



Regeling verplichte publicatie sterftcijfers instellingen voor medisch specialistische zorg

Vastgesteld op 19 juni 2018
NR/REG-1828

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

- 1.1 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.
- 1.2 Deze regeling is niet van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg, indien en voor zover deze (geriatrische) 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:

- 3.1 *CBS* Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 3.2 *CCS-groepen* Groepen van diagnoses volgens de Clinical Classification Software, waarin ICD (International Classification of Diseases) diagnosecodes zijn ingedeeld in klinisch relevante groepen.
- 3.3 *DHD/CBS-rapport* Rapport opgesteld door CBS, in opdracht van Dutch Hospital Data (DHD), 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.
- 3.4 *Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)* De verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in een bepaald ziekenhuis en het te verwachten aantal sterfgevallen, berekend volgens het landelijke berekeningsmodel van CBS dat jaarlijks wordt geactualiseerd.¹
- 3.5 *Standardized Mortality Ratio (SMR)* De verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in een bepaald ziekenhuis en het te verwachten aantal sterfgevallen per CCS-groep of cluster van CCS-groepen. Het overzicht van de CCS-diagnosegroepen wordt vermeld in het landelijke (H)SMR berekeningsmodel van CBS, dat jaarlijks wordt geactualiseerd.¹
- 3.6 *Sterftcijfers* HSMR en SMR's.
- 3.7 *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.

Artikel 4. Verplichte publicatie

- 4.1 Zorgaanbieders publiceren jaarlijks, uiterlijk op 31 december van jaar t, de HSMR over jaar t-1 (met 95%-betrouwbaarheidsinterval) en de SMR's over het driejaarsgemiddelde van jaar t-1 t/m t-3 (met

¹ Dit landelijke berekeningsmodel is te vinden op de website van CBS. Via de link <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/overzicht/hsmr>.



98%-betrouwbaarheidsinterval), die volgens het meest recente landelijke berekeningsmodel van CBS zijn berekend.²

4.2 Zorgaanbieders sturen jaarlijks, uiterlijk op 31 december, het DHD/CBS-rapport voor wat betreft de HSMR en SMR's per e-mail aan de NZa, via info@nza.nl.

Artikel 5. Vrijstellingsbepaling

Zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, maar die minder dan 60 sterfgevallen bij klinische opnamen hebben in het jaar waarover sterftecijfers (t-1) moeten worden gepubliceerd, zijn vrijgesteld van de verplichtingen uit artikel 4.

Artikel 6. Intrekking oude regel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Verplichte publicatie sterftecijfers instellingen voor medisch specialistische zorg', met kenmerk NR/CU-267, ingetrokken.

Artikel 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt geplaatst.

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

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
Dr. M.J. Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur*

² Indien het driejaarsgemiddelde van de SMR over jaar t-1 t/m t-3 niet beschikbaar is, dan is toegestaan om de SMR's van jaar t-1 te publiceren.



TOELICHTING

Algemeen

Gestandaardiseerde sterftecijfers (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. In deze nadere regel wordt de verplichting van de publicatie van gestandaardiseerde sterftecijfers geconcretiseerd.

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 sterftecijfer (HSMR) en de sterftecijfers per diagnosegroep (SMR) als indicator voor de kwaliteit van geleverde zorg.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) 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 sterftecijfers, 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 een expertgroep van de NFU/NVZ. Sinds 2011 berekent het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), in opdracht van Dutch Hospital Data (DHD), de sterftecijfers voor die zorgaanbieders die deelnemen aan de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), en diens voorganger de Landelijke Medische Registratie (LMR). 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 de ratio van de waargenomen sterfte en de verwachte sterfte in een ziekenhuis. De verwachte sterfte geeft aan hoe hoog de sterfte is op landelijk niveau, bij een vergelijkbare patiëntenpopulatie (casemix) als in het betreffende ziekenhuis. De verwachte sterfte wordt per diagnosegroep (CCS-groep of cluster van CCS-groepen) berekend, waarbij gecorrigeerd (gestandaardiseerd) wordt voor kenmerken van de patiënten en de opnamen die relevant zijn voor de sterfte.

In de huidige berekeningsmethode wordt gestandaardiseerd voor:

- 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 of cluster van CCS-groepen) wordt de ratio ook opgesteld: de SMR.

De (H)SMR wordt berekend op basis van gegevens die in de LBZ (voorheen LMR) worden geregistreerd. De (H)SMR-berekening wordt zo nodig door CBS aangepast aan wijzigingen in de gegevensregistratie, zoals recent de overgang van ICD9- naar ICD10-codering en de introductie van het zorgtype 'langdurige observatie zonder overnachting'. Verder worden nu bijvoorbeeld alle diagnosegroepen in



de HSMR-berekening meegenomen in plaats van alleen de 50 groepen met de meeste sterfte. Ook in de komende jaren kunnen er als gevolg van wijzigingen in de gegevensregistratie of wetenschappelijke inzichten veranderingen in de methode van de (H)SMR-berekening plaatsvinden. Het landelijke (H)SMR-berekeningsmodel, inclusief een beschrijving van de gehanteerde methode en eventuele wijzigingen daarop, wordt jaarlijks geactualiseerd en gepubliceerd door CBS.

Het is van belang dat alle ziekenhuizen volledige en juist geregistreerde gegevens aanleveren voor de berekening van de HSMR en SMR's. CBS berekent alleen sterftecijfers als de LBZ-data van het betreffende ziekenhuis voldoet aan de door CBS gestelde minimumeisen ten aanzien van volledigheid en datakwaliteit. Deze eisen worden vermeld in het HSMR methoderapport dat CBS jaarlijks publiceert.

Ziekenhuizen worden vooraf geïnformeerd door DHD in geval van wijzigingen in de datakwaliteitseisen of berekeningsmethode van de HSMR als deze wijzigingen gevolgen hebben voor de soort gegevens die in de LBZ geregistreerd 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 bijvoorbeeld onderregistratie van nevendiaagnosen de (H)SMR van bepaalde ziekenhuizen te hoog uit kan vallen. 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 overregistratie van nevendiaagnosen, het 'aandikken' van hoofddiagnose of nevendiaagnosen, of op andere wijze de gegevensregistratie manipuleren zodat de (H)SMR van een instelling te laag uit valt. Indien de NZa het vermoeden heeft dat dit gebeurt, kunnen wij de bronregistratie toetsen op juistheid.

De verwachting is dat de gegevensregistratie door ziekenhuizen steeds zorgvuldiger wordt, waardoor de betekenis van de HSMR als indicator van kwaliteit van zorg zal toenemen.

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 de benodigde gegevens zorgvuldig en op dezelfde wijze registreren en dat de berekening van de sterftecijfers landelijk wordt uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie als CBS.

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 sterftecijfers 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 (inclusief 95%-betrouwbaarheidsinterval) en SMR's (inclusief 98%-betrouwbaarheidsinterval) op de website te publiceren op zodanige wijze dat dit voor iedereen toegankelijk is.

Instellingen moeten op 31 december van jaar t de HSMR van het jaar t-1 publiceren. Vanaf 2018 wordt van de instellingen verwacht dat zij het driejaarsgemiddelde (jaar t-3 t/m t-1) van de SMR's publiceren. Als om bepaalde redenen het driejaarsgemiddelde er niet is, dan is het toegestaan om SMR's over t-1 te publiceren. Ter illustratie: in 2018 worden de SMR's berekend over de periode 2015 t/m 2017, en de HSMR over 2017. Uiterlijk op 31 december 2018 dienen in dat geval de HSMR 2017 en de SMR's 2015-2017 gepubliceerd te worden.

Ter verificatie stuurt elke instelling het DHD/CBS-rapport naar de NZa, zodat de NZa kan controleren of de gepubliceerde cijfers juist zijn.