



Regeling verplichte publicatie sterftcijfers instellingen voor medisch specialistische zorg

Vastgesteld op 24 juni 2014
Regeling NR/CU-251

Ingevolge artikel 38, vierde juncto zevende lid, en artikel 62, eerste lid, juncto artikel 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van informatievoorziening over aangeboden prestaties en diensten met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

Artikel 1. Reikwijdte

1. Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 1.2, onder 1, van het Uitvoeringsbesluit WTZi, die geneeskundige zorg, al dan niet in combinatie met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, of verblijf, als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), leveren.
2. Deze regeling is niet van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg, indien en voor zover deze (geriatische) revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zvw leveren.

Artikel 2. Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften, voorwaarden en/of beperkingen omtrent de publicatie van sterftcijfers door instellingen genoemd in artikel 1, een en ander met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de door die instellingen aangeboden prestaties en diensten.

Aldus wordt beoogd de sterftcijfers voor (klinisch) medisch specialistische zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken voor consumenten.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *zorgaanbieder*: rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c, Wmg, die tevens kwalificeert als (toegelaten) instelling voor medisch specialistische zorg, als bedoeld in artikel 1.
- b. *sterftcijfers*: HSMR en SMR
- c. *Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)*: de verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in een bepaald ziekenhuis en het te verwachten aantal sterfgevallen.
- d. *CCS-groepen*: een selectie van 50 verschillende diagnosegroepen volgens de Clinical Classification Software.
- e. *Standardized Mortality Ratio (SMR)*: De verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in een bepaald ziekenhuis en het te verwachten aantal sterfgevallen per CCS-groep. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de SMR's.
- f. *CBS*: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- g. *CBS-rapport*: rapport opgesteld door het CBS, waarin de (wijze van) berekening van de HSMR en SMR's van een zorgaanbieder is vastgelegd en dat door Dutch Hospital Data aan die zorgaanbieder wordt verstrekt. Het bevat ook de HSMR en SMR's (inclusief betrouwbaarheidsintervallen) van de betreffende zorgaanbieder.
- h. *Landelijke Medische Registratie (LMR)*: medische en administratieve gegevens van patiënten die klinisch of in dagverpleging opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis in Nederland.

Artikel 4. Verplichte publicatie

1. Zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks, uiterlijk op 1 maart van jaar t, de HSMR over jaar t-2 en de SMR's over het driejaarsgemiddelde van jaar t-2 t/m t-4 (beide inclusief 95%-betrouwbaarheidsinterval), die volgens het meest recente landelijke berekeningsmodel van het



CBS¹ zijn berekend, te publiceren op hun website.²

2. Een zorgaanbieder die voor wat betreft de HSMR en SMR's beschikt over een CBS-rapport, is verplicht om jaarlijks, uiterlijk op 1 maart, dit CBS-rapport per e-mail te zenden aan de NZa, via info@nza.nl.
3. Indien een zorgaanbieder niet beschikt over een CBS-rapport, als bedoeld in het vorige lid, is hij verplicht om jaarlijks, uiterlijk op 1 maart, een door hem zelf opgesteld rapport, waarin de HSMR en SMR's zijn verwerkt, per e-mail te zenden aan de NZa, via info@nza.nl.

Artikel 5. Wijze van berekenen

1. Indien een zorgaanbieder geen HSMR en SMR's laat berekenen door het CBS, dient hij zorg te dragen voor de berekening van HSMR en SMR's volgens het meest recente landelijke berekeningsmodel^{NaN} van het CBS.
2. Indien een zorgaanbieder, of een derde partij in opdracht van die zorgaanbieder, de HSMR en SMR berekent, is de zorgaanbieder verplicht de data gebruikt voor de berekening van de HSMR en SMR, bedoeld in het vorige lid, per e-mail te zenden aan de NZa, via info@nza.nl.
3. Van een correcte aanlevering van de data bedoeld in het vorige lid kan slechts sprake zijn, indien gebruik is gemaakt van het hiervoor geldend format, dat kan worden gedownload via de website van de NZa: www.nza.nl → Wet- en regelgeving → Formulieren (Ziekenhuiszorg) → 'Format berekening sterftcijfers'.
4. Bij de publicatie, bedoeld in het eerste lid, dient de zorgaanbieder expliciet te vermelden of de HSMR en SMR's zijn berekend door het CBS, door de zorgaanbieder zelf, dan wel door een derde partij in opdracht van de zorgaanbieder.

Artikel 6. Vrijstellingsbepaling

Zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, maar die minder dan 60 sterfgevallen bij klinische opnamen hebben in het jaar waarover sterftcijfers (t-2) moeten worden gepubliceerd, zijn vrijgesteld van de verplichtingen uit artikel 4 en 5.

Artikel 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding in de Staatscourant worden gepubliceerd.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling verplichte publicatie sterftcijfers instellingen voor medisch specialistische zorg'.

*De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,
M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.*

¹ Dit landelijke berekeningsmodel is te vinden op de website van het CBS. Via de link <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/methoden/dataverzameling/overige-dataverzameling/default.htm> is het meest recente berekeningsmodel te vinden.

² Indien het driejaarsgemiddelde van de SMR's over het jaar t-2 t/m t-4 niet beschikbaar zijn, dan is het toegestaan om de SMR's van jaar t-2 te publiceren.



TOELICHTING

Algemeen

Gecorrigeerde sterftcijfers (HSMR en SMR's) vormen een middel om de sterfte in een ziekenhuis te vergelijken met het landelijk gemiddelde. Op grond van artikel 38, vierde lid, Wmg zijn zorgaanbieders verplicht informatie openbaar te maken over prestaties en diensten zodat deze voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Op grond van het zevende lid van artikel 38 Wmg heeft de NZa de bevoegdheid dit te concretiseren in nadere regels. Nog niet alle ziekenhuizen hebben deze cijfers openbaar gemaakt. Daarom concretiseert de NZa deze verplichting in deze nadere regel.

Een belangrijke voorwaarde is dat de informatie een geschikt middel is om prestaties en diensten te kunnen vergelijken. In andere landen is publiceren van vergelijkbare gegevens al jaren het gangbare beleid en maatschappelijk geaccepteerd. Daarnaast heeft de NZa met betrokken partijen gesproken over de waarde van het gemiddelde sterftcijfer (HSMR) en de sterftcijfers per diagnosegroep (SMR) als indicator voor de kwaliteit van geleverde zorg.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geeft de HSMR en SMR's een belangrijke rol in het kwaliteitstoezicht op zorgaanbieders.

Zowel de Consumentenbond als de NPCF hebben aangegeven voorstanders te zijn van verplichte publicatie van de sterftcijfers, mits voorzien van de juiste toelichting.

De NZa beschouwt de HSMR en SMR's als een goede indicator van de kwaliteit van geleverde zorg. De verplichte publicatie van deze cijfers zorgt er voor dat de kwaliteit van zorg beter vergelijkbaar wordt.

Ontwikkeling methodiek

In samenwerking met internationale en nationale wetenschappers is er de afgelopen jaren veel werk verricht om de (H)SMR geschikt te maken voor breed gebruik in de Nederlandse ziekenhuizen. Het model van de (H)SMR is geïntroduceerd door het Dr Foster Intelligence instituut, en in het 'Move your Dot'-project getest in negen pilotziekenhuizen.

Vervolgens is het model doorontwikkeld door Prismant en de expertgroep van de NFU/NVZ. Sinds 2011 berekent het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), in opdracht van Dutch Hospital Data (DHD), de sterftcijfers voor die zorgaanbieders die deelnemen aan de LMR. Het CBS heeft, in samenwerking met veldpartijen, het model dat ten grondslag ligt aan de HSMR en SMR-berekening verder verbeterd.

Hoe wordt de HSMR bepaald?

De HSMR wordt bepaald als resultante van de ratio's van 50 diagnosegroepen (CCS-groepen) die de meeste sterfte in ziekenhuizen veroorzaken, ongeveer 80% van de totale ziekenhuissterfte in Nederland. De sterfte in deze diagnosegroepen wordt gestandaardiseerd aan de hand van variabelen die voor deze specifieke diagnosegroep een significante invloed hebben op de sterfte. Het gaat o.a. om de volgende variabelen:

- ontslagjaar;
- opnamemaand;
- leeftijd;
- geslacht;
- opname-urgentie;
- zwaarteklasse van de hoofddiagnose;
- specifieke nevendagnosen;
- verblijfplaats van de patiënt voorafgaand aan de opname;
- sociaal-economische categorie van de patiënt.

Als de HSMR significant hoger is dan 100, dan sterven er in het betreffende ziekenhuis meer patiënten dan op grond van de casemix mag worden verwacht en kan dat wijzen op slechte kwaliteit van zorg. Per diagnosegroep (CSS-groep) wordt de ratio ook opgesteld: de SMR.

De berekening van het CBS wordt ontleend aan de Landelijke Medische Registratie (LMR), en diens opvolger de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), die met ICD-9, dan wel ICD-10, codering werkt. Het is van belang dat alle ziekenhuizen zorgvuldig informatie aanleveren voor de berekening van de HSMR en SMR's.



Indien in de toekomst het aantal SMR groepen uitgebreid wordt en/of het CBS naast de sterfte in het ziekenhuis ook de sterfte kort na ontslag gaat meenemen in de berekening van de gestandaardiseerde sterftcijfers, dan zal de regeling zodanig aangepast worden dat deze ook gepubliceerd moeten worden.

Ontwikkelingen bij hoge (H)SMR

Indien een ziekenhuis een significant hoge (H)SMR heeft, kunnen twee ontwikkelingen zich voordoen:

1. Het betreffende ziekenhuis gaat actief onderzoeken hoe zij de kwaliteit van de geleverde zorg kunnen verbeteren (wenselijk effect);
2. Het betreffende ziekenhuis signaleert dat er niet goed geregistreerd is en past de registratie aan zonder daadwerkelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren (deels wenselijk/deels onwenselijk effect).

Een veel gehoord punt van kritiek is dat door onderregistratie van nevendiaagnosen de (H)SMR van bepaalde ziekenhuizen te hoog uit valt. Indien de registratie bij sommige ziekenhuizen nog niet optimaal is, worden zij gestimuleerd tot het op orde brengen van de registratie. Hierdoor wordt nauwkeuriger dossieronderzoek mogelijk. Vervolgens kunnen zorgaanbieders op basis van dossieronderzoek kwalitatief minder goede zorg op het spoor komen en maatregelen nemen om de kwaliteit te verbeteren.

Een mogelijk ongewenst effect is een overregistratie van nevendiaagnosen, of het 'aandikken' van hoofddiagnose of nevendiaagnosen, zodat de (H)SMR van een instelling omlaag gaat. Indien de NZa het vermoeden heeft dat dit gebeurt, kunnen wij de bronregistratie toetsen op juistheid.

De verwachting is dat uiteindelijk beide ontwikkelingen zichtbaar worden en de best presterende ziekenhuizen op het gebied van de (H)SMR duidelijk worden.

Tot slot

De HSMR is een indicator en geen doel op zich. De NZa gaat er vanuit dat ziekenhuizen deze ratio gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren en niet als hoogste doel hebben het (H)SMR-getal omlaag te krijgen, ook als dat ten koste van de patiëntenzorg gaat. Daarnaast verwacht de NZa dat zorgaanbieders een goede toelichting geven bij de eigen cijfers, over de ontwikkeling van de cijfers en de eventueel genomen stappen om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren.

De actuele (H)SMR kan op individueel niveau anders uitpakken dan gepubliceerd. Er kunnen zich gebeurtenissen of omstandigheden voordoen die de (H)SMR doen oplopen of verminderen. De gepubliceerde informatie is dan ook niet meer dan een zo realistisch mogelijke indicatie voor de patiënt.

Met publicatie van deze gegevens ontstaat een eenduidige transparantie zodat prestaties en diensten op de ziekenhuiswebsites betrouwbaarder, actueler en goed vergelijkbaar zijn. Deze transparantie is van belang voor de consument, zorginkopers en beleidsmakers. Voor onderlinge vergelijkbaarheid is het essentieel dat alle zorgaanbieders eenzelfde berekening van deze cijfers hanteren.

Artikelsgewijs

Artikel 1: Reikwijdte

In dit artikel wordt beschreven welke zorgaanbieders aan de verplichtingen in deze regeling moeten voldoen. In artikel 6 zijn instellingen met minder dan 60 waargenomen sterfgevallen bij klinische opnamen in het jaar waarover sterftcijfers moeten worden gepubliceerd vrijgesteld. In de praktijk zullen daarom met name (academische) ziekenhuizen aan de verplichtingen van deze regeling moeten voldoen.

Artikel 4: Verplichte publicatie

Iedere instelling is verplicht de meest recente HSMR en SMR's (inclusief 95%-betrouwbaarheidsinterval) op de website te publiceren op zodanige wijze dat dit voor iedereen toegankelijk is.

Tot 1 januari 2015 werd de (H)SMR berekend over de gegevens van het jaar voorafgaand aan publicatie. De HSMR en SMR's van bijvoorbeeld 2013 werden berekend over gegevens uit 2012. Vanaf 1 januari 2015 wordt van de instellingen verwacht dat zij het driejaarsgemiddelde (jaar t-4 t/m t-2) van de SMR's publiceren. Als om bepaalde redenen het driejaarsgemiddelde er niet is, dan is het



toegestaan om t-2 te publiceren. Ter illustratie: in 2014 worden de SMR's berekend over het gemiddelde van 2013, 2012 en 2011. Uiterlijk op 1 maart 2015 dienen in dat geval de HSMR en SMR's over het driejaarsgemiddelde gepubliceerd te worden.

Ter verificatie dient iedereen het CBS-rapport naar de NZa te sturen, zodat de NZa kan controleren of de gepubliceerde cijfers juist zijn. Indien een instelling geen CBS-rapport ter beschikking heeft, krijgt de instelling de mogelijkheid om de eigen HSMR en SMR's te berekenen zoals aangegeven in artikel 5. In dat geval dient de instelling een rapport op te stellen en aan te leveren aan de NZa.

Artikel 5: Wijze van berekening

Indien een zorgaanbieder deelneemt aan de LMR of LBZ en de geregistreerde gegevens voldoen aan de door het CBS gestelde minimale kwaliteitseisen, dan berekent het CBS de HSMR en SMR's volgens het landelijke berekeningsmodel van het CBS. Als een instelling niet deelneemt aan de LMR of geen toestemming heeft gegeven aan het CBS om de HSMR en SMR's te berekenen, dient de instelling zelf zorg te dragen voor een berekening van de HSMR en SMR's. Om de betrouwbaarheid van de cijfers te waarborgen dient gebruik gemaakt te worden van het landelijke berekeningsmodel van het CBS. Ter verificatie dient de onderliggende berekening (inclusief data) aangeleverd te worden aan de NZa volgens het format dat beschikbaar wordt gesteld op de website www.nza.nl.



BIJLAGE 1: OVERZICHT SMR'S

Nummer CCS-Groep	Naam CCS-diagnosegroep
2	Sepsis (behalve tijdens bevalling)
12	Slokdarmkanker
13	Maagkanker
14	Colonkanker
15	Kanker van rectum of anus
17	Alveesklierkanker
19	Longkanker/ bronchuskanker
24	Borstkanker
29	Prostaatkanker
32	Blaaskanker
38	Non-Hodgkin lymfoom
39	Leukemie
42	Metastasen
44	Niet nader gespec. Tumoren of tumoren van onzekere aard
50	Diabetes mellitus met complicatie
55	Aandoeningen van vocht- en elektrolythuishouding
59	Deficiënties en andere anemie
85	Coma, stupor en hersenbeschadiging
96	Hartklepaandoeningen
100	Acuut myocardinfarct
101	Coronaire atherosclerose en overige hartaandoeningen
103	Pulmonale hypertensie
106	Hartritmestoornis
107	Hartstilstand en ventrikelfibrilleren
108	Hartfalen, zonder hypertensie
109	Acute cerebrovasculaire aandoening
114	Perifere en viscerale atherosclerose
115	Aneurysmata van aorta en perifere en viscerale arteriën
116	Trombose van aorta en perifere en viscerale arteriën
117	Overige circulatoire aandoeningen
122	Pneumonie
127	Chronic obstructive pulmonary disease en bronchiectasie
129	Aspiratie pneumonie, door voedsel of braken
130	Pleuritis, pneumothorax, klaplong
133	Overige aandoeningen van de lage luchtwegen
145	Darmobstructie zonder hernia
146	Diverticulose en diverticulitis
149	Galwegaandoening
150	Leveraandoening, alcoholgerelateerd
151	Overige leveraandoeningen
153	Gastrointestinale bloeding
155	Overige gastrointestinale aandoeningen
157	Acuut en niet gespecificeerd nierfalen
158	Chronisch nierfalen
159	Urineweginfectie
226	Heupfractuur
233	Intracraniaal letsel
237	Complicatie van apparatuur, implantaat of transplantaat
238	Complicatie van chirurgische procedure of medische zorg
249	Shock