

Handreiking Gebruik zorgvraagzwaarte-indicator GGZ Voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars



September 2015

Utrecht

Handreiking zorgvraagzwaarte-indicator GGZ; Voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars

1. Inleiding

Zorgvraagzwaarte is van invloed op de behandelinzet en de daarmee gepaard gaande kosten. De uitkomsten van een goed werkende zorgvraagzwaarte-indicator (hierna: zvz-indicator) kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, naast de DBC- en andere gegevens, gebruiken bij het contracteren van zorg en bij de materiële controle van geleverde zorg door verzekeraars. Ook blijkt de zvz-indicator van toegevoegde waarde voor het verrekenen van de risico's met zorgkosten tussen verzekeraars onderling (risico-verevening).

In 2013 heeft de werkgroep zorgvraagzwaarte een zvz-indicator opgeleverd, die is gebouwd op gegevens die voor handen zijn op basis van de DBC-registratie¹. Het afgelopen jaar (2014-2015) hebben GGZ Nederland, NVvP, LVVP, NIP en ZN in een gezamenlijk traject deze zvz-indicator beter onderbouwd². Er is een methode ontwikkeld om de zeggingskracht van zvz-indicator op groepsniveau te berekenen. Deze methode sluit beter aan op de doelstellingen van de indicator, gebruik bij zorgcontractering, materiële controle en risicoverevening.

Evengoed kent de zvz-indicator op groepsniveau nog belangrijke beperkingen. Er is het afgelopen jaar een beoordelingskader ontwikkeld en toegepast om vast te stellen hoe robuust de zvz-indicator op groepsniveau is. Aan de hand van een vijftal criteria (inhoudsvaliditeit, statistische betrouwbaarheid, representativiteit, populatievergelijkbaarheid en registratievergelijkbaarheid) is vastgesteld dat zvz-indicator 2.0 overall 'oranje' scoort. Een belangrijk criterium betreft de inhoudsvaliditeit of zeggingskracht van de indicator. Uit analyse van landelijke (gepseudonimiseerde) data komt naar voren dat deze op groepsniveau aanzienlijk groter is dan eerder gedacht, maar nog onvoldoende is om alleen op basis hiervan conclusies te trekken, noch door GGZ –instellingen, noch door zorgverzekeraars.

Aanlevering van de zvz-indicator is door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verplicht gesteld per 1 januari 2014 voor alle zorgaanbieders in de GGZ; vanaf 2016 vindt aanlevering gepseudonimiseerd plaats via de declaratie. De resultaten van het tot nu toe uitgevoerde ontwikkeltraject zorgvuldig wegende hebben partijen besloten dat de zvz-indicator vanaf 1 januari 2016 voor GGZ-instellingen kan worden gebruikt in gesprekken over de zorgcontractering en bij materiële controle³. Met deze stap kunnen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars de waarde van de zvz-indicator gezamenlijk in de praktijk toetsen. Om een verantwoord gebruik te waarborgen is er een aantal spelregels afgesproken. ZN heeft voor haar leden een uniforme maatregel 'Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens GGZ-instellingen' opgesteld. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen een gebruikersraad instellen voor het borgen van zinvol en gepast gebruik van de zvz-indicator. De gebruikersraad zal het gebruik evalueren en voorstellen doen voor verdere doorontwikkeling van de zvz-indicator en afspraken rondom het gebruik daarvan.

¹ Zorgvraagzwaarte GGZ, Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte, maart 2013

² Eindrapportage doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ, d.d. september 2015

³ Voor risicoverevening geldt een afzonderlijk traject

De handreiking is niet van toepassing voor zelfstandige praktijken; de zvez-indicator is voor deze zorgaanbieders op dit moment nog onvoldoende toepasbaar.

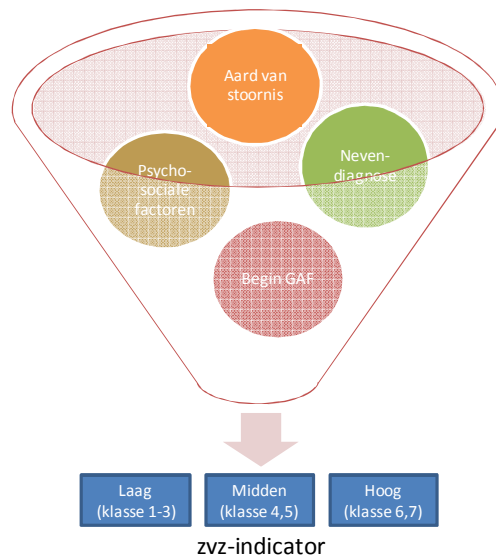
In deze handreiking worden de doelstelling, samenstelling en waarde van de zvez-indicator toegelicht. De gemaakte afspraken over het gebruik in de praktijk worden beschreven en aan de hand van een aantal voorbeelden wordt getoond op welke wijze de zvez-indicator wordt gepresenteerd.

2. Een betere verklaring van (verschillen in) de behandelinzet

De DBC's, de prestaties waarmee in de GGZ wordt gedeclareerd, beschrijven welke behandelinzet er (met een bandbreedte) per stoornis/diagnoseclassificatie wordt geleverd. Tussen patiënten en tussen instellingen kunnen er grote verschillen in behandelinzet bestaan.

Met het in beeld brengen van zorgvraagzwaarte-kenmerken, verbonden aan de zorgvraag van patiënten, kan meer inzicht worden verkregen in de geleverde behandelinzet (bijvoorbeeld in behandelingsduur, opnamedagen of kosten).

3. Samenstelling van de zvez-indicator



Figuur 1: Zvez-indicator GGZ

De zvez-indicator is samengesteld uit 4 elementen die in het kader van de DBC-registratie worden vastgelegd. Deze elementen zijn de aard van de stoornis, de aanwezigheid van nevendiagnosen, psychosociale factoren en de begin GAF-score. Aan deze elementen worden de volgende scores toegekend:

- Aard van stoornis: Licht=1, middel=2 of zwaar=3.
- Aanwezigheid nevendiagnosen: Geen= 0 of wel= 1.
- Aanwezigheid psychosociale factoren: Geen=0 of wel=1.
- Hoogte begin GAF-score: Licht= 0, middel=1 of zwaar=2.

De scores op de vier afzonderlijke elementen worden bij elkaar opgeteld. De score op de z vz-indicator kan dus variëren tussen 1 en 7.

Afgesproken is dat de z vz-score op geclusterd niveau wordt gepresenteerd: Een totaalscore (of z vz-klasse) van 1,2 of 3 krijgt het overall label 'Laag', een totaal score 4 en 5 krijgt het overall label 'Midden' en een totaalscore 6 en 7 krijgt het overall label 'Hoog' (zie figuur 1).

4. De zeggingskracht én de beperkingen van de z vz-indicator

De z vz-indicator is bedoeld voor zorgcontractering en materiële controle. Voor deze doelen is het passend om de inhoudsvaliditeit te bepalen op groepsniveau (en niet op individueel patiëntniveau). Op groepsniveau wil zeggen dat indicator uitsluitend voor groepen (hoofdgroepdiagnose, zorgvraagzwaarte-categorie en zorgaanbieder) wordt gehanteerd.

Daarnaast is het belangrijk dat de z vz-indicator voldoet aan het criterium van statistische betrouwbaarheid (geen toevalstreffer). Dit stelt eisen aan het aantal patiënten in een groep. Voor de groepen die voldoen aan het criterium van statistische betrouwbaarheid⁴, bedraagt de verklaarde variantie op groepsniveau 38% voor de behandelminuten. Dat is substantieel maar nog onvoldoende om alleen op basis hiervan conclusies te trekken, zowel door zorgaanbieders als door zorgverzekeraars. Daarom is er een aantal afspraken gemaakt rondom het gebruik van de z vz-indicator.

5. Afspraken in het kader van het gebruik van de z vz-indicator

Belangrijk is dat de waarde van de z vz-indicator in de praktijk wordt getoetst. Belangrijk is ook dat dit verantwoord gebeurt met in achtname van de beperking van dit instrument. GGZ Nederland, NVvP, LVVP, NIP en ZN stellen een gebruikersraad in, die de ervaringen in de praktijk verzamelt en aanbevelingen doet voor de doorontwikkeling van de z vz-indicator en gebruik in de praktijk.

Zorgverzekeraars Nederland heeft een Uniforme Maatregel opgesteld die zorgverzekeraars voor hun leden hanteren in het kader van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap⁵. Deze maatregel beschrijft een aantal spelregels over de gegevensaanlevering, de door Vektis beschikbaar te stellen gegevens en het gebruik. Hierna lichten wij deze kort toe:

a. *Versleuteling van gegevens; geen inzicht op het niveau van een individuele patiënt*

De zorgverzekeraars ontvangen vanaf 1 januari 2016 een versleutelde z vz-indicator bij de declaratie van de DBC. De zorgverzekeraars leveren deze versleutelde z vz-indicator door aan Vektis, die fungeert als TTP. Vektis kan de z vz-indicator voor het opstellen van rapportages ontsleutelen. Dit proces van versleutelde gegevensaanlevering borgt dat de score van de indicator van een individuele patiënt niet bij de zorgverzekeraar bekend is.

b. *Rapportages per zorgaanbieder als onderdeel van de praktijkvariatie-studies*

Vektis verzamelt declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars en stelt daarmee jaarlijks rapportages over praktijkvariatie op.

⁴ Hiermee wordt bedoeld dat per hoofdgroepdiagnose en zorgvraagzwaarte-categorie het minimum aantal vereiste dbc's is berekend. Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan het minimaal aantal dbc's dan is deze zorgaanbieder voor deze data niet meegenomen in het berekenen van de verklaarde variantie.

⁵ Zie www.zn.nl

Deze rapportages, die worden aangevuld met gegevens over de zvez-indicator, kunnen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars gebruiken om zich voor te bereiden op de zorginkoop/-verkoopgesprekken en de uitvoering van de materiële controle (zie voor enkele voorbeelden paragraaf 6).

ZN ziet er samen met de andere partijen in de GGZ er op toe dat Vektis zorg draagt voor een veilig beheer en de kwaliteit en integriteit van de gegevensverstrekking.

c. *Randvoorwaarden inzake het gebruik*

In de uniforme maatregel is vastgelegd dat de zvez-gegevens op het niveau van de GGZ-instelling en niet op het niveau van de individuele behandelaar worden gepresenteerd. Tevens is aangegeven dat de indicator niet voor andere doeleinden dan de voorbereiding van de inkoopgesprekken en de materiële controle kan worden gebruikt. De zvez-indicator kan bij de materiële controle door de zorgverzekeraar als indicatie voor het uitvoeren van nader onderzoek worden gebruikt. Declaraties kunnen echter niet op basis van uitsluitend de resultaten van de zvez-indicator worden afgewezen.

6. Zvez-indicator: enkele voorbeeldrapportages

In de praktijkvariatie-rapportages van Vektis wordt een aantal overzichten met betrekking tot de zorgvraagzwaarte opgenomen en aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders ter beschikking gesteld.

Overzicht 'geschikt voor bespreking'

Als eerste is de tabel 'geschikt voor bespreking' van belang. Deze tabel geeft aan welke combinaties van diagnosegroepen en zvez-clusters 'laag', 'midden' en 'hoog' voldoende DBC's bevatten en daarmee voldoende statistisch betrouwbaar zijn voor bespreking⁶.

Hierna presenteren we in tabel 1 twee fictieve zorgaanbieders. Voor de eerste zorgaanbieder met 10.000 patiënten geldt dat een groot aantal zvez-clusters voldoende dbc's kennen om het gesprek aan te gaan; deze hebben een groene kleur. De zorgaanbieder met circa 1.000 patiënten kent een veel kleiner aantal groene vlakken oftewel diagnosegroepen, die geschikt zijn voor bespreking (zie tabel 1).

⁶ De wijze waarop dit minimum benodigd aantal dbc's wordt berekend is terug te vinden in het advies van de werkgroep Doorontwikkeling zorgvraagzwaarte, deelrapport Analyse).

Aanbieder GGZ Fictief 1: 10.000 patiënten	zvz-cluster			Aanbieder GGZ Fictief 2: 1.000 patiënten	zvz-cluster		
	laag	midden	hoog		laag	midden	hoog
Angststoornissen	429	1.255	37	Angststoornissen	59	171	5
Depressieve stoornissen	548	1.795	266	Depressieve stoornissen	45	148	22
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	135	403	16	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	43	129	5
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	6	196	65	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	0	10	3
Aan alcohol gebonden stoornis	65	333	26	Aan alcohol gebonden stoornis	3	17	1
Overige aan een middel gebonden stoornis	47	363	54	Overige aan een middel gebonden stoornis	2	18	2
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	13	526	517	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1	26	26
Persoonlijkeitsstoornissen	30	903	246	Persoonlijkeitsstoornissen	1	18	5
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	125	387	32	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	6	19	2
Bipolair en overig	170	322	62	Bipolair en overig	54	103	20
Somatoforme stoornis	75	228	4	Somatoforme stoornis	4	11	
Restgroep	112	184	26	Restgroep	6	9	1

Tabel 1: Overzicht van twee fictieve zorgaanbieders met respectievelijk 10.000 en 1.000 patiënten.

Overzichten 'Zorgvraagwaarte'

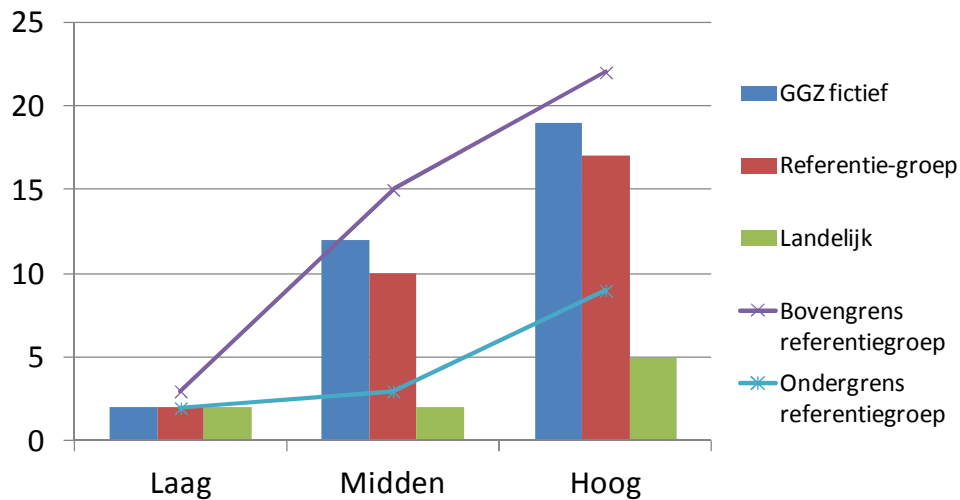
Vektis zal een aantal overzichten aanleveren met inhoudelijke informatie waarin zvz-indicator is toegevoegd (zie voor een voorbeeld tabel 2). Het gaat altijd om overzichten waarbij de instelling wordt vergeleken met landelijk gemiddelden. Ook worden figuren aangeleverd (zie bijvoorbeeld figuur 2) die de tabellen meer context geven.

Diagnose	laag		midden		hoog	
	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk
Angststoornissen	2%	2%	12%	3%	18%	5%
Depressieve stoornissen	0%	4%	4%	7%	8%	10%
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen		2%	3%	2%		2%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	1%	3%	1%	5%		5%
Aan alcohol gebonden stoornis	4%	20%	14%	28%	12%	33%
Overige aan een middel gebonden stoornis		12%	14%	18%	2%	26%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2%	4%	12%	14%	24%	28%
Persoonlijkeitsstoornissen	3%	4%	12%	8%	21%	12%
Bipolair en overig	1%	5%	12%	16%	14%	22%
Somatoforme stoornis		2%		6%		9%
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	4%	2%	12%	6%	18%	12%
Restgroep	1%	1%	12%	3%	18%	8%

Tabel 2: Voorbeeld van een zvz-rapportage van een fictieve instelling. Percentage patiënten met een dbc's met een klinische opname per zvz-cluster (lege cellen: onvoldoende dbc's)

Uit tabel 2 komt naar voren dat de instelling 'GGZ fictief' in vergelijking met andere GGZ-aanbieders veel mensen opneemt met angststoornissen. Er zijn bijvoorbeeld 980 DBC's met een zvz-indicator 'midden' en 200 DBC's 'hoog' geregistreerd. Bij respectievelijk 120 (12%) en 36 van deze DBC's (18%) is er sprake van een klinische opname, terwijl dit landelijk (alle zorgaanbieders die voldoen aan de eis van statistische betrouwbaarheid) voor respectievelijk 3% en 5% van de DBC's in deze klassen geldt.

Wanneer de cijfers worden vergeleken met vergelijkbare aanbieders (zie referentiegroep, figuur 2) is de afwijking minder groot, zeker wanneer in aanmerking wordt genomen dat 'GGZ fictief' landelijk bekend is om haar specialisatie op het gebied van angststoornissen (zie figuur 2).



Figuur 2 Percentage patiënten met een dbc angststoornis met een klinische opname per zvz-cluster

7. Tot slot

Deze handreiking is zo zorgvuldig mogelijk opgesteld. Uiteraard kan bij gebruik in de praktijk blijken dat verbeteringen in de handreiking wenselijk dan wel noodzakelijk zijn. De handreiking zal dan ook periodiek worden geëvalueerd op basis van praktijkervaringen.