen over rughernia-operaties volledig, met naam en toenaam, openbaar. Er zijn goede argumenten om de KPMG-benchmark praktijkvariatie niet als legitimatie voor een strenger toezicht, een striktere sturing – lees bezuiniging – of zelfs nieuw beleid te laten dienen. De berekening van de praktijkvariatie volgens KPMG kent drie stappen.

Stap 1: Variatie

Uit de grote hoeveelheid Vektis-gegevens, de landelijke database van de zorgverzekeraars, heeft KPMG de declaraties

geanalyseerd van 10.414 rugoperaties in 2011. Het vergelijken van het aantal operaties per ziekenhuis levert geen inzicht op. Het aanbod van patiënten en de grootte van de ziekenhuizen zijn daarvoor te verschillend. Daarom standaardiseert KPMG door het aantal operaties, de productie, te relateren aan het aantal verzekerden in het verzorgingsgebied.

Alle patiënten met een rugoperatie werden via hun postcode gekoppeld aan één van de ruim vierduizend viercijferige postcodegebieden. De overige verzekerden in een postcodegebied werden naar verhouding toegewezen. Werd de helft van de patiënten in een postcodegebied in ziekenhuis A geopereerd, dan werd ook de helft van de verzekerden aan dit ziekenhuis toegewezen.

Door alle aantallen verzekerden van ziekenhuis A in alle postcodegebieden bij elkaar op te tellen wordt de grootte van het verzorgingsgebied van dat ziekenhuis vastgesteld. Lege postcodegebieden, postcodegebieden zonder patiënten die een rugoperatie hadden ondergaan, werden aan het dichtstbijzijnde postcodegebied geplakt, zodat ook de bevolking van deze postcodegebieden aan een ziekenhuis kon worden gerelateerd. De samenstelling van de groepen verzekerden in de postcodegebieden werd voor de wisselende verhouding van baby's en bejaarden, mannen en vrouwen, arm en rijk gecorrigeerd.

Met het gemiddelde aantal rugoperaties



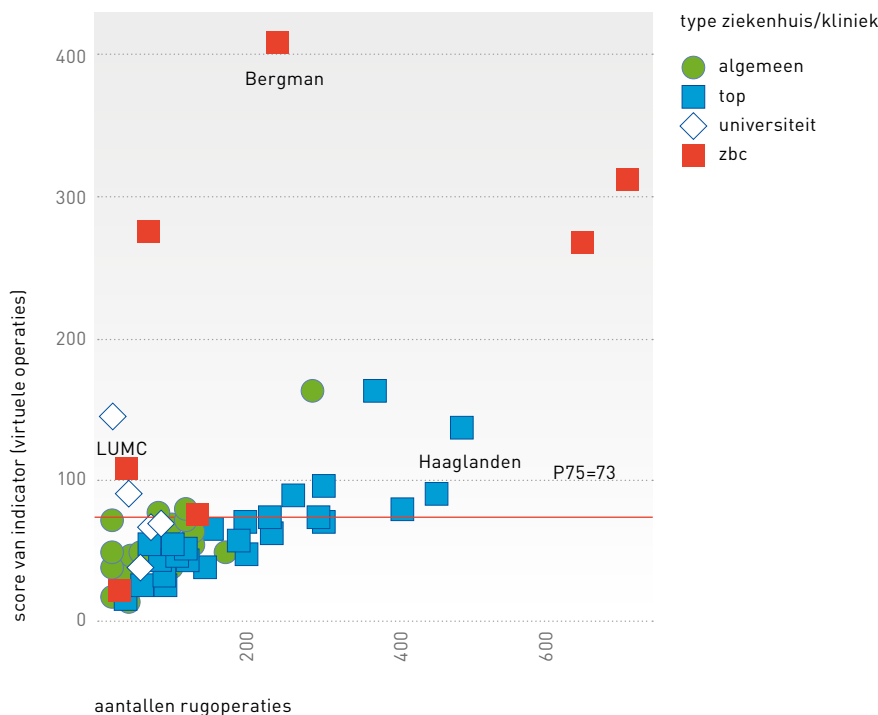
Wordt er minder
geopereerd dan
verwacht, dan
daalt de score

in Nederland als referentie, 63 rugoperaties per 100.000 verzekerden, berekende KPMG met de grootte van het verzorgingsgebied de verwachte gemiddelde productie per ziekenhuis.

Het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen met een verzorgingsgebied van 117.701 verzekerden heeft een verwachte productie van 75 rugoperaties, maar de werkelijke productie is 60 rugoperaties.

Bergman Clinics met een verzorgingsgebied van 59.000 verzekerden heeft een verwachte productie van 37,7 rugoperaties, maar doet in werkelijkheid 242 herniaoperaties.

De relatie tussen aantal rugoperaties en de indicatorscore per ziekenhuis. CZ-voorzitter Wim van der Meeren wil de ziekenhuizen boven de rode lijn van 75ste percentiel afromen.



Stap 2: Benchmark

Vervolgens wordt de zogenaamde indicatorscore berekend. Dit is de verhouding tussen productie en verwachte productie per ziekenhuis vermenigvuldigd met het landelijke gemiddelde. Is de daadwerkelijke productie ook de verwachte productie dan is de indicator 63; wordt er minder geopereerd dan verwacht, dan daalt de

score, wordt er meer geopereerd dan verwacht, dan stijgt de score. De indicatorscore van het Wilhelmina Ziekenhuis is 60 rugoperaties gedeeld door 75 rugoperaties vermenigvuldigd met 63 rugoperaties: 74,1 rugoperaties per 100.000 verzekerden. Bij Bergman Clinics met 242 rugoperaties is de indicatorscore 408 operaties.

In de rangorde van de ziekenhuizen – de benchmark – heeft Bergman Clinics de hoogste indicatorscore (408). Het Wilhelmina Ziekenhuis staat ongeveer halverwege de lijst.

Stap 3. Besparingsruimte

Nadat alle indicatorscores in een ranglijst zijn gezet, berekende KPMG ‘de variatie’ door een verhouding te berekenen tussen de indicatorscores van ziekenhuizen laag op de ranglijst en van ziekenhuizen hoog op de ranglijst. Om precies te zijn: de ver-

houding tussen het 5de percentiel en het 95ste percentiel, dat wil zeggen indicatorscores 21 en 269. Bij de rugoperaties betekent dat een spreiding met een factor 13; dat is veel groter dan bij andere onderzochte behandelingen waar de spreiding een factor 2 tot 3 bedroeg.

Na onderzoek van richtlijnen en publicaties en een vergelijking met het internationale zorggebruik, heeft KPMG het referentieniveau voor gepaste zorg bepaald op een productieniveau tot het 75ste percentiel. Bij de rugoperaties is dit een ziekenhuis met een indicatorscore van 73. Boven dit niveau werd de productie aangemerkt als potentiële besparingsruimte.

Afromen

Wim van der Meeren, voorzitter van de raad van bestuur van zorgverzekeraar CZ, gaat werk maken van de praktijkvariatie. ‘De lat ligt bij het 75ste percentiel; daarboven zijn de verschillen gewoon te groot.’ CZ gaat in gesprek met deze ziekenhuizen. Daadwerkelijk afromen op dit niveau bespaart volgens de inzichten van CZ 1933 rugoperaties, 20 procent van het totaal. Natasja Wijnbeek, woordvoerder ziekenhuizen van de Nederlandse Zorgautoriteit vindt dat de zorgverzekeraar het contract geheel moet beëindigen bij ziekenhuizen met een grote praktijkvariatie. In het VARA-tv-programma Kassa beaamde gezondheidseconoom Wim Groot de stelling dat je voor de meeste ervaring met rugoperaties naar Bergman Clinics moet gaan. Wim Groot verwacht het virtuele karakter van de indicatorscore 408 met het werkelijke aantal van 242 operaties. Bergman Clinics staat niet eens in de top 10 van de ziekenhuizen met de meeste rugoperaties. Als voor een deskundige professor praktijkvariatie al ingewikkeld is, dan zijn de onderliggende rekenprocedures voor bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders mogelijk ook lastig kritisch te beoordelen.

Niet gemiddeld

Opvallend is dat het KPMG-‘model’ de ziekenhuisproducties vergelijkt met een

Als voor een deskundige professor praktijkvariatie al ingewikkeld is...

De totale potentiële besparing lijkt meer op een luchtbel

landelijk gemiddelde productie alsof alle patiënten en alle ziekenhuizen ook gemiddeld zijn. In werkelijkheid bestaan er te onderscheiden patiëntenstromen en verschillende typen ziekenhuizen. Een grote patiëntengroep kiest zelf voor een gespecialiseerd ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc). Veel patiënten worden door de ziekenhuizen onderling verwezen. Deze patiëntenstroom wordt meegeteld boven het lokale zorgverbruik. De misvatting wordt versterkt door het verwarrende begrip verzorgingsgebied volgens KPMG dat in een andere context voor lokale zorgvraag staat.

Willem Geerlings, voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Centrum Haaglanden met een hoge indicatorscore van 137, ging in 2013 in gesprek met CZ. Eigen onderzoek van patiëntengegevens van Medisch Centrum Haaglanden toonde geen onnodige operaties. Geerlings' verklaring voor de extra patiëntenstroom is de derdelijnszorg, de supra-regionale functie van zijn ziekenhuis.

Verstoring

Een kritische beoordeling wijst uit dat men onvoldoende heeft onderkend dat verwijzingen – het betreft uiteindelijk 2764 rugoperaties, 27 procent van het totaal – de bepaling van de verzorgingsgebieden verstoren. Het verzorgingsgebied van het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein is afgeleid van 12 operaties en telt 413.750 verzekerden. Het verzorgingsgebied van de top 4 zbc's die samen 1659 rugoperaties hebben verricht, heeft 555.685 verzekerden. Dit is

een 'variatie' met een factor 100! Om het probleem van uitschieters door kleine aantallen operaties, de teller in de berekening van de indicatorscore, te omzeilen heeft KPMG elf ziekenhuizen uitgesloten van de benchmark, de rangorde. Maar uitschieters door te kleine verzorgingsgebieden (onderdeel van de noemer) blijven wel gehandhaafd – dit betreft tien ziekenhuizen, waaronder het Leids Universitair Medisch Centrum met 15.560 verzekerden, 22 herniaoperaties en een indicatorscore van 143. De 'variatie' met een factor 13 die KPMG berekende, is daardoor als norm ongefundeerd.

Kwaliteitsverlies

Als CZ-topman Wim van der Meeren perse de praktijkvariatie wil verminderen, dan zal hij vooral de zbc's moeten dwingen 70 tot 80 procent van hun aantallen rugoperaties in te leveren. De ziekenhuizen met boven de 75ste percentiel indicatorscore hebben samen 2180 verwezen patiënten geopereerd. Terugverwijzing van grotendeels verwezen patiënten naar de lokale ziekenhuizen betekent mogelijk kwaliteitsverlies en dat voor een slechts virtuele besparing omdat deze afname in 'variatie' niet door minder operaties ontstaat. De totale potentiële besparing van 1,3 miljard euro lijkt meer op een luchtbel. In de praktijk wordt praktijkvariatie dan snel minder hot. ■

contact

hverheul@flevoziekenhuis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het rapport over praktijkvariatie, andere documenten met achtergrondinformatie en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

GEEN WERK?

Binnenkort is er weer een landelijke onderwijsdag. Alle aiossen moeten ernaartoe. Of eigenlijk, bijna alle aiossen, want uiteraard moet een deel achterblijven om de tent te runnen. Voor het wekelijkse onderwijs geldt eigenlijk hetzelfde 'verplicht met een korreltje zout'-principe. Ja, je moet er zijn, maar het is nou ook weer niet de bedoeling dat je er een drukke SEH voor verlaat. Patiëntenzorg gaat uiteraard voor.

Zelf geniet ik de luxe van een academisch centrum, met een overschot aan assistenten, en een prima verhouding onderwijs/productie. Mijn collega, werkzaam in een perifeer ziekenhuis, is daarentegen nooit voor 9 uur 's avonds thuis. Hij runde deze week niet alleen zijn eigen afdeling, maar ook de afdeling van de dienstdoende. Daarnaast deed hij er vandaag de consulten van zijn parttime werkende collega bij. Van het onderwijs heeft hij, zoals u begrijpt, weinig meegekregen. Onderbezetting is eerder regel dan uitzondering. En dan vinden we het gek dat 10 procent van de aiossen uitvalt en het dubbele aantal kampt met burn-outverschijnselen.

Laatst zat ik in de trein naast een werkloze basisarts. Hij zou maar al te graag bijspringen. Maar op de gemiddelde anios-vacature solliciteren al snel vijftig basisartsen. Hij is in de veronderstelling dat er geen werk is. Werk is er wel, er zijn alleen geen vacatures. Dat weet ook de werkloze jonge klare, de collega die je moet 'feliciteren' met zijn registratie, maar die geen uitzicht heeft op een baan. Maak hem maar eens wijs dat hij nergens nodig is.

Basisartsen en jonge klaren, ze zouden ervoor kunnen zorgen dat mijn collega-aios wel naar het onderwijs kan. Laten we niet meer zeggen dat er geen werk is. Er zijn geen vacatures. Dat is wat anders.

Eva Vogel

aios interne geneeskunde.