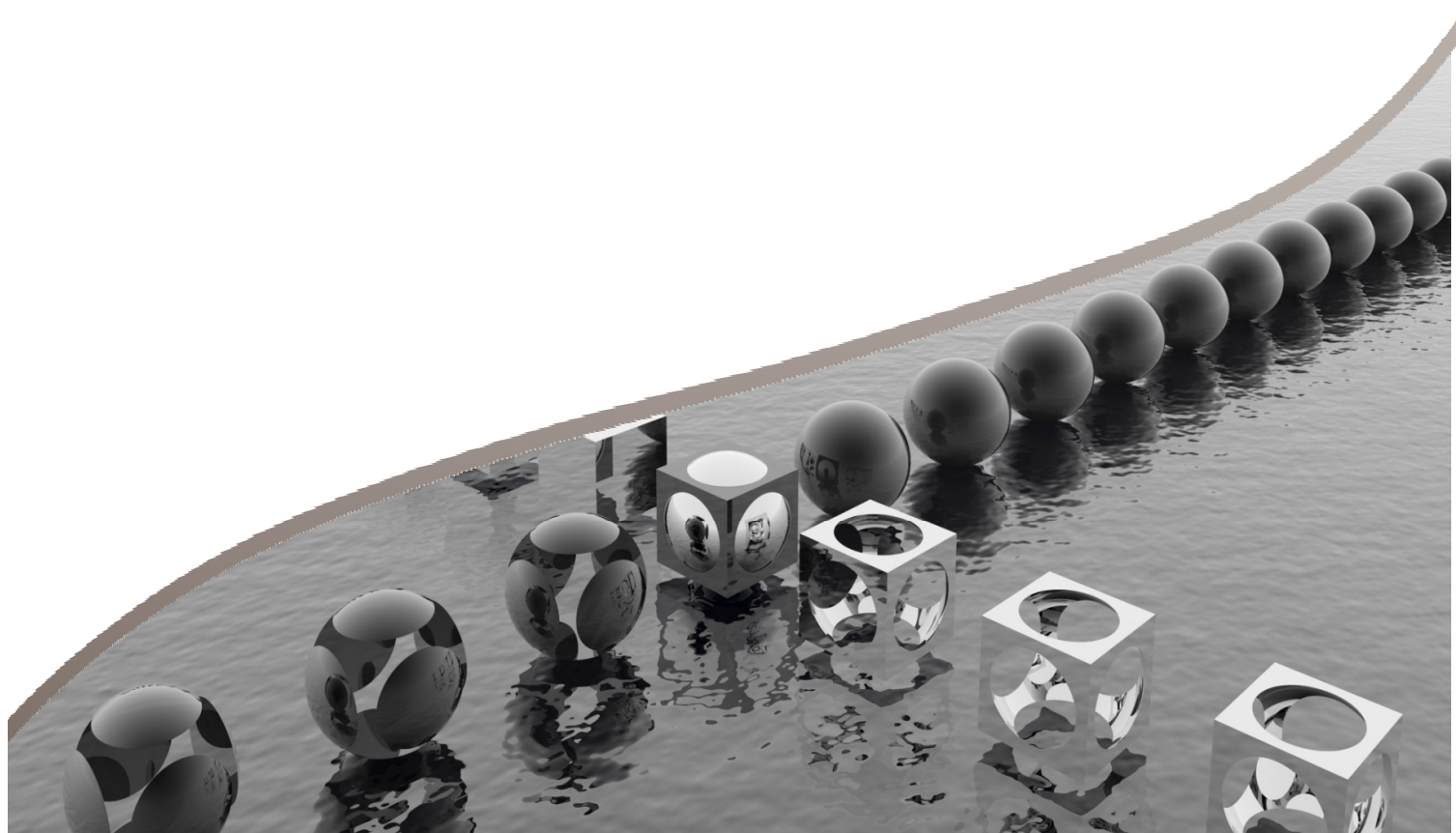


Zorgvraagzwaarte GGZ

Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte

Definitieve versie (1.0)



Auteurs:

Werkgroep zorgvraagzwaarte

Onder eindredactie van Marjon van der Schaaf – te Winkel (Capgemini Consulting)

Datum:

Maart 2013

Versiebeheer:

Versie	Datum	Toelichting op wijzigingen
Concept 1	15 maart 2013	Eerste concept ter bespreking in de bijeenkomst van de werkgroep z.v.z. d.d. 19 maart 2013
Definitief concept	22 maart 2013	Verwerking opmerkingen en aanvullingen van de werkgroep z.v.z. Toevoeging management-samenvatting.
Definitief 1.0	29 maart 2013	Redactionele wijzigingen. Eindversie ten behoeve van bespreking en besluitvorming in het Bestuurlijk Overleg op 11 april 2013.

Voorwoord

Voor u ligt het eindadvies van de werkgroep zorgvraagzwaarte. De werkgroep heeft in het afgelopen half jaar intensief onderzoek gedaan naar de wijze waarop zorgvraagzwaarte vormgegeven kan worden. Bestaande data zijn hiervoor het uitgangspunt geweest. Er is slechts sprake geweest van een theoretische exercitie waarbij retrospectief naar data is gekeken en kosten zijn gekoppeld aan kenmerken van de zorgvraag die als voorspellers kunnen worden gezien. De uitkomsten hiervan zeggen niet noodzakelijkerwijs iets over de gewenste situatie.

Het is evident dat deze eerste versie van een zorgvraagzwaartemodel (versie 1.0) niet het eindplaatje voor zorgvraagzwaarte is. Voor de doorontwikkeling is meer tijd, beter (evidence based) onderzoek en betrokkenheid van de medische professie noodzakelijk. Desalniettemin is de werkgroep ervan overtuigd dat, gegeven de omstandigheden, de nu voorliggende versie het maximaal haalbare is voor dit moment.

Het zorgvraagzwaartemodel 1.0 kent beperkingen door de opzet ervan. Deze beperkingen moeten in acht worden genomen bij het gebruik van het model 1.0. De werkgroep heeft daarom de vrijheid genomen om gebruiksregels op te stellen in relatie met doorontwikkelpunten. Daarnaast heeft zij advies uitgebracht over de wijze waarop de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte plaats kan vinden in een lerende omgeving.

Wij gaan er vanuit dat wij met de oplevering van dit eindadvies aan onze opdracht hebben voldaan. Als werkgroep kijken wij terug op een intensieve en boeiende periode. Bijzondere dank gaat uit naar prof.dr. A.T.F. Beekman voor zijn presentatie over stagering en profilering. Met dit eindperspectief voor ogen heeft de werkgroep het nu voorliggende eindadvies voor het zorgvraagzwaartemodel 1.0 opgesteld.

Namens de werkgroep zorgvraagzwaarte,

Roel Verheul
Voorzitter

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat de managementsamenvatting. In hoofdstuk 2 is de aanleiding en opzet van de werkgroep z vz geschetst. In hoofdstuk 3 is de opbouw van het z vz-model 1.0 toegelicht aan de hand van keuzes in variabelen en data die zijn gemaakt. De beperkingen van het model zijn vervat in gebruiksregels en doorontwikkelpunten die in hoofdstuk 4 zijn geformuleerd. De contouren van een lerende omgeving waarbinnen de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte plaats kan vinden zijn geschetst in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 bevat vanuit de verschillende perspectieven van zorgverzekeraars en zorgaanbieders de onderbouwing van de noodzaak van zorgvraagzwaarte in relatie tot privacyaspecten.

De bijlagen bevatten toelichtingen op en achtergrondinformatie over diverse onderwerpen.

In de aparte bijlage 'Verantwoording data-analyses in het kader van werkgroep Zorgvraagzwaarte 2012/2013 Versie: definitief 1.0' is de verantwoording opgenomen van DBC-Onderhoud over de uitgevoerde analyses en uitkomsten daarvan. Deze aparte bijlage maakt integraal onderdeel uit van het nu voorliggende eindadvies van de werkgroep z vz.

Inhoud

Leeswijzer.....	4
1 MANAGEMENTSAMENVATTING.....	8
1.1 De opdracht van de werkgroep zvez.....	8
1.2 Deelopdracht 1: Zinvolle, gepaste en noodzakelijke informatie.....	8
1.3 Deelopdracht 2. Voorstel voor toevoeging zorgvraagzwaarte-informatie in bestaande bekostiging- en declaratiestructuur	9
1.4 Deelopdracht 3. Advies doorontwikkelagenda DBC-productstructuur	10
2 INLEIDING.....	11
2.1 Achtergrond en aanleiding	11
2.2 Introductie van zorgvraagzwaarte	11
2.3 De opdracht voor de werkgroep zorgvraagzwaarte.....	12
2.4 De werkgroep zorgvraagzwaarte	12
2.4.1 Subwerkgroep techniek	13
2.4.2 Subwerkgroep privacy	14
2.4.3 Klinische blik.....	14
2.5 Werkwijze.....	14
3 VAN VARIABLEN TOT ZORGVRAAGZWAARTEMODEL 1.0.....	15
3.1 Definities	15
3.2 Variabelen en dataselectie	15
3.2.1 Geselecteerde hoofdgroepdiagnoses	15
3.2.2 Geselecteerde onafhankelijke variabelen	15
3.2.3 Geselecteerde afhankelijke variabelen	16
3.2.4 Samenstelling onderzoeksdataset.....	16
3.3 Verkennende analyses	17
3.4 Beïnvloedende variabelen als onderdeel van de maat voor zorgvraagzwaarte	17
3.4.1 Operationalisatie Aard van de stoornis	18
3.4.2 Operationalisatie Nevendiagnoses.....	19
3.4.3 Operationalisatie Psychosociale factoren	19
3.4.4 Operationalisatie GAF	19
3.5 Van variabelen naar een model voor zorgvraagzwaarte.....	19
3.5.1 Beschrijving combinatiemethode	19
3.5.2 Beschrijving regressiemodel.....	20
3.5.3 Statistische beoordeling combinatie en regressiemodel.....	20
3.5.4 Advies werkgroep techniek	21
3.5.5 Oordeel en advies deelnemers bijeenkomst klinische blik	21
3.6 Advies van de werkgroep zvez: zorgvraagzwaarte volgens het regressiemodel	22

4	GEBRUIKSREGELS EN DOORONTWIKKELPUNTEN ZVZ-MODEL 1.0	23
4.1	Gebruiksregels	23
4.1.1	<i>De zvez-indicator dient per hoofdgroepdiagnose beschouwd te worden.....</i>	23
4.1.2	<i>Het zvez-model 1.0 is niet geschikt voor bekostiging</i>	23
4.1.3	<i>De niveaus van de zvez-indicator en de indeling en weging van variabelen dienen periodiek geactualiseerd te worden</i>	23
4.1.4	<i>Het zvez-model kan niet één op één worden toegepast op zorg buiten de Zvw</i>	24
4.1.5	<i>Zorgvraagzwaarte is niet gelijk aan de ernst van de aandoening.....</i>	24
4.1.6	<i>De DSM IV is geen diagnostiek.....</i>	24
4.2	Doorontwikkelpunten	24
4.2.1	<i>Onderzoek of het voorspellend vermogen toeneemt wanneer ROM- en declaratiegegevens worden toegevoegd</i>	24
4.2.2	<i>Onderzoek de invloed van variabelen die wel zijn geselecteerd, maar nu nog geen onderdeel uitmaken van het zvez-model</i>	24
4.2.2.1	<i>Ernst van de stoornis naar symptomatologie</i>	25
4.2.2.2	<i>Complicerende factoren: Somatiek</i>	25
4.2.2.3	<i>Beloop van de stoornis</i>	25
4.2.3	<i>Onderzoek het effect van de driedeling van de Aard van de stoornis en de GAF</i>	25
4.2.4	<i>Optimaliseer de trichotomisering van Aard van de stoornis op basis van expertkennis.....</i>	25
4.2.5	<i>Onderzoek of de GAF-score vervangen kan worden door een ROM-instrument.....</i>	26
4.2.6	<i>Onderzoek de invloed van overige variabelen.....</i>	26
4.2.7	<i>Voer specifiek onderzoek uit naar de hulpvraag van de patiënt</i>	26
4.2.8	<i>Inventariseer relevante niet-ziektegerelateerde variabelen</i>	26
4.2.9	<i>Onderzoek welke afhankelijke variabelen relevant zijn.....</i>	27
4.3	Overige adviezen	27
5	LERENDE OMGEVING	28
5.1	Kennisinfrastructuur	28
5.1.1	<i>Aansluiting bij de ontwikkeling van richtlijnen.....</i>	28
5.1.2	<i>Creëren van een platform om met en van elkaar te leren</i>	28
5.2	Data-infrastructuur	29
5.2.1	<i>DBC-Onderhoud: doorontwikkeling DBC GGZ productstructuur</i>	29
5.2.2	<i>SBG: benchmark op effectiviteit.....</i>	30
5.3	Proces.....	30
6	ZORGVRAAGZWAARTE IN RELATIE TOT PRIVACYASPECTEN.....	31
6.1	Beschrijving zorgstelsel en verantwoordelijkheden van partijen	31
6.2	De noodzaak onderbouwd vanuit het perspectief van verzekeraars.....	32
6.2.1	<i>Zorgvraagzwaarte gegevens op de declaratie zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de wettelijke controletaken.....</i>	32
6.2.2	<i>Zorgvraagzwaarte gegevens op de individueel niveau zijn noodzakelijk voor zorginkoop</i>	35
6.2.3	<i>Overige doeleinden waarvoor Zorgvraagzwaarte op individueel niveau noodzakelijk is</i>	35
6.3	De noodzaak onderbouwd vanuit het perspectief van zorgaanbieders.....	35
6.4	Afweging subsidiariteit en proportionaliteit.....	36
6.4.1	<i>Eisen vanuit privacywetgeving en uitspraken over het vermelden van diagnose-informatie</i>	36

6.4.1.1	<i>De inmenging beantwoordt aan een dringende maatschappelijke behoefte</i>	36
6.4.1.2	<i>De inmenging moet evenredig zijn aan het nagestreefde doel (proportionaliteit)</i>	36
6.4.1.3	<i>Wanneer het probleem ook met andere middelen kan worden opgelost, moet het middel worden gekozen dat de privacy het minst schaadt (subsidiariteit)</i>	37
BIJLAGE A:	SAMENSTELLING WERKGROEP EN SUBWERKGROEPEN	39
BIJLAGE B:	UITGANGSPUNTEN LPGGZ	42
BIJLAGE C:	ZVZ-MODEL 1.0: 7 NIVEAUS	44
BIJLAGE D:	ADVIES TECHNISCHE WERKGROEP	45
BIJLAGE E:	ADVIES MEDISCHE HERKENBAARHEID	47
BIJLAGE F:	MATERIËLE CONTROLE	50
BIJLAGE G:	UITSpraak VAN HET CBB VAN 8 MAART 2012	51

1 Managementsamenvatting

In het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (BA) zijn afspraken gemaakt over het introduceren van zorgvraagzwaarte ten behoeve van het in- en verkoopproces. In opdracht van partijen uit het BA heeft de werkgroep zorgvraagzwaarte (werkgroep vzv) in de periode oktober 2012 – maart 2013 concreet invulling gegeven aan deze afspraken. Dit rapport bevat het verslag en het eindadvies van de werkgroep vzv, uitmondend in het vzv-model 1.0.

1.1 De opdracht van de werkgroep vzv

1. Stel vast welke informatie zinvol, gepast en nodig is voor het in- en verkoopproces. Werk dit uit met zorgvraagzwaarte-informatie die op basis van bestaande registraties (DIS, ROM, declaratiegegevens) wordt samengesteld.
2. Doe een voorstel hoe de zorgvraagzwaarte-informatie aangevuld kan worden in de bestaande bekostiging- en declaratiesystematiek ten behoeve van aanlevering op persoonsniveau in 2014.
3. Breng een advies uit over de doorontwikkelagenda voor de DBC-productstructuur.

De werkgroep vzv heeft zich bij de uitwerking van de opdracht laten ondersteunen door de subwerkgroep techniek alsook door experts die hebben deelgenomen aan de bijeenkomst klinische blik. DBC-Onderhoud heeft analyses uitgevoerd op de gegevens die beschikbaar zijn in het DBC Informatie Systeem (DIS). Koppeling van DIS-data met ROM-data (Stichting Benchmark GGZ (SBG)) en declaratiegegevens (Vektis) was binnen de looptijd van de werkgroep niet realiseerbaar en vindt op een later moment plaats.

De werkgroep heeft ernaar gestreefd een model voor zorgvraagzwaarte te ontwikkelen dat uniform toepasbaar is voor het gehele palet aan GGZ aandoeningen. In de ontwikkeling van het model en de onderliggende keuzes is getracht een eenvoudig model op te stellen met een zo optimaal mogelijke balans tussen medische herkenbaarheid en statistische onderbouwing, bij gelijkblijvende administratieve lasten.

De subwerkgroep privacy heeft de onderbouwing van de noodzaak van zorgvraagzwaarte in relatie tot privacyaspecten uitgewerkt. Dit onderdeel is relevant inzake het registreren, vastleggen en uitwisselen van persoonsgegevens (als onderdeel van de bekostiging- en declaratiesystematiek; deelopdracht 2).

1.2 Deelopdracht 1: Zinvolle, gepaste en noodzakelijke informatie

De werkgroep vzv heeft zes onafhankelijke, patiëntgebonden variabelen als uitgangspunt genomen voor analyses ten behoeve van zorgvraagzwaarte:

- a) Aard van stoornis binnen hoofddiagnosegroep
- b) Ernst van stoornis naar symptomatologie
- c) Ernst van de stoornis naar impact op functioneren
- d) Nevediagnose(s)
- e) Complicerende factoren die van invloed zijn op het functioneren of op de ziekte zelf.
- f) Verloop van stoornis

Om pragmatische redenen zijn als *afhankelijke variabelen* meegenomen het aantal behandelminuten (primair), het aantal ligdagen (secundair) en de productiewaarde (zorgkosten, tertiair).

Voor de korte termijn is gebruik gemaakt van gegevens uit het DIS. Dit heeft als gevolg dat nog geen onderzoek is gedaan naar Ernst van de stoornis naar symptomatologie en het Verloop van de stoornis.

Voor de variabelen Aard van de stoornis, Psychosociale factoren, Nevediagnoses en GAF is op basis van DIS-data een verband aangetoond met de behandelinzet. Deze vier variabelen zijn geoperationaliseerd ten behoeve van

het zvz-model 1.0. De werkgroep zvz is van mening dat een indicator die is opgebouwd uit deze variabelen zinvolle, gepaste en noodzakelijke informatie voor zorgvraagzwaarte bevat.

Alles overwegende adviseert de werkgroep zvz om zorgvraagzwaarte te introduceren volgens het regressiemodel, waarbij de combinatie van variabelen leidt tot 36 mogelijkheden die terug zijn te voeren naar een zvz-indicator met zeven niveaus: het zvz-model 1.0. Dit model is uniform toe te passen op alle hoofdgroepdiagnoses. De werkgroep zvz is van mening dat, gegeven de beperkingen van data en tijd, dit het maximaal haalbare is waarbij een zo optimaal mogelijke balans tussen medische herkenbaarheid en statistische onderbouwing is bereikt, bij gelijkblijvende administratieve lasten (zie hoofdstuk 3).

De werkgroep is ook van mening dat, vanwege de huidige opzet, het model 1.0 veel beperkingen kent. Methodologisch is het model verantwoord tot stand gekomen, maar het model heeft beperkte voorspellende waarde en moet beter wetenschappelijk onderbouwd worden. Doorontwikkeling van het model is dan ook noodzakelijk. De werkgroep zvz heeft hiervoor een lijst met doorontwikkelpunten opgesteld (zie paragraaf 1.4 en hoofdstuk 4).

Bescheidenheid in interpretatie en toepassing van het zvz-model is in dit stadium noodzakelijk. De zvz-indicator als uitkomstmaat voor zorgvraagzwaarte kan niet los worden gezien van de beperkingen. Daarom heeft de werkgroep de vrijheid genomen gebruiksregels te formuleren die onlosmakelijk zijn verbonden met het zvz-model 1.0 (hoofdstuk 4):

- De zvz-indicator dient per hoofdgroepdiagnose beschouwd te worden;
- Het zvz-model 1.0 is niet geschikt voor bekostiging;
- De niveaus van de zvz-indicator en de indeling en weging van variabelen dienen periodiek geactualiseerd te worden;
- Het model kan niet één op één worden toegepast op zorg buiten de Zvw;
- Zorgvraagzwaarte is niet gelijk aan de ernst van de aandoening;
- De DSM IV is geen diagnostiek.

Daarnaast adviseert de werkgroep zvz om een eenduidig registratieadvies op te stellen om aan het veld mee te geven voor de registratie van variabelen waarop het zvz-model is gebaseerd. Ten slotte is het advies om in de doorontwikkeling een vergelijking te maken met het Engelse model Payment by Results (PbR) van de *National Health Service*.

1.3 Deelopdracht 2. Voorstel voor toevoeging zorgvraagzwaarte-informatie in bestaande bekostiging- en declaratiestructuur

Bij zorgvraagzwaarte-informatie gaat het om persoonsgegevens. Voor het registreren, vastleggen en uitwisselen van zorgvraagzwaartegegevens dienen privacyaspecten in acht te worden genomen. De subwerkgroep privacy heeft de noodzaak van zorgvraagzwaarte vanuit verschillende perspectieven onderbouwd (hoofdstuk 6).

De werkgroep ontraadt om in dit stadium zvz-informatie toe te voegen aan de bekostigingsstructuur (de DBC GGZ-productstructuur). Het zvz-model moet eerst nog worden doorontwikkeld en er moet ervaring opgedaan worden in de lerende omgeving (zie paragraaf 1.4).

Er bestaat binnen de werkgroep geen consensus over de wijze waarop de zvz-informatie kan worden toegevoegd aan de declaratiesystematiek. Technisch gezien kan dit via de prestatiecode die wordt vermeld op de declaratie. Zorgverzekeraars zijn voorstander om hiervoor het zvz-model 1.0 te gebruiken. Zorgaanbieders zijn echter van mening dat het zvz-model verder doorontwikkeld dient te worden alvorens de informatie die hieruit voortvloeit (via de prestatiecode) kan worden uitgewisseld met verzekeraars.

1.4 Deelopdracht 3. Advies doorontwikkelagenda DBC-productstructuur

Alvorens de DBC GGZ-productstructuur kan worden verrijkt met zvz-informatie is doorontwikkeling van het zvz-model 1.0 noodzakelijk. De werkgroep heeft de volgende doorontwikkelpunten gesignaleerd (hoofdstuk 4):

1. Onderzoek of het voorspellend vermogen van het zvz-model 1.0 toeneemt wanneer ook ROM-gegevens (van SBG) en declaratiegegevens (Vektis) worden toegevoegd.
2. Onderzoek de invloed van variabelen die nu nog geen onderdeel uitmaken van het zvz-model, maar wel door de werkgroep zvz zijn geselecteerd:
 - a. Ernst van de stoornis naar symptomatologie (beginscore ROM)
 - b. Somatische aandoeningen (declaratiegegevens Vektis)
 - c. Beloop van de stoornis.

Ad c. Onderzoek een mogelijke systematische indeling voor het beloop van de stoornis. De stagering en profiling van psychische stoornissen zou een basis kunnen zijn voor een zvz-model 2.0. Stagering en profiling hebben nadrukkelijk als doel om het beloop en de reactie op behandeling te voorspellen.
3. Door een driedeling van de Aard van de stoornis en de GAF wegen deze variabelen zwaarder mee dan de dichotome variabelen Nevendiagnoses en Psychosociale factoren. Onderzoek naar het effect hiervan en of hiervoor gecorrigeerd moet worden is nodig.
4. Scherp de trichotomisering van Aard van de stoornis aan (eventueel ook de onderverdeling van de middelste score) op basis van expertkennis.
5. Onderzoek of de GAF-score vervangen kan worden door een maat van functioneren op basis van een ROM-instrument dat door de patiënt zelf wordt ingevuld. De vraag is of de WHO DAS een alternatieve maat kan zijn voor de GAF in het zvz-model 2.0 als de DSM-5 wordt geïntroduceerd.
6. Voer onderzoek uit naar de voorspellende waarde van de mogelijke variabelen: Eerste episode/recidief, Ontstaan (acuut/geleidelijk), Voorgeschiedenis, Duur van aandoening, Contextuele factoren, Veiligheid/impulsiviteit van patiënt/suïcidialiteit, aanwezigheid psychose.
7. Voer specifiek onderzoek uit naar de hulpvraag van de patiënt. Onderzoek hoe deze variabele opgenomen kan worden in het zvz-model.
8. De werkgroep heeft zich beperkt tot ziekte gerelateerde variabelen. Inventariseer of er ook relevante niet-ziekte gerelateerde variabelen zijn en wat hiervan de invloed is op de zorgvraagzwaarte.
9. De werkgroep heeft zich om pragmatische redenen beperkt tot een drietal afhankelijke variabelen (behandelminuten, ligdagen en productiewaarde). Onderzoek welke afhankelijke variabelen nog meer relevant zouden kunnen zijn.

De doorontwikkeling vindt plaats in een lerende omgeving. Hoofdstuk 5 bevat de visie van de werkgroep op de wijze waarop de lerende omgeving kan worden ingericht. Een onderscheid wordt gemaakt in de opzet van een kennisinfrastructuur en een data-infrastructuur. Het voorstel van de werkgroep zvz is om de werkgroep te continueren onder de vlag van het bestuurlijk akkoord. De werkgroep krijgt een belangrijke platformfunctie om ervaringen uit te wisselen, de regie te voeren op de lerende omgeving en de voortgang te monitoren. De werkgroep zvz rapporteert aan het bestuurlijk overleg.

Het voorstel is om de onderzoeksactiviteiten in de lerende omgeving in te gaan vullen bij de bestaande databeheersorganisaties (DBC-Onderhoud, SBG en Vektis). De werkgroep fungeert als opdrachtgever en ziet erop toe dat partijen uit het bestuurlijk akkoord worden betrokken.

2 Inleiding

2.1 Achtergrond en aanleiding

De collectieve kosten voor de GGZ lopen de afgelopen jaren snel op, sneller dan de gemiddelde kosten voor de gezondheidszorg. Deze ontwikkeling dreigt de toekomstbestendigheid van het zorgverzekeringswet stelsel te ondermijnen.

Om tot een betere beheersbaarheid van de kostenontwikkeling te komen heeft de overheid een bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (BA) gesloten met betrokken veldpartijen. Daarnaast zijn in het regeerakkoord maatregelen opgenomen over kostenbeheersing in de GGZ. De belangrijkste afspraken uit deze akkoorden en de maatregelen die door de overheid worden genomen zijn:

- I. Invoering gereguleerde marktwerking in de GGZ met als doel een betere kostenbeheersing door:
 - a. meer concurrentie tussen zorgaanbieders, en
 - b. meer risicodragendheid van verzekeraars
- II. Ontwikkelen van instrumentarium om deze marktwerking mogelijk te maken door het introduceren van zorgvraagzwaarte in de DBC-GGZ systematiek en het systematisch uitvoeren van routine outcome monitoring (ROM) in alle echelons van de GGZ met aanlevering aan SBG ten behoeve van benchmarking.
- III. Stringentere controle zorgverzekeraars op rechtmatigheid, kwaliteit en doelmatigheid van gedeclareerde zorg .
- IV. Herinrichting van de GGZ-zorgorganisatie door een versterking van de eerste lijn middels de inrichting van de Basis GGZ (huisartsenzorg met POH GGZ functionaliteit en Basis Generalistische GGZ) die een substantiële substitutie van zorg van de (duurdere) tweede lijn naar de (goedkopere) eerste lijn mogelijk moet maken.
- V. Nadere afbakening van de noodzakelijk te achten geneeskundige GGZ onder de Zvw .

Onderwerp van het nu voorliggende advies is de ontwikkeling van het instrumentarium voor zorgvraagzwaarte, zoals bedoeld onder punt II.

Onder zorgvraagzwaarte wordt verstaan de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten.

2.2 Introductie van zorgvraagzwaarte

Binnen de GGZ bestaat de overtuiging dat verschillen in zorgvraagzwaarte evident aanwezig zijn en dat die verschillen invloed zouden moeten hebben op de behandeling die daarop volgt. In de huidige DBC GGZ productstructuur is geen rechtstreekse relatie te leggen tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandelinzet. Dit heeft gevolgen voor de sturingsmogelijkheden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Omdat het de afgelopen jaren niet mogelijk is gebleken de zorgvraagzwaarte goed in beeld te brengen, maar alle partijen het belang hiervan onderschrijven, is in 2012 overeengekomen op korte termijn een extra inspanning hierop te doen. De verwachting was daarbij dat op korte termijn wel stappen in de goede richting zouden kunnen worden gezet, maar dat een lerende omgeving nodig is om in de komende jaren tot een goed onderbouwd model te komen voor bepaling van de zorgvraagzwaarte.

In het BA voor de GGZ (artikel vi) is de extra inspanning die partijen willen leveren geconcretiseerd en zijn afspraken gemaakt over het introduceren van zorgvraagzwaarte ten behoeve van het in- en verkoopproces:

“Partijen zijn van oordeel dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld dienen te worden. Uitgangspunt is daarbij een zinvol gebruik van informatie en gepast gebruik van data door zowel

zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Partijen maken werkafspraken om vast te stellen welke informatie op individueel niveau echt nodig is voor het in- en verkoopproces. Voor het jaar 2013 zal deze informatie gepseudonimiseerd worden aangeleverd. Het realiseren van een zinvolle en robuuste gegevensarchitectuur die voor alle stakeholders toegevoegde waarde heeft, vergt investeringen in onderzoek en ontwikkeling, waarbij over en weer van elkaars ervaringen geleerd wordt. Tegen die achtergrond stellen partijen een gezamenlijke doorontwikkelagenda op, die gericht is op het opnemen van zorg(vraag)zwaarte in de productstructuur. Deze agenda dient er in te voorzien dat deze informatie (zorgkosten en zorgvraagzwaarte) vanaf 2014 op persoonsniveau beschikbaar is, vergelijkbaar met de somatiek, voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Als randvoorwaarden bij deze afspraken gelden de vigerende privacyregelgeving, gelijkblijvende administratieve lasten en gelijke toegang tot informatie voor zorgaanbieders en verzekeraars.”

2.3 De opdracht voor de werkgroep zorgvraagzwaarte

De werkgroep zorgvraagzwaarte GGZ (hierna *de werkgroep* vzw) is opgericht met als doel om uitwerking te geven aan de afspraken uit het BA. De korte termijn doelstelling van de werkgroep vzw is het identificeren van zinvolle informatie op basis van bestaande data en het vaststellen van zorgvraagzwaarte informatie opdat die vanaf 1 januari 2014 op persoonsniveau beschikbaar komt en kan worden opgenomen in of toegevoegd aan de huidige productstructuur¹. Daarnaast wordt een lerende omgeving voor de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte-informatie en doorontwikkeling van de DBC GGZ productstructuur ingericht.

Concreet bestaat de opdracht van de werkgroep voor de korte termijn uit drie vragen:

1. Stel vast welke informatie zinvol, gepast en nodig is voor het in- en verkoopproces. Werk dit uit met zorgvraagzwaarte-informatie die op basis van bestaande registraties (DIS, ROM, declaratiegegevens) wordt samengesteld.
2. Doe een voorstel hoe de zorgvraagzwaarte-informatie aangevuld kan worden in de bestaande bekostiging- en declaratiesystematiek ten behoeve van aanlevering op persoonsniveau in 2014.
3. Breng een advies uit over de doorontwikkelagenda voor de DBC-productstructuur.

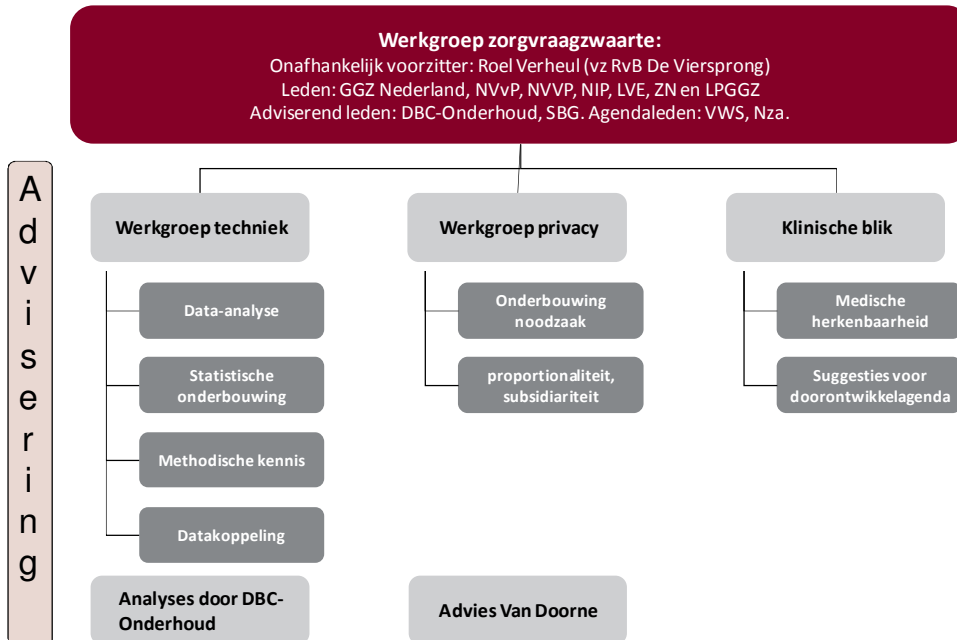
2.4 De werkgroep zorgvraagzwaarte

De werkgroep vzw staat onder voorzitterschap van een inhoudelijk expert (Roel Verheul, vz RvB De Viersprong) en bestaat uit GGZ Nederland, ZN, NVvP, NVVP, NIP, de LVE en de LPGGZ². SBG en DBC-Onderhoud hebben deelgenomen als adviserend lid en VWS en NZa als agendalid. De werkgroep is ondersteund door Capgemini Consulting. De exacte samenstelling van de werkgroep is opgenomen in bijlage A.

De werkgroep heeft zich daarnaast op een aantal onderdelen laten adviseren door subwerkgroepen, te weten de werkgroep techniek, de werkgroep privacy en de bijeenkomst klinische blik.

¹ De werkgroep vzw heeft dit deel van de opdracht breder opgevat en hieronder verstaan de bekostiging- en declaratiesystematiek.

² Vanwege capaciteitsproblemen heeft de LPGGZ als agendalid deelgenomen. Schriftelijk hebben zij de werkgroep een aantal uitgangspunten meegegeven vanuit patiëntperspectief. Die zijn opgenomen in bijlage B. Door de wijze waarop de werkgroep haar werkzaamheden heeft uitgevoerd zijn deze uitgangspunten gerespecteerd.



2.4.1 Subwerkgroep techniek

De werkgroep techniek heeft de werkgroep vzv geadviseerd over methodologie, statistiek, de technische aspecten van de zorgvraagzwaarte en datakoppeling.

De technische werkgroep bestaat uit DBC-Onderhoud, Vektis, SBG, GGZ Nederland en ZN. De exacte samenstelling van de subwerkgroep techniek is opgenomen in bijlage A.

De analyses die zijn uitgevoerd door DBC-Onderhoud zijn besproken in de technische werkgroep en die heeft hierover diverse malen advies uitgebracht aan de werkgroep vzv.

De werkgroep vzv heeft daarnaast DBC-Onderhoud, Vektis en SBG opdracht gegeven om een gezamenlijk plan van aanpak voor de datakoppeling (DIS-, declaratie- en ROM-gegevens) op te stellen³. De werkgroep techniek begeleidt de uitvoering van de datakoppeling. De uitvoering van dit plan van aanpak vindt grotendeels plaats na afronding van de eerste fase waarop de werkgroep vzv zich heeft gericht, 1 april 2013. In het directeurenoverleg van 7 maart jl. is afgesproken dat het directeurenoverleg na 1 april 2013 (tijdelijk) opdrachtgever is voor de uitvoering van het plan van aanpak datakoppeling.

³ Plan van aanpak koppeling bestanden SBG-DBCO-Vektis tbv zorgvraagzwaarte (versie 28 februari 2013)

2.4.2 Subwerkgroep privacy

Parallel aan de werkgroep vzv zijn GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland een juridisch traject gestart inzake de privacyaspecten van zorgvraagzwaarte. Van Doorne advocaten heeft hierover advies uitgebracht. Uit de analyse van Van Doorne is naar voren gekomen dat het begrip 'persoonsgegevens' breed moet worden opgevat. Tevens zal voor het doorstaan van de 'privacytoets' de *noodzaak* van het registreren, opslaan en uitwisselen van gegevens op persoonsniveau tussen zorgaanbieder en verzekeraar onderbouwd moeten worden.

Om tot deze onderbouwing te komen is onder de vlag van de werkgroep vzv een subwerkgroep privacy gestart. De branche- en beroepsverenigingen en VWS hebben aan deze subwerkgroep deelgenomen. LPGGZ is separaat geconsulteerd. De exacte samenstelling van de subwerkgroep privacy is opgenomen in bijlage A.

2.4.3 Klinische blik

De werkgroep vzv heeft veel waarde gehecht aan de medische herkenbaarheid van zorgvraagzwaarte. Dit aspect heeft zwaar gewogen in de keuzes die door de werkgroep vzv zijn gemaakt. In de laatste fase van het project is een bijeenkomst klinische blik georganiseerd. Beroepsverenigingen en brancheorganisaties zijn uitgenodigd om hiervoor een afvaardiging te sturen. Aan de inhoudelijke experts is gevraagd om te reflecteren op het voorkeurscenario voor het vzv-model en onderliggende keuzes op het punt van medische herkenbaarheid en hierover advies uit te brengen aan de werkgroep vzv. De deelnemerslijst van de bijeenkomst klinische blik is opgenomen in bijlage A.

2.5 Werkwijze

De werkgroep vzv heeft haar werkzaamheden uitgevoerd in de periode oktober 2012 tot 1 april 2013. In totaal is de werkgroep acht keer bijeengekomen.

Aan de hand van beschikbare relevante onderzoeksrapporten zijn variabelen geïdentificeerd die voorspellend zouden kunnen zijn voor zorgvraagzwaarte. DBC-Onderhoud heeft, rekening houdend met de geïdentificeerde variabelen, gedurende het traject diverse analyses uitgevoerd op bestaande data uit het DIS. De werkgroep vzv heeft voor de ontwikkeling van zorgvraagzwaarte in de GGZ als opdrachtgever van DBC-Onderhoud opgetreden. Per bijeenkomst van de werkgroep vzv zijn de analyseresultaten besproken en zijn aanvullende analysevragen geformuleerd.

De werkgroep heeft ernaar gestreefd een model voor zorgvraagzwaarte te ontwikkelen dat uniform toepasbaar is voor het gehele palet aan GGZ aandoeningen. In de ontwikkeling van het model en de onderliggende keuzes is getracht een eenvoudig model op te stellen met een zo optimaal mogelijke balans tussen medische herkenbaarheid en statistische onderbouwing, bij gelijkblijvende administratieve lasten.

3 Van variabelen tot zorgvraagzwaartemodel 1.0

3.1 Definities

De werkgroep vzv heeft in de uitvoering van haar opdracht de volgende definities gehanteerd:

Behandelinzet: Gerealiseerde behandeling in duur, setting en behandelminuten.

Zorgkosten (productiewaarde): kosten voor behandeling en verblijf.

Zorgtraject: Een zorgtraject beschrijft de geleverde zorg (activiteiten en verrichtingen) in de behandeling van één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële en eventueel één of meerdere vervolg-DBC's.

Zorgvraag: de behoefte van de patiënt aan hulp.

Zorgvraagzwaarte: Patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de behandelinzet en zorgkosten.

Zorgvraagzwaarte indicator: de uitkomstmaat van zorgvraagzwaarte, uitgedrukt in een getal 1-7.

Ernst van de aandoening: de aard en intensiteit van de klachten en symptomen van een aandoening, en de mate waarin die het functioneren belemmeren.

3.2 Variabelen en dataselectie

Om te komen tot informatie die zinvol, gepast en nodig is voor het in- en verkoopproces zijn verschillende keuzes gemaakt en analyses uitgevoerd. Voor een uitgebreide beschrijving van de uitgevoerde analyses en de gebruikte dataset wordt verwezen naar de separate bijlage van DBC-Onderhoud. Hieronder wordt volstaan met een samenvatting.

3.2.1 Geselecteerde hoofdgroepdiagnoses

De analyses die ten grondslag liggen aan het vzv-model 1.0 zijn uitgevoerd voor de volgende hoofdgroepdiagnoses:

- a. Depressieve stoornissen
- b. Persoonlijkheidsstoornissen (cluster A, B, C/NAO)
- c. Verslaving:
 - i. Aan Alcohol gebonden stoornissen en
 - ii. Overige aan middelen gebonden stoornissen
- d. Schizofrenie en overige psychotische stoornissen
- e. Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
- f. Aandachtstekort en gedragsstoornissen
- g. Somatoforme stoornissen
- h. Angststoornissen (analyses in een eerdere fase uitgevoerd)

3.2.2 Geselecteerde onafhankelijke variabelen

De werkgroep vzv heeft een aantal variabelen geselecteerd die op basis van literatuurstudie en eerder data-onderzoek door DBC-Onderhoud in potentie als voorspellend zijn beschouwd. De werkgroep heeft zich beperkt tot ziekte gerelateerde voorspellers. In een later stadium kan onderzocht worden wat de invloed is van niet-ziekte gerelateerde voorspellers (doorontwikkelagenda, zie hoofdstuk 4).

De volgende onafhankelijke en patiëntgebonden variabelen zijn als uitgangspunt genomen voor de analyses ten behoeve van zorgvraagzwaarte:

- a) **Aard van stoornis binnen hoofddiagnosegroep (DIS: hoofddiagnose DSM IV as 1 of 2),**
- b) Ernst van stoornis naar symptomatologie (SBG: beginscore ROM),
- c) **Ernst van de stoornis naar impact op functioneren (DIS: GAF/WHO-DAS en/of SBG: ROM)**
 - Kwaliteit van leven
 - Functionele beperking
- d) **Nevediagnose(s) (DIS: nevediagnose(s) DSM IV as I of II)**
- e) **Complicerende factoren die van invloed zijn op het functioneren of op de ziekte zelf.**
 - i. **Somatiek**
 - **Somatische comorbiditeit: (DIS: DSM IV as III)**
 - Somatische aandoeningen (declaratiegegevens Vektis)
 - Somatische medicatie (declaratiegegevens Vektis)
 - ii. **Psychosociaal/omgeving (DIS: DSM IV as IV)**
 - Sociale steun
- f) Verloop van stoornis
 - Psychiatrische medicatie
 - Behandelgeschiedenis (behandelgegevens, verloop in tijd)
 - Compliance

Alleen de vetgedrukte variabelen zijn uiteindelijk onderzocht. Dit heeft te maken met de beschikbaarheid van data (zie paragraaf 3.2.4).

3.2.3 Geselecteerde afhankelijke variabelen

Als afhankelijke variabelen zijn meegenomen het aantal behandelminuten (primair), het aantal ligdagen (secundair) en de productiewaarde (zorgkosten, tertiair). De keuze voor deze variabelen is een pragmatische geweest, gebaseerd op de beschikbare data in het DIS. Meer kenmerken van behandelinzet zouden voorspellend en kostenbepalend kunnen zijn. In de doorontwikkeling kan onderzoek worden gedaan naar andere variabelen.

3.2.4 Samenstelling onderzoeksdataset

Voor analyses in het kader van de werkgroep vzv is gebruik gemaakt van de database van DBC-Onderhoud waarin DIS-aanlevering van zorgaanbieders zijn opgenomen. Het is in de tijd niet mogelijk gebleken om binnen de looptijd van de werkgroep een koppeling van DIS met ROM- en declaratiegegevens te realiseren. Onderzoek naar de invloed van een aantal onafhankelijke variabelen heeft daarom nog niet kunnen plaatsvinden. Dit gebeurt in een later stadium.

In december 2012 bevatte deze DIS-dataset de aanleveringen tot 31 juli 2012. Uitgangspunt zijn volledige behandelingen van primaire diagnoses die tot uitdrukking komen in zorgtrajecten en die zijn beëindigd in overleg tussen patiënt en behandelaar. De dataset van 31 juli 2012 bevat 1.247.584 zorgtrajecten die zijn gestart in 2009 en 2010.

Om een zo zuiver mogelijke dataset te krijgen heeft DBC-Onderhoud deze dataset gevalideerd door middel van de eigen validatiemodule. Deze module valideert de DBC's op basis van de validatieregels zoals DBC-Onderhoud die in elk jaar uitbrengt. Na deze schoning en selectie op de jaren 2009 en 2010 bevatte de database 1.118.104 zorgtrajecten. Het totaal aantal zorgtrajecten met een diagnose op as 1 of as 2 is 954.860. Door uitsluiting van de codes: DCO-3 van as 1 en 2, Diagnoses van bijkomend/uitgestelde diagnose en een aantal zorgtrajecten, die een diagnose hebben die niet in een diagnosegroep te plaatsen valt zoals zwakzinnigheid en zorgtrajecten met een hoofdgroepcode waar een verdere uitsplitsing nodig is, zijn uiteindelijk 944.488 zorgtrajecten over gebleven.

Een verdere selectie is gemaakt van trajecten waarvan de laatste DBC in het zorgtraject is afgesloten met de sluitreden 'in onderling overleg tussen patiënt en behandelaar' (sluitreden 3).

Voor alle hoofdgroepdiagnoses zijn gegevens meegenomen van patiënten in de leeftijdscategorie 18-65 jaar, met uitzondering van de Aandachtstekort en gedragsstoornissen waarbij de selectie is gemaakt tot 18 jaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de gebruikte DIS-data.

Dataselectie	
Zorgtrajecten gestart in 2009 en 2010	Aantal
Aangeleverd aan DIS tot 31 juli 2012	1.247.584
Na validatie	1.118.104
Met diagnose op as 1 of 2	954.860
Na uitsluiten onbruikbare diagnose codes	944.488
Met sluitreden: 'beëindigd in onderling overleg patiënt/ behandelaar'	464.965
Gebruikt in 1 ^e analyse (7 hoofdgroepen met leeftijdsselectie)	132.977
Gebruikt in 2 ^e analyse (Depressie en Persoonlijkheid met leeftijdsselectie)	64.087
Gebruikt in 3 ^e analyse (Eerste statistisch toets ZVZ model)	248.738
Gebruikt in 4 ^e analyse (Tweede statistische toets ZVZ-model + driedeling GAF)	464.965

Tabel 1. Overzicht gebruikte DIS data.

3.3 Verkennende analyses

Gestart is met een analyse per hoofdgroepdiagnose waarin het effect van losse variabelen op behandelinzet in minuten, ligdagen en naar volledige behandelingen op basis van de geschatte productiewaarde in kaart is gebracht.

Omdat in de uitwerking van zorgvraagzwaarte voor de korte termijn alleen gebruik is gemaakt van de gegevens die beschikbaar zijn in DIS, zijn nog niet alle *onafhankelijke en patiëntgebonden* variabelen meegenomen in de analyse. In de opsomming in paragraaf 2.3.1 zijn de onderzochte variabelen vetgedrukt weergegeven.

In een later stadium (na 1 april 2013) wordt onderzocht of het voorspellend vermogen toeneemt wanneer ook ROM-gegevens (van SBG) en declaratiegegevens (Vektis) worden toegevoegd. Dan kunnen ook een aantal van de overige variabelen worden onderzocht.

In het separate verantwoordingsdocument van DBC-Onderhoud is een uitgebreide omschrijving opgenomen van de uitgevoerde analyses en de uitkomsten. In de volgende paragrafen wordt volstaan met de beschrijving van de variabelen die invloed hebben op de behandelinzet en de wijze waarop deze zijn geoperationaliseerd als onderdeel van het zvz-model 1.0.

3.4 Beïnvloedende variabelen als onderdeel van de maat voor zorgvraagzwaarte

Uit de analyses op basis van DIS-gegevens blijken de volgende vier variabelen een (hoofd)effect te hebben op de onafhankelijke variabelen zoals hierboven beschreven:

- Aard van de stoornis
- Functionele beperking (GAF)
- Nevendiagnose(s) (wel/geen)
- Psychosociale factoren (wel/geen)

Voor somatische factoren is dit effect niet aangetoond, deze variabele is daarom verder buiten beschouwing gelaten.

3.4.1 Operationalisatie Aard van de stoornis

Bij de operationalisatie van Aard van de stoornis zijn de beschrijvende analyses gecombineerd met een medisch inhoudelijk oordeel.

Uit analyses blijkt dat de Aard van de stoornis van invloed is op het aantal behandelminuten. Een indeling van Aard van de stoornis zou dus technisch gezien op basis van minuten gemaakt kunnen worden. De werkgroep heeft echter gekozen voor een medisch inhoudelijk indeling omdat een indeling op basis van behandelminuten arbitrair en niet medisch herkenbaar wordt gevonden.

Voor de medisch inhoudelijke indeling is uitgegaan van een driedeling. Het indelen van de aard van de stoornis in 2 categorieën is als te beperkt ervaren: soms is een aard van de stoornis evident licht of evident zwaar, maar dit is niet altijd het geval. Voorgesteld wordt om uit te gaan van een driedeling: licht, gemiddeld/variabel/onbepaald en zwaar.

Vijf klinische leden van de werkgroep hebben – onafhankelijk van elkaar - vanuit hun medisch inhoudelijke expertise een indeling gemaakt van diagnoses. Daarbij is geredeneerd vanuit de typische zorgvraagzwaarte van een specifieke diagnose, waarbij zorgvraagzwaarte verwijst naar de verwachte behandelinzet die benodigd is om de aandoening adequaat te behandelen. Dit in tegenstelling tot de ernst van de aandoening⁴. De indeling is gemaakt 'over de hoofdgroepdiagnoses heen' volgens de ordening:

1 = licht

2 = gemiddeld / variabel / onbepaald

3 = zwaar

Gekozen is voor een nummering van 1 tot en met 3 en niet van 0 tot en met 2 om misvatting over diagnose in een 0-categorie te voorkomen.

De experts hebben aangegeven dat dit slechts een eerste oefening is geweest die verdere aanscherping behoeft in de doorontwikkeling van het model. In de doorontwikkeling kan ook worden gekeken of een nadere onderverdeling is te maken in gemiddeld (uitspraak over de zorgvraagzwaarte) enerzijds en variabel/onbepaald (uitspraak is niet goed mogelijk) anderzijds.

⁴ Ter toelichting: Zorgvraagzwaarte geeft aan hoeveel behandelinzet verwacht wordt voor een patiënt, het is dus niet hetzelfde als ernst van de aandoening. Een voorbeeld om het verschil aan te geven is een verwonding aan een been die levensbedreigend is. Er is een amputatie nodig om het leven te redden. Het is dus een zeer ernstige situatie, maar vergt een korte behandeling, dus lage zorgvraagzwaarte. Daarna is de situatie niet meer levensbedreigend, de ernst is veel lager. Echter de verdere reconstructie en revalidatie duurt lang en heeft dus een hoge zorgvraagzwaarte.

3.4.2 Operationalisatie Nevendiagnoses

Uit analyse blijkt dat het aanwezig vs. afwezig zijn van nevendiagnoses op As I en/of As II (van DSM IV) van invloed is op het aantal behandelminuten in een zorgtraject.

Vanuit de klinische blik werd het van belang geacht om 'Nevendiagnose' beter te differentiëren dan de dichotome indeling 'aanwezig vs. afwezig'. Extra analyses zijn uitgevoerd voor de aard van de diagnose (wel of geen diagnose op As 2 en wel/geen verslaving) en het aantal nevendiagnoses (0-1 vs >1 of 0-2 vs >2). Het is gebleken dat het effect van de aanwezigheid van nevendiagnose(s) niet wordt vergroot door een andere indeling van de nevendiagnoses. Op basis van de analyseresultaten heeft de werkgroep besloten om uit te blijven gaan van de tweedeling:

0 = geen nevendiagnose(s), 1 = wel nevendiagnose(s)

3.4.3 Operationalisatie Psychosociale factoren

Het aanwezig vs afwezig zijn van psychosociale factoren op as IV (van DSM IV) blijkt voorspellend te zijn voor het aantal behandelminuten. Extra analyse is gedaan op het aantal (meer dan 1) psychosociale problemen. Dit blijkt geen effect op de uitkomsten te hebben. De werkgroep zvv stelt daarom de volgende dichotome indeling voor:

0 = geen psychosociale factoren, 1 = wel psychosociale factoren

3.4.4 Operationalisatie GAF

Uit data-analyse blijkt dat de GAF-score van invloed is op het aantal behandelminuten: hoe hoger de GAF-score, hoe lager het aantal behandelminuten, en omgekeerd.

Bij een dichotome indeling van de GAF ≤ 50 en > 50 zouden twee bijna gelijke groepen met aantallen zorgtrajecten ontstaan. Vanuit statistisch perspectief zou dit de aangewezen indeling zijn. Vanwege de medische herkenbaarheid (zie paragraaf 3.5.5) is uiteindelijk gekozen voor een driedeling van de GAF:

0 = ≥ 61 , 1 = 41 – 60, 2 = ≤ 40

3.5 Van variabelen naar een model voor zorgvraagwaarte

Analyses tonen aan dat de variabelen die in paragraaf 3.4 zijn beschreven, voorspellend zijn voor de behandelinzet. Er is echter geen sprake van een zuiver lineair verband, want er is ook sprake van interacties tussen variabelen. Per hoofdgroepdiagnose varieert het effect van de voorspellende waarde voor elke variabele en de interactie tussen die variabelen. Geen van de vier variabelen is bij elke hoofddiagnose leidend of, anders gezegd, het meest voorspellend.

Er zijn verschillende mogelijkheden om op basis van de variabelen te komen tot een model voor zorgvraagwaarte (de zvv-indicator). De twee mogelijkheden die door de werkgroep zvv zijn verkend zijn de combinatiemethode (paragraaf 3.5.1) en het regressiemodel (3.5.2). Een derde mogelijkheid waarbij naar een hiërarchische indeling van variabelen is gekeken, is niet verder uitgewerkt.

3.5.1 Beschrijving combinatiemethode

Vier variabelen zoals beschreven in paragraaf 3.4 hebben invloed op het gemiddelde aantal behandelminuten. Het belang van elk van de variabelen verschilt per hoofdgroepdiagnose. Om recht te doen aan de verschillen per hoofdgroepdiagnose kan gekozen worden voor een clustering. Hierdoor ontstaan er (per hoofddiagnose afwijkende) groepen die significant afwijken van de gemiddelde behandelminuten.

Voor dit model is de stap om te komen van de groepen van variabelen naar een aantal niveaus van de zvv-indicator niet uitgevoerd. Deze stap zou gemaakt kunnen worden op basis van de gemiddelde behandelminuten en

aantallen zorgtrajecten. De werkgroep zvz is echter van mening dat een indeling van de zvz-indicator op basis van gemiddelde behandeltime en aantallen zorgtrajecten te beperkt is en niet tegemoet komt aan de gewenste medische herkenbaarheid. De medische herkenbaarheid zit in dit model in de samenstelling en beïnvloedende waarden van variabelen die per hoofdgroepdiagnoses verschillend zijn. Het model is uniform, maar de uitwerking per hoofdgroepdiagnose niet.

3.5.2 Beschrijving regressiemodel

In deze variant is de aan- of afwezigheid van variabelen bepalend. De operationalisatie van de variabelen (zie paragraaf 3.4) leidt tot 36 mogelijke groepen. Deze 36 groepen zijn op basis van hun score terug te voeren naar 7 niveaus binnen de zorgvraagzwaarte indicator (zie bijlage C). De Aard van de stoornis en GAF wegen, vanwege hun driedeling en mogelijke scores, zwaarder dan de Nevendiagnoses en Psychosociale factoren.

Het regressiemodel is simpel en eenduidig op hoofdgroepdiagnoses toe te passen.

Nadeel van dit model is dat uit eerder onderzoek is gebleken dat er geen sprake is van een zuiver lineair verband en dit model daar wel vanuit gaat. In het regressiemodel wordt geen rekening gehouden met de variatie in het effect van de voorspellende waarde voor elke variabele (die per hoofdgroepdiagnose verschilt). De factoren worden "constant" gehouden en worden voor alle hoofdgroepdiagnoses op dezelfde manier toegepast.

3.5.3 Statistische beoordeling combinatie en regressiemodel

Aangezien de combinatiemethode nog niet tot een volledig model is uitgewerkt wat betreft de Aard van de diagnose, is het niet mogelijk geweest om de uitkomst van beide methodes te onderwerpen aan statistische toetsen. Bij de combinatiemethode is uitgegaan van individuele effecten. Voor de regressiemethode was het wel mogelijk om het gehele model te beoordelen.

Bij de statistische beoordeling van de twee modellen is de technische werkgroep tot de conclusie gekomen dat beide modellen verdedigbaar zijn. Door de hoge spreiding is de verklaarde variantie/effectgrootte bij beide methoden laag. De verklaarde variantie geeft om deze reden geen gegronde onderscheid om het ene model boven het andere model te verkiezen. Het verschil is dat de combinatiemethode meer recht doet aan de resultaten vanuit de data-analyses maar het regressiemodel ook kijkt naar medische herkenbaarheid.

Voor de uitwerking volgens het regressiemodel is gekeken of de 7 niveaus van de indicator significant van elkaar verschillen voor zowel de behandelminuten als de verblijfsdagen. Wat betreft de behandelminuten blijken de 7 niveaus inderdaad significant van elkaar te verschillen, zowel voor alle hoofdgroepdiagnoses afzonderlijk (m.u.v. persoonlijkheidsstoornissen) alsook over alle diagnosegroepen heen. Voor de verblijfsdagen is dit in algemene zin ook zo, met uitzondering van de lage groepen (niveau 1 en 2). Het regressiemodel toegepast op alle hoofdgroepdiagnoses laat een effectgrootte (eta squared) van 0,065 zien. De resultaten per hoofdgroepdiagnose variëren sterk.

Binnen de werkgroep zvz is onder methodologen geen consensus over de interpretatie van de statistische uitkomst⁵. Wel wordt het als een weliswaar zeer bescheiden, maar desalniettemin betekenisvolle start gezien.

⁵ De vuistregel van Cohen over de zeggingskracht van correlatieve verbanden is als volgt: As a simple rule of thumb, Cohen (1988) suggested that a 'small' effect has a mean correlation coefficient of $r = 0.10$ (i.e. explains 1% of the variance since $r^2=1\%$), a 'medium' effect has a coefficient of $r = 0.30$ (i. e. explains 9% of the variance), and a 'large' effect has a coefficient of $r = 0.50$ (i.e. explains 25% of the variance).

De werkgroep verwacht dat de toevoeging van eerder genoemde variabelen zal leiden tot een substantiële toename van de voorspellende waarde van de zvez-indicator. Overigens is het van belang op te merken dat de potentiële voorspellende waarde van elke willekeurige zvez-indicator wordt beperkt door tal van factoren, waaronder praktijkvariatie.

3.5.4 Advies werkgroep techniek

De werkgroep techniek heeft geadviseerd om uit te gaan van het regressiemodel (zie bijlage D voor de volledige tekst). Omdat we aan de start staan van introductie van zorgvraagzwaarte en de doorontwikkeling plaatsvindt in een lerende omgeving adviseert de technische werkgroep om voor de meer pragmatische index te gaan volgens het regressiemodel. Dit model is simpel en goed uit te leggen, iets dat in een lerende omgeving de voorkeur zou verdienen boven een statistisch gezien beter model dat alleen op de huidige DIS-data is gestoeld. De huidige opzet van de zvez-index zal vanwege de doorontwikkeling op de andere beïnvloedende variabelen per definitie beperkt houdbaar zijn. Dan moet in dit stadium niet de precisie worden nagestreefd, maar gaat het om het 'oefenen' met het concept.

Dit laat onverlet dat het regressiemodel beperkingen heeft, maar de werkgroep techniek geeft aan dat het om een eerste zvez-maat gaat waarbij alleen DIS-data gebruikt kan worden. Toevoeging van ROM- en Vektis-data moet leiden tot verhoging van de verklaarde variantie. De eerste versie van het zvez-model zal een beperkte tijd gebruikt worden en in de doorontwikkeling (o.b.v. ROM- en Vektis-data) vervangen worden door een beter model.

Op basis van het oordeel van de werkgroep techniek heeft de werkgroep zvez het regressiemodel als voorkeursscenario benoemd.

3.5.5 Oordeel en advies deelnemers bijeenkomst klinische blik

Een belangrijk onderdeel van het proces om te komen tot het voorliggende eindadvies over de eerste maat voor zorgvraagzwaarte is de toets op medische herkenbaarheid. Hiervoor is de bijeenkomst klinische blik georganiseerd. Tijdens de bijeenkomst is het voorkeursscenario (regressiemodel) gepresenteerd aan de hand van de uitgevoerde analyses en de keuzes die zijn gemaakt. Er is stil gestaan bij de medische herkenbaarheid van de voorspellende variabelen, de (deel)keuzes en het voorkeursscenario. Aan de hand van drie gefingeerde cases is een oefening gedaan of de eerste inschatting van de zorgvraagzwaarte door experts overeenkwam met de zorgvraagzwaarte volgens het voorkeursscenario.

De experts hebben advies uitgebracht en hebben daarnaast een aantal suggesties meegegeven voor de doorontwikkeling van het model. In bijlage E is het verslag van deze bijeenkomst opgenomen.

Samengevat komen de experts tot de volgende constatering en advies:

- De experts kunnen zich vinden in de beslissingen die zijn gemaakt om te komen tot dit scenario;
- Het model is, gezien de beperkingen van data en in tijd, een pragmatische richting die in de toekomst blijvend moet worden aangescherpt;
- Het model wordt als voldoende medisch herkenbaar gezien en lijkt werkbaar in de praktijk;
- Wetenschappelijk gezien kan het model beter onderbouwd worden (beperkingen in dataset etc.);
- Bescheidenheid in interpretatie en toepassing van het model is in dit stadium noodzakelijk. Gebruik de zvez codes/waardes op geaggregeerd niveau en niet op individueel niveau.

NB. Naar aanleiding van de opmerkingen van experts over de indeling van de GAF (voorkeur voor een driedeling) zijn aanvullende analyses uitgevoerd door DBC-Onderhoud en adviseert de werkgroep zvez om dit over te nemen. In de beschrijving van het model in dit rapport is hiermee al rekening gehouden.

3.6 Advies van de werkgroep z vz: zorgvraagzwaarte volgens het regressiemodel

Alles overwegende adviseert de werkgroep z vz om zorgvraagzwaarte te introduceren volgens het regressiemodel, waarbij de combinatie van variabelen leidt tot 36 mogelijkheden die terug zijn te voeren naar een z vz-indicator met zeven niveaus: het z vz-model 1.0 (zie bijlage C). Dit model is uniform toe te passen op alle hoofdgroepdiagnoses.

De werkgroep z vz is van mening dat, gegeven de beperkingen van data en tijd, dit het maximaal haalbare is waarbij een zo optimaal mogelijke balans tussen medische herkenbaarheid en statistische onderbouwing is bereikt, bij gelijkblijvende administratieve lasten.

De werkgroep z vz is ook van mening dat, vanwege de huidige opzet, het model 1.0 veel beperkingen kent. Methodologisch is het model verantwoord tot stand gekomen, maar het model heeft beperkte voorspellende waarde en moet beter wetenschappelijk onderbouwd worden: het model moet worden doorontwikkeld. Bescheidenheid in interpretatie en toepassing van het model is daarom in dit stadium noodzakelijk.

Het z vz-model 1.0 kan niet los worden gezien van de beperkingen. Daarom heeft de werkgroep de vrijheid genomen om in het volgende hoofdstuk een aantal gebruiksregels te formuleren die onlosmakelijk zijn verbonden met het z vz-model 1.0 . Tevens is in het volgende hoofdstuk een beschrijving en advies gegeven over de gesignaleerde doorontwikkelpunten.

4 Gebruiksregels en doorontwikkelpunten zvz-model 1.0

De werkgroep zvz heeft in het voorliggende rapport een voorstel uitgewerkt voor een eerste versie van de zvz-indicator in de GGZ: het zvz-model 1.0. De introductie van zorgvraagzwaarte draagt bij aan een eenheid van taal in de GGZ, onder andere in het in- en verkoopproces. De taal moet echter nog doorontwikkeld worden. In dit hoofdstuk zijn de gebruiksregels (4.1) en doorontwikkelpunten (4.2) toegelicht die door de werkgroep zvz zijn geformuleerd voor het zvz-model 1.0.

4.1 Gebruiksregels

4.1.1 De zvz-indicator dient per hoofdgroepdiagnose beschouwd te worden

Het zvz-model 1.0 is uniform toepasbaar op alle hoofdgroepdiagnoses. Voor de hoofdgroepdiagnoses zal een divers beeld ontstaan van de niveaus die voorkomen binnen de hoofdgroepdiagnoses (niet alle niveaus zijn per definitie van toepassing). De zvz-indicator dient altijd in combinatie met de hoofdgroepdiagnose beschouwd te worden, ook op geaggregeerd niveau. In dit stadium kan de zvz-indicator nog niet over de hoofdgroepdiagnoses heen vergeleken worden. Een reden hiervoor is dat de voorspellende waarde van het zvz-model 1.0 sterk per hoofdgroepdiagnose varieert.

4.1.2 Het zvz-model 1.0 is niet geschikt voor bekostiging

Het is belangrijk om te onderkennen dat het voorspellend vermogen van het zvz-model 1.0 door de grote spreiding in behandelinzet (nog) beperkt is. Het voorspellend vermogen varieert per hoofdgroepdiagnose. De grote spreiding in behandelinzet is te verklaren door een veelheid van factoren zoals de interbehandelaarvariatie, incompleetheid van data in DIS, interpretatie van registratieregels e.d. Vanwege het beperkte voorspellende vermogen is het zvz-model 1.0 niet geschikt voor bekostiging van zorgvraagzwaarte. De werkgroepleden zijn unaniem van mening dat het zvz-model en de informatie die daaruit voortvloeit niet geschikt is om op individueel niveau zorg toe te wijzen of declaraties af te wijzen. Gegevens kunnen wel worden gebruikt voor analyses en bij verwerking op geaggregeerd niveau worden gebruikt als startpunt voor de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over doelgroepen en zorgprogrammering.

Het huidige model is beperkt houdbaar en vormt de basis voor de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte in een lerende omgeving met als doel de uiteindelijke opname in de productstructuur van de GGZ.

4.1.3 De niveaus van de zvz-indicator en de indeling en weging van variabelen dienen periodiek geactualiseerd te worden

Ook adviseert de werkgroep om de niveaus van de zvz-indicator periodiek te actualiseren. Dit kan op een vast punt in het jaar, rekening houden met de release cyclus van DBC-Onderhoud of op een moment waarop duidelijk is wat verbeterd kan worden. Bij de herijking dient ook de indeling en weging van variabelen beschouwd te worden (zie paragraaf 4.2).

Specifiek aandacht wordt gevraagd voor het hoogste niveau van de zvz-indicator. Niveau 7 betreft de populatie waarvoor de hoogste zorgvraagzwaarte wordt voorspeld. Bekend is dat een klein deel van de GGZ-patiënten veel

zorg consumeren en daarmee de hoogste kosten voor hun rekening nemen⁶. Geanalyseerd moet worden in hoeverre het zinvol is om niveau 7 van de z vz-indicator verder op te splitsen.

4.1.4 Het z vz-model kan niet één op één worden toegepast op zorg buiten de Zvw

Het z vz-model 1.0 is ontwikkeld op basis van DIS-data. Dit betekent dat het model is ontwikkeld op basis van gegevens van behandelingen in de zorgverzekeringswet (Zvw). Het model kan niet één op één toegepast worden op zorg buiten de Zvw.

4.1.5 Zorgvraagzwaarte is niet gelijk aan de ernst van de aandoening

Zorgvraagzwaarte en de ernst van de aandoening zijn twee verschillende zaken. De operationalisatie van zorgvraagzwaarte in het z vz-model 1.0 ligt echter wel dicht tegen de ernst aan. Bij zorgvraagzwaarte gaat het om patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten. Relevant voor zorgvraagzwaarte is de hulpvraag van de patiënt. Deze variabele zou idealiter in de toekomst ook onderdeel moeten uitmaken van zorgvraagzwaarte, maar wordt nu nog niet geregistreerd (in DIS).

4.1.6 De DSM IV is geen diagnostiek

Het z vz-model 1.0 is (op dit moment nog enkel) gebaseerd op de DSM-IV. De DSM-IV is echter een classificatiesysteem en geen diagnostiek. De diagnostiek blijft uitgangspunt van de behandeling. Een goede diagnostiek aan de start van het traject is cruciaal.

4.2 Doorontwikkelpunten

4.2.1 Onderzoek of het voorspellend vermogen toeneemt wanneer ROM- en declaratiegegevens worden toegevoegd

Vanwege de tijd is het nog niet gelukt om ROM- en declaratiegegevens te koppelen aan DIS-gegevens. Dit wordt door de werkgroep als een groot gemis ervaren. Het z vz-model 1.0 dient verder uitgewerkt te worden met gegevens die beschikbaar zijn vanuit ROM-systemen en vanuit declaratiesystemen. Getracht wordt om voor 1 april 2013 een proof of concept uit te voeren volgens een waarschijnlijkheidskoppeling (dit is beschreven in het plan van aanpak datakoppeling). In de periode tot en met augustus 2013 vindt de feitelijke datakoppeling plaats en kan geanalyseerd worden of de voorspellende waarde van het z vz-model 1.0 toeneemt.

De datakoppeling maakt deel uit van de lerende omgeving. Naast een data-infrastructuur wordt het opzetten van een kennisinfrastructuur door de werkgroep z vz als cruciaal gezien voor de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte. In hoofdstuk 5 wordt hier dieper op ingegaan.

4.2.2 Onderzoek de invloed van variabelen die wel zijn geselecteerd, maar nu nog geen onderdeel uitmaken van het z vz-model

De werkgroep heeft zes potentieel voorspellende variabelen geïdentificeerd. Een aantal variabelen zijn nog niet meegenomen in z vz-model versie 1.0 omdat de gegevens hiervoor ontbraken of onvolledig waren. Dit zijn de Ernst van de stoornis naar symptomatologie, Complicerende factoren die van invloed zijn op het functioneren of op de ziekte zelf (somatic) comorbiditeit en het beloop van de stoornis.

⁶ Verbetering ex ante risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ, Ape rapport nr. 1035

4.2.2.1 Ernst van de stoornis naar symptomatologie

Het gaat hier om de beginscore ROM. Wanneer de datakoppeling tot stand is gebracht, kan de invloed van de beginscore ROM onderzocht worden. Over 2011 zijn naar schatting ruim 60.000 beginmetingen ROM beschikbaar in de SBG database.

4.2.2.2 Complicerende factoren: Somatiek

Voor het zvz-model 1.0 zijn gegevens van As 3 geanalyseerd. In de analyses is zowel naar enkelvoudige als naar meervoudige somatische nevend diagnoses gekeken. Deze variabele bleek geen invloed te hebben op de behandelinzet. De experts vinden het opvallend dat somatische factoren niet eenduidig van invloed blijken te zijn. Reden zou kunnen zijn dat de registratie op deze as niet voldoende betrouwbaar is waardoor deze variabele niet als voorspellend naar voren komt.

Zodra de koppeling tussen Vektis en DIS gereed is, wordt de mogelijke voorspellende waarde van deze variabele opnieuw onderzocht. Via koppeling van DIS en declaratiegegevens die worden beheerd door Vektis is het mogelijk om de potentiële verbetering van de voorspellende waarde te onderzoeken met gegevens over kosten in de somatiek. Vektis kan hiervoor gebruik maken van kosten uit eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg en farmacie. In de pilot voor de koppeling tussen Vektis-DIS-SBG worden gegevens op basis van onder andere farmaceutische kosten groepen (FKG's) gekoppeld aan DIS gegevens en in databeheer ondergebracht bij DBC-Onderhoud. Dit onderzoek vindt plaats in april-augustus 2013. Het idee is om de analyse uit te voeren op hoofddiagnosegroepen omdat de impact van somatische morbiditeit per stoornis kan variëren. Bijvoorbeeld bij alcoholafhankelijkheid is bekend dat somatische comorbiditeit van invloed is op de behandelinzet.

4.2.2.3 Beloop van de stoornis

Er is (nog) geen systematische indeling beschikbaar naar het beloop van de stoornis in de geestelijke gezondheidszorg. Deze indeling kan worden gebaseerd op het stageringsmodel van Beekman et al. De stagering en profilering van psychische stoornissen zou een basis kunnen zijn voor een zvz-model 2.0. Stagering en profilering hebben nadrukkelijk als doel om het beloop en de reactie op behandeling te voorspellen.

Hiervoor zou in het kader van LSKS (Landelijke Stichting Kwaliteit Standaarden GGZ) een innovatieproject kunnen worden gestart om dit in de periode 2013-2014 voor alle hoofddiagnosegroepen te realiseren. De stagering zou dan onderdeel kunnen uitmaken van de productomschrijving en of opgenomen kunnen worden in het zvz-model 2.0.

4.2.3 Onderzoek het effect van de driedeling van de Aard van de stoornis en de GAF

Door de driedeling van de Aard van de stoornis en de score die hieraan gegeven is, weegt deze variabele zwaarder mee in het zvz-model. Onderzocht moet worden wat hiervan het effect is en of hiervoor gecorrigeerd moet worden.

Dit geldt ook voor de indeling van de GAF. Vanwege de medische herkenbaarheid wordt in het zvz-model 1.0 een driedeling van de GAF geadviseerd. Nader onderzoek voor de optimalisatie van de GAF is wenselijk. Door een driedeling van de GAF weegt deze variabele zwaarder mee dan de dichotome variabelen. Onderzocht moet worden wat hiervan het effect is en of hiervoor gecorrigeerd moet worden.

4.2.4 Optimaliseer de trichotomisering van Aard van de stoornis op basis van expertkennis

Door vijf onafhankelijke experts is een driedeling gemaakt van de Aard van de stoornis 'over de hoofdgroepdiagnoses heen' in 1 = licht, 2 = gemiddeld/variabel/onbepaald en 3 = zwaar. De experts merken op dat het scoren van de diagnoses een eerste oefening is geweest en in de doorontwikkeling verdere aanscherping

behoeft. Wenselijk is daarbij om vanuit medische herkenbaarheid een onderverdeling te maken van score 2 in gemiddeld (uitspraak over de zwaarte) en variabel/onbepaald (uitspraak is niet mogelijk).

4.2.5 Onderzoek of de GAF-score vervangen kan worden door een ROM-instrument

Bij behandelaren in het algemeen heerst het idee dat de GAF-score geen goede voorspeller zou zijn voor de behandelinzet. Uit de cijfers blijkt echter dat de GAF verrassend veel zegt. Blijkbaar middelt het zich uit bij grote aantallen. Voor de GAF als variabele voor zorgvraagzwaarte is het relevant wanneer de DSM-5 wordt geïntroduceerd (de GAF wordt daarmee vervangen).

In het zvz-model 1.0 is de begin GAF score opgenomen. Het voordeel van deze maat is compleetheid door opname in de MDS van DIS. Het is een simpele maat die voor alle diagnosegroepen gelijk is. Het nadeel is de geringe validiteit en het feit dat deze door de behandelaar wordt geschat (i.p.v. door de patiënt ingevuld). De vraag is of de WHO DAS een alternatieve maat kan zijn voor de GAF in het zvz-model 2.0 als de DSM 5 wordt geïntroduceerd. Onderzoek van SIRM naar verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel op basis van ROM gegevens heeft aangetoond dat andere ROM-instrumenten een voorspellende waarde hebben voor kosten in jaar t+1 en in jaar t.

In mei 2013 wordt een besluit genomen over de DSM 5. De werkgroep adviseert om uit te blijven gaan van de huidige opzet, totdat een goed alternatief is geïmplementeerd. Dit kan geruime tijd duren.

4.2.6 Onderzoek de invloed van overige variabelen

De werkgroep heeft voor het zvz-model 1.0 een aantal variabelen geselecteerd (zie paragraaf 3.3). Vanuit klinische ervaring zijn de volgende aanvullende elementen aangedragen die mogelijk voorspellend kunnen zijn voor zorgvraagzwaarte (in willekeurige volgorde):

- Zorgvraag van patiënt / behoefte aan hulp / ziektebesef
- Somatische diagnose(s)
- Aard van de aandoening
- Eerste episode /recidief
- Ontstaan (acuut/geleidelijk)
- Voorgeschiedenis
- Duur van aandoening
- Contextuele factoren (bijv. alleenstaand?)
- Veiligheid / impulsiviteit van patiënt/suïcidialiteit
- Met / zonder psychose

4.2.7 Voer specifiek onderzoek uit naar de hulpvraag van de patiënt

De hulpvraag zou idealiter in de toekomst ook een variabele moeten zijn die onderdeel uitmaakt van zorgvraagzwaarte. Voer specifiek onderzoek uit naar de hulpvraag van de patiënt. Onderzoek hoe deze variabele opgenomen kan worden in het zvz-model.

4.2.8 Inventariseer relevante niet-ziektegerelateerde variabelen

De werkgroep heeft zich beperkt tot ziektegerelateerde variabelen. Inventariseer of er ook relevante niet-ziekte gerelateerde variabelen zijn en wat hiervan de invloed is op de zorgvraagzwaarte.

4.2.9 Onderzoek welke afhankelijke variabelen relevant zijn

De werkgroep heeft zich om pragmatische redenen beperkt tot een drietal afhankelijke variabelen (behandelminuten, ligdagen en productiewaarde). Onderzoek welke afhankelijke variabelen nog meer relevant zouden kunnen zijn.

4.3 Overige adviezen

Uit analyse van de nevend diagnoses blijkt dat een groot percentage van de primaire diagnoses bestaat uit 'Overige en andere aandoeningen die een reden voor zorg kunnen zijn' (onder andere de V-codes). De werkgroep zvt heeft het vermoeden dat deze 'overige aandoeningen' geen comorbide psychiatrische stoornissen betreffen, maar dat deze vallen onder As 4, verkeerd zijn ingevuld of dubbel zijn geregistreerd. Een meer eenduidige registratie van deze codes zal ten goede komen aan de verdere onderbouwing van het zvt-model. De werkgroep adviseert om in algemene zin een eenduidig registratieadvies aan het veld mee te geven voor de variabelen waarop het zvt-model is gebaseerd. Dit traject dient met partijen zoals NZa, DBC-Onderhoud en SBG te worden ingevuld.

Daarnaast wordt geadviseerd om in de doorontwikkeling een vergelijking te maken met het Engelse model Payment by Results (PbR) van de National Health Service. In dit model zijn 21 clusters onderscheiden van toenemende zorgvraagzwaarte waar tarieven aan gekoppeld zijn.

Code	Cluster label	Maximum Cluster review period	Unit cost per day (£)	Unit cost per maximum cluster review period (£)
1	Common mental health problems (low severity)	12 weeks	9.25	777
2	Common mental health problems (low severity with greater need)	15 weeks	10.66	1,120
3	Non-psychotic (moderate severity)	6 months	11.41	2,076
4	Non-psychotic (severe)	6 months	16.69	3,037
5	Non-psychotic (very severe)	6 months	21.75	3,950
6	Non-psychotic disorders of over-valued ideas	6 months	18.50	3,367
7	Enduring non-psychotic disorders (high disability)	Annual	18.16	6,628
8	Non-psychotic chaotic and challenging disorders	Annual	23.92	8,731
10	First episode psychosis	Annual	29.06	10,606
11	Ongoing recurrent psychosis (low symptoms)	Annual	15.22	5,556
12	Ongoing or recurrent psychosis (high disability)	Annual	26.45	9,653
13	Ongoing or recurrent psychosis (high symptom and disability)	Annual	40.57	14,809
14	Psychotic crisis	4 weeks	86.23	2,415
15	Severe psychotic depression	4 weeks	46.56	1,304
16	Dual diagnosis	6 months	35.84	6,522
17	Psychosis and affective disorder (difficult to engage)	6 months	53.24	9,690
18	Cognitive impairment (low need)	6 months	5.75	1,046
19	Cognitive impairment or dementia (moderate need)	6 months	10.19	1,855
20	Cognitive impairment or dementia (high need)	6 months	22.30	4,050
21	Cognitive impairment or dementia (high physical or engagement)	6 months	23.58	4,291

Meer informatie is te vinden op <https://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2013/02/01-Mental-Health-PbR-Guidance-for-2013-14v2.pdf>.

5 Lerende omgeving

Het zvz-model 1.0 vormt de start van een lerende omgeving. De beperkingen, vertaald in gebruiksregels, van het model 1.0 en doorontwikkelpunten zijn in het vorige hoofdstuk benoemd. In het navolgende is de visie van de werkgroep opgenomen op de wijze waarop de lerende omgeving kan worden ingericht en doorontwikkeling kan plaatsvinden. Een onderscheid kan worden gemaakt in de opzet van een kennisinfrastructuur (paragraaf 5.1) en een data-infrastructuur (paragraaf 5.2). In paragraaf 5.3 doet de werkgroep zvz een voorstel om het proces in te richten.

5.1 Kennisinfrastructuur

5.1.1 Aansluiting bij de ontwikkeling van richtlijnen

Het doel is om te komen tot medisch herkenbare productgroepen in de GGZ die aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Ook hierom is betrokkenheid van professionals van groot belang. Belangrijk is om een relatie te leggen met het kwaliteitsprogramma LSKS. In het kader van richtlijnontwikkeling wordt namelijk ook in een vertaling van richtlijn naar zorgprogrammering voorzien. De indeling in verschillende fasen van een stoornis (stagering) kunnen hierin worden meegenomen.

Zorgvraagzwaarte heeft de potentie om bij doorontwikkeling in de toekomst de basis te vormen voor zorgtoewijzing. Enerzijds is doorontwikkeling op basis van data en statistiek noodzakelijk. Daarnaast is de werkgroep zvz ervan overtuigd dat de meerwaarde van zorgvraagzwaarte vooral gelegen is in de medische herkenbaarheid en aansluiting bij richtlijnen en standaarden. De medische professie zal in deze doorontwikkeling een cruciale rol moeten spelen.

Het zvz-model kan zich in de toekomst ontwikkelen tot een van de instrumenten in een toolkit die samen met de toenemende evidence inzake stagering en profilering (en de data uit Vektis en SBG) de zorgaanbieders en professionals kunnen ondersteunen bij het optimaliseren van de zorgtoewijzing op basis van te verwachten gezondheidswinst. Het zvz-model 1.0 lijkt in zijn bescheidenheid en beperkingen aan te sluiten bij de klinische intuïtie zoals die momenteel bij indicatiestelling gebruikt wordt. Daarmee zou, in een veld waar de standaardisering moeizaam ingevoerd is, met grote weerstand tegen "one size fits all", meteen een sprong voorwaarts gemaakt kunnen worden richting personalised medicine; het onderbouwd en gericht bedienen van subpopulaties op basis van nut, noodzaak en toegevoegde waarde. Het is daarmee meteen antwoord op een dreigende spagaat tussen doelmatige zorg enerzijds en (vanuit cliëntenkant benadrukte) gewenste persoonlijke benadering anderzijds.

5.1.2 Creëren van een platform om met en van elkaar te leren

Door het beschikbaar stellen van de zvz-informatie in verschillende omgevingen kan een platformfunctie ingericht worden waar ervaringen worden uitgewisseld en relaties worden gelegd tussen zorgvraagzwaarte, zorgprogrammering, uitkomsten van zorg e.d.. Ook kunnen via dit platform ervaringen over het gebruik van het concept zorgvraagzwaarte uitgewisseld worden: wordt de taal uniform gehanteerd?

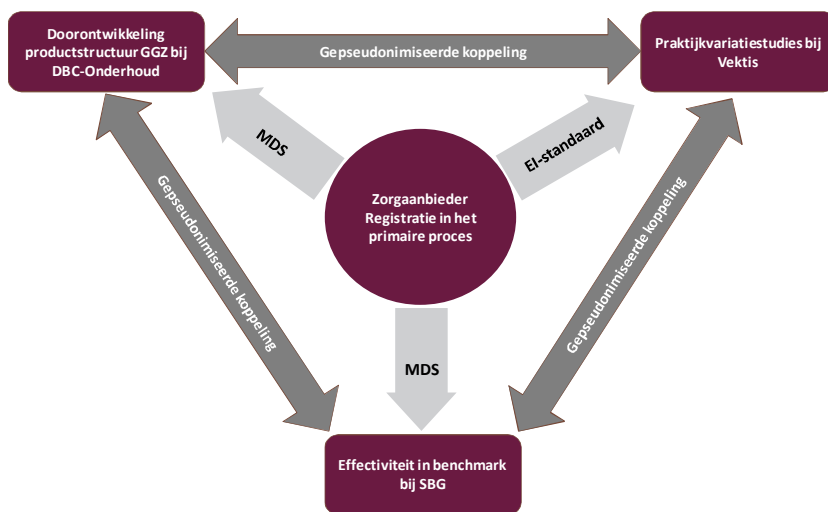
5.2 Data-infrastructuur

Het zvz-model 1.0 is zoals eerder toegelicht gebaseerd op beschikbare gegevens uit het DIS. Doorontwikkeling vindt plaats door het koppelen van verschillende databronnen.

De lerende omgeving kan op verschillende plaatsen worden ingevuld als de vastlegging van de zvz-indicator op individueel niveau in het primaire proces bij de zorgaanbieder plaatsvindt en de zvz-gegevens ter beschikking kunnen komen bij verschillende gebruikers. De informatiedrager van de zvz-indicator kan de prestatiecode zijn. Over de wijze van informatieoverdracht dient nog besluitvorming plaats te vinden in het BO van 11 april a.s.

De zvz-gegevens kunnen worden gebruikt voor verschillende doeleinden uit of die in het verlengde liggen van de afspraken uit het BA. Ook is het mogelijk om databestanden gepseudonimiseerd te koppelen om een onderzoeksomgeving te creëren waarin gegevens elkaar kunnen verrijken (zie figuur 1). Er staat al een gepseudonimiseerde koppeling gepland van ROM gegevens van SBG en declaratiegegevens van Vektis aan DBC GGZ gegevens van het DIS. Hiervoor wordt een tijdelijk onderzoeksbestand gecreëerd bij DBC-Onderhoud met gegevens om het zvz-model te verfijnen.

Hieronder staat dit schematisch weergegeven.



Figuur 1. Koppelmogelijkheden voor zvz-gegevens

De verschillende doeleinden voor het uitwisselen van zvz-gegevens zijn hieronder voor DBC-Onderhoud en SBG toegelicht.

5.2.1 DBC-Onderhoud: doorontwikkeling DBC GGZ productstructuur

Door het beschikbaar komen van zvz-gegevens in DIS kan een start gemaakt worden met de doorontwikkeling van de DBC GGZ productstructuur. DBC-Onderhoud kan een relatie gaan leggen tussen zorgvraagzwaarte en behandelpatronen. Het doel is om te komen tot medisch herkenbare productgroepen die aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Hierbij is betrokkenheid van professionals natuurlijk van groot belang.

5.2.2 SBG: benchmark op effectiviteit

Door het beschikbaar stellen van zvz-gegevens in de prestatiecode kan de benchmark van SBG worden verrijkt met een casemix correctie op zorgvraagzwaarte. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de kritiek vanuit hoogleraren op de wetenschappelijke onderbouwing van de ROM benchmark.

5.3 Proces

Het voorstel van de werkgroep zvz is om de werkgroep te continueren onder de vlag van het bestuurlijk akkoord. De werkgroep zvz krijgt een belangrijke platformfunctie om ervaringen uit te wisselen. De werkgroep voert de regie op de lerende omgeving en monitort de voortgang. De werkgroep rapporteert aan het bestuurlijk overleg.

Het voorstel is om de onderzoeksactiviteiten in de lerende omgeving in te gaan vullen bij de bestaande databeheersorganisaties (DBC-Onderhoud, SBG en Vektis). De werkgroep fungeert als opdrachtgever en ziet erop toe dat partijen uit het bestuurlijk akkoord worden betrokken.

6 Zorgvraagzwaarte in relatie tot privacyaspecten

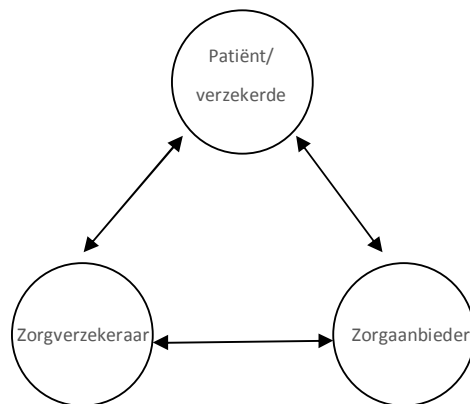
De subwerkgroep privacy heeft als opdracht gekregen om de noodzaak van zorgvraagzwaarte te onderbouwen. De noodzaak is vanuit verschillende perspectieven te beschouwen. In dit hoofdstuk zijn de bevindingen van de subwerkgroep opgenomen. Afwegingen rondom proportionaliteit en subsidiariteit zijn in kaart gebracht. De subwerkgroep privacy is van mening dat het niet aan de subwerkgroep is om conclusies te trekken. Er is slechts getracht om de onderbouwing aan te leveren op basis waarvan in andere gremia besluiten kunnen worden genomen of een oordeel kan worden geveld.

In paragraaf 6.1 is allereerst een beschrijving van het stelsel opgenomen met daarbij de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen. In de paragrafen 6.2 en 6.3 wordt vervolgens vanuit verschillende partijen de noodzaak van zorgvraagzwaarte beargumenteerd. In paragraaf 6.4 leidt dit tot een samenvatting waarin subsidiariteit, proportionaliteit en data-minimalisatie in kaart zijn gebracht.

6.1 Beschrijving zorgstelsel en verantwoordelijkheden van partijen

De inrichting van het Nederlandse zorgstelsel is gericht op het waarborgen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg, waarin de patiënt centraal staat. Dat laatste betekent dat de patiënt weet waar hij terecht kan voor welke behandeling en dat aan de patiënt zorg op maat en in samenhang wordt geboden.

Binnen dit stelsel staan drie relaties centraal: de relatie tussen de patiënt en de zorgaanbieder, de relatie tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar, en de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Deze zijn hieronder schematisch weergegeven:



Verantwoordelijkheden zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn in dit stelsel verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede, doelmatige, samenhangende en gepaste zorg en voor het geven van transparantie over de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Zij zijn bij dit alles gedreven door de wens om de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht van de zorgverlening op een steeds hoger niveau te brengen.

Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht jegens hun verzekerden na te komen. Behalve door het vergoeden van gemaakte zorgkosten, doen zij dat door bij hun zorginkoop te sturen op een doelmatige verlening van de zorg, waarbij gepast gebruik, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn. Zorgverzekeraars zien daarnaast ook toe op de naleving van gepast gebruik, rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg en naleving van de bij de zorginkoop gemaakte afspraken.

Verantwoordelijkheden overheid

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat stellen als private partijen hun rol in het zorgstelsel te kunnen spelen. Ook ziet de overheid toe op de naleving van de spelregels. De betrokken zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) dragen bij door het maken van tijdige en heldere regelgeving en het stellen van duidelijke normen.

6.2 De noodzaak onderbouwd vanuit het perspectief van verzekeraars

Ingevolge de voor de verzekeraar geldende wet- en regelgeving is deze gehouden zowel te controleren op rechtmatigheid als op doelmatigheid van behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering.

De huidige DBC GGZ productstructuur is niet geschikt om declaraties van behandelingen te kunnen controleren in het kader van rechtmatigheid en doelmatigheid in de GGZ. Er wordt namelijk geen relatie gelegd tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandelinzet. Dit heeft voor verzekeraars een aantal gevolgen:

- Zorgverzekeraars kunnen geen adequate controle uitvoeren op rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg op grond van de zorgverzekering (paragraaf 6.2.1)
- In de zorginkoop kunnen geen afspraken worden gemaakt over doelmatigheid van zorg omdat er geen afweging kan worden gemaakt tussen zorgvraagzwaarte, behandelinzet, geleverde kwaliteit en kosten. Hierdoor kan er niet op doelmatigheid worden ingekocht en is volledige risicodragendheid bij zorgverzekeraars niet verantwoord mogelijk (paragraaf 6.2.2).

6.2.1 Zorgvraagzwaarte gegevens op de declaratie zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de wettelijke controletaken

De beschikbaarheid van zorgvraagzwaarte gegevens op individueel niveau via de declaratie is noodzakelijk voor de uitvoering van wettelijke taken van verzekeraars ten aanzien van het controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid van de door zorgaanbieders gedeclareerde zorg.

Art. 16 Wbp verbiedt de verwerking van persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid van personen. Art. 21 Wbp bevat een uitzondering voor hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg en zorgverzekeraars. Art. 87, eerste en tweede lid Zvw ziet op de gegevensuitwisseling natura- respectievelijk restitutieverzekering: de zorgaanbieder verstrekt de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde zoals bedoeld in de Wbp, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering.

De zorgverzekeraar mag persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp gebruiken voor het verrichten van formele dan wel materiële controle ten behoeve van:

- de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
- de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor een aan een verzekerde geleverde prestatie;
- de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;

- de vaststelling van een verplicht of vrijwillig eigen risico van een verzekerde, en
- het verrichten van fraudeonderzoek, en voorts
- voor het verrichten van verhaalsrecht.

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak declaraties te controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid, dat wil zeggen of de gedeclareerde zorg geleverd is en of deze zorg het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (*i.e.* gepast gebruik c.q. doelmatigheid). De wet spreekt in dit kader ook wel over zorg zoals die was “te doen plegen” door de zorgaanbieder in kwestie. In het kader van deze wettelijke taak voeren verzekeraars formele en materiële controles conform het landelijk afgestemde Protocol materiële controle uit (zie bijlage F). Hierbij wordt verondersteld dat zorgverzekeraars stapsgewijs controleren. Om te beginnen dient er een risicoanalyse plaats te vinden op de gegevens zoals die in de systemen van de zorgverzekeraars beschikbaar zijn. De eerste stap is een verbandanalyse en waarschijnlijkheidsanalyse op de declaratiegegevens. Alleen als deze analyses daartoe aanleiding geven of als deze analyses onvoldoende zekerheid bieden komen detailcontroles in aanmerking. Overigens, voor zover van toepassing, vindt ook detailcontrole in die zin plaats dat deze aanvangt op een wijze die het minst ingrijpend is.

In de GGZ kunnen zorgverzekeraars geen verbandanalyses en waarschijnlijkheidsanalyses uitvoeren. Omdat er geen informatie beschikbaar is over de zorgvraag(zwaarte) en de productstructuur DBC GGZ niet inzichtelijk maakt welke zorg wordt geleverd, is het voor een zorgverzekeraar niet mogelijk om aan de hand van deze analyses op de declaratie gegevens een adequate inschatting te maken of de declaratie passend is bij de zorgvraag(zwaarte) van de patiënt.

Toelichting: De DBC GGZ productstructuur kent een minimalistische verstrekking van informatie over de diagnose. Er zijn een beperkt aantal hoofddiagnosegroepen gedefinieerd die zeer uiteenlopend van aard zijn. Er zijn een aantal groepen met een redelijke mate van consistentie in de onderliggende primaire diagnoses zoals depressieve stoornissen (de onderliggende diagnoses zijn niet zichtbaar voor de zorgverzekeraar) en er zijn groepen die volledig intransparant zijn over de onderliggende diagnoses zoals overige diagnoses in de kindertijd, restgroep, andere aandoeningen e.d. Bovendien geeft de productstructuur geen enkele informatie over de behandeling. De zorgverzekeraar krijgt op de declaratie dus geen informatie over de zorgvraag van de verzekerde, slechts zeer beperkte diagnose informatie en geen enkele informatie over de behandeling. Hierdoor ontbreekt het referentiekader voor bestand- en waarschijnlijkheidsanalyses van GGZ declaraties. Elke declaratie kan in principe te hoog of te laag zijn in vergelijking tot de zorg die redelijkerwijs was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (de indicatie).

Het gevolg hiervan is dat een zorgverzekeraar ten behoeve van het bereiken van de door de NZa gewenste mate van zekerheid over rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties in de GGZ (een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid (of tolerantie) van 3%) moet overgaan op structurele materiële controle bij alle declaraties. Dit zal aldus leiden tot materiële controle tot op detailniveau. Dit houdt een grote mate van inbreuk op de privacy van verzekerden in omdat hiervoor de persoonlijke dossiers ter beschikking gesteld dienen te worden voor detailcontrole. Voorts leidt dit tot een grote administratieve belasting en aldus kostenverhoging (voor zowel de hulpverlener als de zorgverzekeraar). Een verhoging van de administratieve kosten zal tot een verhoging van de premie leiden.

Een zorgvraagzwaarte indicator biedt de zorgverzekeraar het benodigde referentie kader om verband- en waarschijnlijkheidsanalyses uit te voeren. Hierdoor verdwijnt de noodzaak tot structurele detailcontrole van patiëntendossiers in de GGZ. Het beschikbaar stellen van de zorgvraagzwaarte in de vorm van een indicator op de declaratie is in sterk verminderde mate een inbreuk op de privacy.

Voor het uitvoeren van de wettelijke taken van zorgverzekeraars is het dus noodzakelijk dat de zorgvraagzwaarte indicator wordt opgenomen in de prestatiecode en via de declaratie wordt verstrekt. Hierdoor wordt de

diagnose-informatie aangevuld met een zorgvraagzwaarte indicator. Door opname in de prestatiecode komt de informatie beschikbaar voor alle partijen die dit nodig hebben voor de uitvoering van hun (wettelijke) taken.

Vergelijking van de GGZ met somatiek

De wettelijke taak van verzekeraars met betrekking tot de controle op rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg heeft betrekking op elke individuele declaratie. De GGZ kenmerkt zich door een zeer grote spreiding in declaratiepatronen per hoofddiagnosegroep. Een rekening voor depressie kan uiteenlopen van € 1.000 tot € 50.000 voor het behandeldeel. Daarnaast kunnen er deelprestaties verblijf in rekening worden gebracht tot maximaal € 66.000 bij een lichte verzorgingsgraad en € 264.000 bij een zeer intensieve verzorgingsgraad. Omdat er geen informatie beschikbaar is over de zorgvraag(zwaarte) en omdat de productstructuur DBC GGZ niet inzichtelijk maakt welke zorg is geleverd, is het voor een zorgverzekeraar niet mogelijk om aan de hand van verbandanalyses en waarschijnlijkheidsanalyses op de declaratie gegevens een adequate inschatting te maken of de declaratie passend is bij de zorgvraag(zwaarte) van de patiënt. Daardoor zijn dus op grote schaal detail controles met een vergaande inbreuk op de privacy van cliënten nodig om aan de controle verplichting te voldoen.

In de GGZ worden voor de behandelcomponent alleen minuten en dagen in rekening gebracht. In de somatische zorg geeft de DOT productstructuur inzicht in de behandeling die is uitgevoerd. In tegenstelling tot de GGZ-productstructuur, bestaat er binnen de DOT structuur een relatie tussen de “zwaarte” van de diagnose en de behandelinzet; op basis waarvan de zorgvraagzwaarte inzichtelijk wordt.

Bijvoorbeeld in het specialisme cardiologie is de prestatiecode 099599002 een DBC voor hartritmestoornissen die niet gepaard gaan met pompverlies met een conservatieve behandeling die bestaat uit enkele consulten ten behoeve van het instellen van medicatie uit preventie overwegingen. Deze DBC kost € 200 - € 300. Een prestatiecode 0979001244 staat voor een bi-ventriculaire ICD (implanteerbare defibrillator) die wordt toegepast bij levensbedreigende hartritmestoornissen. Deze DBC kost ruim € 30.000. Naast deze gedetailleerde informatie in de prestatieomschrijving biedt de somatiek nog aanvullende informatie doordat DBC's een logisch onderdeel uitmaken van een serieel traject van DBC's waarin de verschillende fasen van ziektebeloop en behandeling op persoonsniveau te volgen zijn conform de richtlijnen van zorg. In de GGZ is er geen enkele relatie te leggen tussen gedeclareerde DBC's en richtlijnen van zorg.

In de somatiek biedt de DOT-systematiek dus impliciet de benodigde zorgvraagzwaarte informatie in de prestatiebeschrijvingen en zijn analyses/controles op de declaratiegegevens mogelijk.

Door het introduceren van een zorgvraagzwaarte indicator in de GGZ-productstructuur c.q.

declaratiesystematiek wordt dit ook voor de GGZ-declaraties mogelijk; dit dus in analogie aan de situatie zoals die nu al voor de somatiek geldt.

NB. Met betrekking tot de revalidatiezorg doet/deed zich in dit verband een vergelijkbaar probleem dan we bij de GGZ kennen. Toen de revalidatiezorg overgeheveld werd naar de Zvw werd daarom ook hier een zorgvraag index ontwikkeld die voorspellend is voor de behandelinzet en die de relatie tussen zorgvraag en behandelinzet weergeeft.

NB. Ook in het verwijsmodel in de huisartsenzorg voor de basis generalistische GGZ is voorzien dat gebruik gemaakt gaat worden van een index voor zorgvraagzwaarte die analoog is opgezet aan de index zoals die nu voor de 2^{de} lijns GGZ voorligt en die gerelateerd is aan de te verwachten benodigde behandelinzet in de basis generalistische GGZ. In de generalistische basis GGZ zijn hierbij drie producten onderscheiden op basis van die “index” (licht, matig en intensief). Voor zorgverzekeraars is het noodzakelijk voor het uitvoeren van de wettelijke taken dat de verwijsindicatie wordt meegeleverd op de declaratie.

6.2.2 Zorgvraagzwaarte gegevens op de individueel niveau zijn noodzakelijk voor zorginkoop

Informatie over zorgvraagzwaarte is voor verzekeraars ook noodzakelijk in de voorbereiding van de zorginkoop. Ook hiervoor zijn de gegevens op individueel niveau nodig. In de voorbereiding van de zorginkoop worden namelijk profielen opgesteld van aanbieders op basis van de beschikbare gegevens uit de declaraties. Voor deze toepassing geldt echter dat de zorgvraagzwaarte informatie niet noodzakelijkerwijs via de declaratie hoeft te worden verstrekt. In tegenstelling tot de situatie met betrekking tot de wettelijke controletaken is het hiervoor namelijk technisch mogelijk om de benodigde gegevens op individueel niveau in een gepseudonimiseerd bestand achteraf aan te leveren vanuit de DIS database omgeving en te koppelen aan declaratiegegevens. Omdat hier dus geen controle op individuele declaraties betreft kunnen de persoonsgegevens hier via pseudonimisering verborgen blijven.

Ten behoeve van de zorginkoop hebben zorgverzekeraars dus inzicht nodig in zorgvraagzwaarte van de GGZ populatie op individueel niveau om praktijkvariatiestudies te kunnen uitvoeren waardoor tot betere doelmatigheidsafspraken gekomen kan worden.

NB. Indien partijen in de zorginkoop afspraken zouden willen maken over gedifferentieerde tarieven voor specifieke patiëntengroepen op basis van zorgvraagzwaarte, dan is het noodzakelijk dat de gemaakte afspraken kunnen worden geverifieerd via de declaratie. In dit geval is de argumentatie zoals toegelicht in paragraaf 6.2.1 van toepassing. Het eventueel niet kunnen vermelden van specifieke zorgproducten op basis van zorgvraagzwaarte of het niet kunnen toevoegen van de zorgvraagzwaarte-indicator aan de prestatiecode zou betekenen dat er geen gedifferentieerd inkoopbeleid voor doelgroepen kan worden gevoerd omdat controle op naleving van gemaakte afspraken onmogelijk is.

6.2.3 Overige doeleinden waarvoor Zorgvraagzwaarte op individueel niveau noodzakelijk is

Inzicht in de zorgvraagzwaartekennmerken die voorspellend zijn voor de verwachte behandelinzet (en dus kosten) op individueel niveau is een noodzakelijke voorwaarde om het ex ante risicovereveningsmodel in de GGZ te verbeteren. Een eerste proof of principle voor de relatie tussen patiëntgebonden kenmerken en kosten in de GGZ is beschikbaar. Uitbouw van inzichten in de relatie tussen zorgvraagzwaarte en behandelinzet (kosten) is noodzakelijk om het vereveningsmodel in de GGZ te verbeteren.

Inzicht in zorgvraagzwaarte op individueel niveau is verder voor DBC-Onderhoud een noodzakelijke voorwaarde voor de doorontwikkeling van de DBC GGZ productstructuur omdat dit de mogelijkheid biedt om relaties te leggen tussen inhoud van behandeltrajecten en patiëntkenmerken.

6.3 De noodzaak onderbouwd vanuit het perspectief van zorgaanbieders

De zorgaanbieders zien de noodzaak om het verband tussen de zorgvraag van de patiënt en het zorgaanbod te onderbouwen en hier een instrumentarium voor te ontwikkelen. Met het instrumentarium, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en data-analyse, ontstaat een eenduidige uitleg (ankerpunt) van het begrip zorgvraagzwaarte. Dat ankerpunt ontbreekt in de huidige productstructuur van de DBC GGZ.

Zorgaanbieders zien de noodzaak om de zorgvraagzwaarte gegevens van de patiënt vast te leggen. Wanneer blijkt dat de zvt-indicator zeggingskracht heeft voor de relatie tussen de zorgvraag en het zorgaanbod, moet de productstructuur DBC GGZ hiermee verrijkt worden.

6.4 Afweging subsidiariteit en proportionaliteit

In de voorgaande paragrafen is de noodzaak van introductie van zorgvraagzwaarte onderbouwd vanuit zorgverzekeraars en zorgaanbieders bezien. Zowel vanuit zorgaanbieders als vanuit verzekeraars wordt de introductie van zorgvraagzwaarte noodzakelijk geacht om de huidige productstructuur in de GGZ te verbeteren. Vanuit de verschillende rollen van partijen bestaat echter geen consensus over het noodzakelijke niveau waarop deze informatie beschikbaar moet komen.

Aan de hand van eisen vanuit privacywetgeving en eerdere uitspraken over het vermelden van diagnose-informatie wordt in deze paragraaf getracht de overwegingen rondom subsidiariteit en proportionaliteit helder te krijgen. Zoals eerder aangegeven is een uiteindelijke afweging hieromtrent niet door de subwerkgroep privacy gemaakt.

6.4.1 Eisen vanuit privacywetgeving en uitspraken over het vermelden van diagnose-informatie

Het invoeren van gedetailleerdere informatie op persoonsniveau (zorgvraagzwaarte) op de declaratie moet aan een aantal eisen vanuit de privacywetgeving voldoen. Het invoeren hiervan betekent een inmenging in de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Immers er komen medische gegevens bij de verzekeraar terecht. Vanuit de privacywetgeving moet een dergelijke inmenging noodzakelijk zijn om aanvaard te kunnen worden en daarom onder meer aan de volgende eisen voldoen:

1. de inmenging beantwoordt aan een dringende maatschappelijke behoefte;
2. de inmenging moet evenredig zijn aan het nagestreefde doel (proportionaliteit),
3. wanneer het probleem ook met andere middelen kan worden opgelost, moet het middel worden gekozen dat de privacy het minst schaadt (subsidiariteit).

Ook moet rekening worden gehouden met de uitspraak van het CBb van 8 maart 2012 ((LJN: BV8297, College van Beroep voor het bedrijfsleven, AWB 11/317, 11/358 en 11/372) zie bijlage G). Het CBb heeft in zijn uitspraak geoordeeld dat de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden in de DBC-systematiek voor de GGZ niet onrechtmatig behoort te zijn, mits daarbij uitzonderingsmogelijkheden zijn ingebouwd. Die uitzonderingsmogelijkheden kunnen bepaalde groepen gevallen dan wel bepaalde cliënten betreffen, al dan niet beperkt tot gevallen waarin cliënten daarom verzoeken. NZa heeft een uitzonderingsmogelijkheid gecreëerd t.a.v. de verplichting voor zorgaanbieders om diagnose-informatie op de DBC-factuur te vermelden. Patiënt en zorgaanbieder moeten daartoe een verklaring ondertekenen die van deze wens blijk geeft.

6.4.1.1 De inmenging beantwoordt aan een dringende maatschappelijke behoefte

In algemene zin onderschrijven partijen dat invoering van vzw een belangrijke bijdrage levert aan de behoefte om de GGZ in de toekomst kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden.

6.4.1.2 De inmenging moet evenredig zijn aan het nagestreefde doel (proportionaliteit)

Proportionaliteit houdt in dat de ernst van het doorbreken van de privacy, en voor de zorgaanbieder het medisch beroepsgeheim, in verhouding moet staan tot het belang van het doel waarvoor het doorbroken wordt. De privacy van de verzekerde of het beroepsgeheim mag niet meer worden doorbroken dan strikt noodzakelijk (dus niet meer gegevens, of meer persoonlijk, dan strikt noodzakelijk).

In de operationalisatie van de zorgvraagzwaarte informatie is gekozen voor een variant waarbij wordt aangesloten bij de huidige vastlegging van gegevens. De minimaal noodzakelijke persoonsgebonden gegevens die een voorspellende waarde lijken te hebben voor zorgvraagzwaarte worden (softwarematig afgeleid en)

geaggregeerd tot een zvz-indicator (1 tot en met 7). De behandelaar registreert dus niets meer dan in de huidige situatie. Door de opzet van de zvz-indicator komen de onderliggende gegevens feitelijk niet beschikbaar. Alleen voor de uiterste waarden (de 1 of de 7) kan worden geconcludeerd welke onderliggende variabelen hieraan ten grondslag liggen. Enige relativering is hier op zijn plaats omdat door de aangetoonde relatie tussen behandelinzet en zorgvraagzwaarte-indicator bij een hoge rekening het vermoeden reeds aanwezig is dat hier sprake kan zijn van een complexe zorgvraag.

Afhankelijk van de wijze van informatieoverdracht (al dan niet op persoonsniveau via de declaratie) is sprake van een meer of mindere mate van inbreuk op de privacy.

Patiënten cq verzekerden kunnen bezwaar maken tegen het verstrekken van diagnose informatie aan zorgverzekeraars. Hiervoor is een regeling getroffen. Aangenomen wordt dat dit onverkort van kracht wordt voor zorgvraagzwaarte informatie.

6.4.1.3 Wanneer het probleem ook met andere middelen kan worden opgelost, moet het middel worden gekozen dat de privacy het minst schaadt (subsidiariteit).

Standpunt zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben in paragraaf 6.2 beargumenteerd waarom de zvz-gegevens op individueel niveau noodzakelijk zijn om een adequate controle uit te kunnen voeren op rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg, alsmede voor de zorginkoop. Voor de controle op rechtmatigheid en doelmatigheid dienen de gegevens over de zorgvraagzwaarte in de GGZ ten gevolge van het ontbreken van informatie over de relatie tussen zorgvraag en behandelinzet in de DBC GGZ productstructuur noodzakelijkerwijs op de ingediende declaraties aangeleverd te worden. Dit kan geëffectueerd worden door de zorgvraagzwaarte-indicator in de prestatiecode op te nemen.

Het opnemen van de zorgvraagzwaarte indicator in de prestatiecode van de declaratie betekent een zo minimaal mogelijke inbreuk op de privacy van de patiënt omdat de onderliggende patiënt kenmerken onzichtbaar blijven. De onderliggende patiëntkenmerken worden immers versleuteld in een indicator die voorspellend is voor de te verwachten behandelinzet. De indicator is wat betreft inbreuk op privacy proportioneler dan het structureel en systematisch uitvoeren van detailcontroles (*i.e.* opvragen c.q. inzien van patiëntendossiers) dat anders noodzakelijk zou zijn om met voldoende zekerheid een uitspraak te kunnen doen met betrekking tot de rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg in het kader van de (wettelijk verplichte) materiële controle.

Ook voor inkoopdoeleinden is de declaratie het meest voor de hand liggende vehikel voor ontsluiting van de zorgvraagzwaarte informatie omdat hierdoor de diagnostische informatie (diagnose en zorgvraagzwaarte) automatisch gekoppeld is aan de relevante informatie over de behandelinzet.

Zorgverzekeraars hebben hun declaratiesystemen zo ingericht dat op een zorgvuldige wijze wordt omgegaan met privacy gevoelige gegevens. Teneinde een zorgvuldige omgang met deze medische persoonsgegevens te waarborgen is een gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars' opgesteld waaraan zorgverzekeraars zich dienen te houden. Deze gedragscode is goedgekeurd door het CBP. Verder is er door zorgverzekeraars een uniforme maatregel 'Privacy afhandeling declaraties' opgesteld over de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met declaratiegegevens. Deze voor zorgverzekeraars verplichte norm maakt inzichtelijk hoe het afhandelen van declaraties op adequate en verantwoorde wijze dient plaats te vinden.

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren een solide functionele eenheden systematiek opgezet waarmee voorkomen wordt dat 'tot de persoon herleidbare gezondheidsgegevens' oneigenlijk gebruikt kunnen worden of aan derden bekend kunnen worden en de privacy van patiënten langs die weg goed geborgd wordt.

Standpunt zorgaanbieders

Het voorliggende model van een zvz-indicator lijkt bruikbaar in de klinische praktijk, maar moet in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen eerst verder onderbouwd worden. Er is met dit model, dat nu alleen gebaseerd is op beschikbare data-analyse en besproken is met enkele klinisch experts, geen sprake van een algemeen geldende professionele standaard in het vakgebied. Er zijn gegronde bedenkingen bij de betrouwbaarheid, voorspelbaarheid en de kwaliteit van het zvz-model 1.0, omdat het alleen op het classificatiemodel is gebaseerd en niet op de volledige diagnostiek. De voorspellende waarde van het model is nu dan ook nog te zwak. Patiënten mogen via de factuur dan ook nog niet belast worden met dergelijk instabiele data. Vragen van patiënten hierover zijn in deze fase van ontwikkeling niet te beantwoorden noch te verantwoorden door de zorgaanbieder.

Zorgaanbieders stellen zich op het standpunt dat het nu niet noodzakelijk is om deze gegevens te verstrekken aan de verzekeraar op persoonsniveau op de factuur. Het model is nog te weinig voorspellend en heeft voor een aantal hoofddiagnosegroepen geen enkele voorspellende waarde voor de behandelinzet. Hiermee zijn de gegevens op persoonsniveau te weinig betekenisvol en derhalve niet geschikt voor zorgtoewijzing, controle- of inkoopdoeleinden. Door zorgvraagzwaartegegevens op persoonsniveau aan te leveren aan het DIS kan worden doorgewerkt aan de modelontwikkeling en aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Op deze wijze zijn alle partijen gediend en kan hiermee een eerste stap worden gemaakt in de objectivering van zorgvraagzwaarte en behandelinzet.

Daarnaast is er bezwaar op basis van het beroepsgeheim in de gezondheidszorg om op persoonsniveau zvz-gegevens door te leveren aan de zorgverzekeraar. Persoonsgegevens die de gezondheid van de patiënt betreffen genieten specifieke bescherming in de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Op allen die deze gegevens verwerken rust een geheimhoudingsplicht. De gegevens mogen alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor ze verzameld zijn en alleen verwerkt (en uitgewisseld) voor zover dit noodzakelijk is voor een zwaarwegend maatschappelijk belang. Het medisch beroepsgeheim dient niet alleen de individuele beschermwaardigheid van persoonlijke gegevens, maar dient ook de algemene toegankelijkheid en betrouwbaarheid van de gezondheidszorg. Doorbreken van het beroepsgeheim kan alleen bij uitzondering. Een van die uitzonderingen (bij wet vastgelegd) is de uitwisseling van persoonsgegevens van verzekerden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, die noodzakelijk zijn voor de bekostiging van de zorg. Gezien de huidige status van de zvz-indicator achten zorgaanbieders dit niet opportuun.

Het verstrekken van de ZVZ informatie op persoonsniveau op de factuur wordt derhalve niet proportioneel geacht en hiertegen is bezwaar.

Bijlage A: Samenstelling werkgroep en subwerkgroepen

Werkgroep ZVZ	Naam	Instelling
Onafhankelijk voorzitter	Roel Verheul	De Viersprong
Zorgaanbieders	Marloes van Es	GGZ Nederland
	Eddy Faber	GGZ Nederland
	Patrick Knapen	GGZ WNB
	Gerard Honkoop	Eleos
	Jeroen Zoeteman	NVvP
	Marjolijn Sorbi	NVVP
	Dineke Smit	LVE
	Rob Wiewel	NIP
Zorgverzekeraars	Ronald Luijk	ZN
	Frans Aarts	Menzis
	Arnold van der Lee	Achmea
	Jan Jongmans	Achmea
Patiënten	Deborah Korporaal	LPGGZ
Adviserend leden	Mat Maijer	DBC-Onderhoud
	Richard Boxem	DBC-Onderhoud
	Femke van de Pol	DBC-Onderhoud
	Edwin de Beurs	SBG
Agendaleden	Frank Hoogendijk	VWS
	Sander van der Meer	VWS
	Heine van Wieren	NZa
	Peter Müller	NZa
	Janneke Baars	NVZ
	Birgit Meulenbroek	NFU
Procesondersteuning	Barbara Wendrich	Capgemini Consulting
	Marjon te Winkel	Capgemini Consulting

Subwerkgroep Techniek	Naam	Instelling
Adviserend leden	Richard Boxem	DBC-Onderhoud
	Femke van de Pol	DBC-Onderhoud
	Guus de Ruiter	Vektis
	Marko Barendregt	SBG
Zorgverzekeraars	Arnold van der Lee	Achmea
	Ronald Luijk	ZN
Zorgaanbieders	Marloes van Es	GGZ Nederland
	Dung Ngo	GGZ Nederland
Procesondersteuning	Marjon te Winkel	Capgemini Consulting

Bijeenkomst klinische blik	Naam	Instelling
Klinische experts	Roel Verheul	de Viersprong
	Wiepke Cahn	NVvP
	Roelof Kleppe	NVvP
	Jan Derksen	NVVP
	Patrick Knapen	NVvP
Toehoorders	Judith Veenendaal	NVVP
	Marloes van Es	GGZ Nederland
	Ronald Luijk	ZN
	Frans Aarts	Menzis
	Rob Wiewel	NIP
Presentatie en dataondersteuning	Mat Maijer	DBC-Onderhoud
	Richard Boxem	DBC-Onderhoud
	Femke van der Pol	DBC-Onderhoud
Procesondersteuning	Barbara Wendrich	Capgemini Consulting
	Marjon te Winkel	Capgemini Consulting

Subwerkgroep Privacy	Naam	Instelling
Werkgroep	Frank Hoogendijk	VWS
	Caroline Bos	VWS
	Ronald Luijk	ZN
	Frans Aarts	Menzis
	Marloes van Es	GGZ Nederland
	Judith Veenendaal	NVVP
	Rob Wiewel	NIP
Agendalid	Deborah Korporaal	LPGGZ
Procesondersteuning	Marjon te Winkel	Capgemini Consulting

Bijlage B: Uitgangspunten LPGGZ

Uitwerking Hoofdpijnenakkoord GGZ m.b.t. zorgvraagzwaarte.

LPGGZ onderschrijft het belang van (meer) transparantie in de geleverde zorg, zoals we dit eerder hebben aangegeven in reactie op de invoering van prestatiebekostiging cGGZ (VWS en NZa), deeladvies geneeskundige GGZ (CvZ) en de declaratiebepalingen in de Release 13a (DBC-O).

LPGGZ vindt het van belang:

- om transparant(er) te maken dat richtlijnen/zorgstandaarden worden omgezet in zorg-/behandelplannen;
- dat deze plannen worden gedocumenteerd in het patiënten dossier;
- dat patiënten/familie meepraten over het eigen plan;
- dat patiënten/familie de geleverde zorg kunnen beoordelen
- dat patiënten aanknopingspunten voor zelfmanagement krijgen
- dat informatie over de kwaliteit en de patiëntoordelen vergelijkbaar en openbaar wordt gemaakt;
- dat patiënten/familie (daarmee) keuzeondersteunende informatie in handen krijgen
- dat tarieven gerelateerd zijn aan de zorg(vraag)zwaarte.

Om de 'zorgvraagzwaarte' uit te werken, stellen wij een 'beveiligde' projectomgeving voor waarin zorgkosten in relatie tot patiëntkenmerken worden onderzocht op (mogelijke) verbanden.

Eerdere inventarisaties vanuit ROM, DBC-O, SDO en SIRM geven aanleiding om te verwachten dat er verbanden bestaan, maar dat we nog over onvoldoende (methodologisch betrouwbare) informatie beschikken.

Doel

Het zou mooi zijn als het project zorgvraagzwaarte-profielen op basis van clusteranalyse van de gegevens oplevert. Het traject zal ertoe moeten leiden:

1. dat er afspraken komen over welke gegevens zorgverzekeraars krijgen vanaf 2013 en verder
2. inzet is dat er in 2013 gegevens verstrekt worden ten behoeve van de zorginkoop 2014.

In de optiek van LPGGZ dienen eventuele afspraken over de beschikbare informatie te voldoen aan een paar voorwaarden. De term 'beveiligd' is in het kader van privacy persoonsgegevens bedoeld. Voor LPGGZ is een aantal zaken –vanuit cliëntperspectief- van wezenlijk belang. Daartoe brengen wij graag de volgende uitgangspunten naar voren:

1. In de 'projectomgeving' waar de mogelijke verbanden worden onderzocht op basis van gegevens, zal worden gewerkt met o.a. persoonsgegevens. Tijdens en na de projectperiode geldt vertrouwelijkheid van de participerende partijen en het door VWS aangewezen onderzoeksbureau, m.b.t. de verkregen gegevens.
2. Na afloop van het uitwerken van zorgvraagzwaarte, c.q. na afronding van het project zullen alleen gepseudonimiseerde gegevens worden gebruikt in het kader van risicoverevening.
3. Na afloop van het project zorgvraagzwaarte worden vanuit het project) geen gegevens op individueel patiëntniveau beschikbaar gesteld aan zorgverzekeraars t.b.v. de zorginkoop, daartoe worden zorgaanbieders ook niet verplicht om dit zelf te doen, maar vindt inkoop plaats op basis van niveau's van zorgvraagzwaarte en geaggregeerde informatie over de populatie van zorgaanbieders.
4. Indien na afronding van het project zorgvraagzwaarte en na besluitvorming door de daartoe bevoegde partijen wijzigingen optreden in de informatieopslag in DIS en de declaratiebepalingen, wordt dit ter beoordeling voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens met het oog op de bewaking van privacy van persoonsgegevens. .

Tijdens de projectperiode kan – onder bovengenoemde voorwaarden en mits deelnemende partijen instemmen- worden gewerkt met de volgende (gepseudonimiseerde) gegevens:

1. Aard van stoornis binnen de hoofddiagnosegroep (DIS: hoofddiagnose DSM IV as 1 of 2),
2. Ernst van stoornis naar symptomatologie (SBG: beginscore ROM),
3. Ernst van de stoornis naar impact op functioneren (DIS : GAF/WHO-DAS en/of SBG: ROM).
4. Nevediagnose(s) (DIS: nevediagnose(s) DSM IV as 1 of 2),
5. Complicerende factoren (somatiek: DIS: DSM IV as III)
6. Psychosociale factoren/steunnetwerk (omgeving DIS: DSM IV as IV)
7. Verloop van stoornis (DIS: opnemen in EI-standaard)

Tot slot horen wij graag welke fasering en go/no go momenten in de besluitvorming het project kent, zodat wij daarin een bijdrage kunnen leveren.

11 okt 2012

Bijlage C: Zvz-model 1.0: 7 niveaus

Aard van diagnose	Neveniagnosen	Psychosociaal	GAF-score	Uitkomst
				<i>Regressie</i>
1	0	0	0	1
1	1	0	0	2
1	0	1	0	2
1	0	0	1	2
2	0	0	0	2
1	1	1	0	3
1	1	0	1	3
1	0	1	1	3
1	0	0	2	3
2	1	0	0	3
2	0	1	0	3
2	0	0	1	3
3	0	0	0	3
1	1	1	1	4
1	1	0	2	4
1	0	1	2	4
2	1	1	0	4
2	1	0	1	4
2	0	1	1	4
2	0	0	2	4
3	1	0	0	4
3	0	1	0	4
3	0	0	1	4
1	1	1	2	5
2	1	1	1	5
2	1	0	2	5
2	0	1	2	5
3	1	1	0	5
3	1	0	1	5
3	0	1	1	5
3	0	0	2	5
2	1	1	2	6
3	1	1	1	6
3	1	0	2	6
3	0	1	2	6
3	1	1	2	7

Bijlage D: Advies technische werkgroep

Aan:	Werkgroep zorgvraagzwaarte GGZ	Afzender:	Technische werkgroep zvz
Betreft:	Advies over combinatie- en regressiemodel voor zorgvraagzwaarte-index	Datum:	27 februari 2013

1. Inleiding

Op verzoek van de werkgroep zorgvraagzwaarte heeft de technische werkgroep twee modellen besproken om te komen tot een zvz-index: het combinatiemodel en het regressiemodel. Het combinatiemodel sluit aan op de analyses die eerder in de technische werkgroep zijn besproken en uitgewerkt. Het regressiemodel is geïntroduceerd in de vergadering van de werkgroep zvz op 15 februari jl. en is nog niet in de technische werkgroep besproken.

2. Combinatiemodel en regressiemodel

Het combinatiemodel is toegelicht in de vergadering van de werkgroep zvz op 25 januari jl. Voor dit model geldt dat de laatste stap, namelijk om te komen van de groepen van variabelen naar een index, vooralsnog niet is uitgevoerd. De werkgroep zvz is namelijk van mening dat een indeling van de index op basis van gemiddelde behandeltime en aantallen zorgtrajecten te beperkt is en niet tegemoet komt aan de gewenste medisch herkenbaarheid. Er is in dit model wel sprake van medische herkenbaarheid, maar die zit meer in de samenstelling en voorspellende waarden van variabelen die per hoofdgroepdiagnoses verschillend zijn. Vanwege de variaties die hierin kunnen ontstaan is dit model lastiger uit te leggen.

Het regressiemodel is simpel en eenduidig op hoofdgroepdiagnoses toe te passen. In deze variant wordt de aanwezigheid of afwezigheid van variabelen gescoord. Opgeteld leiden de scores tot een zvz-indeling (6 categorieën). De diagnose weegt daarbij zwaarder dan de overige variabelen (de diagnoses krijgen een score 1, 2 of 3, de overige variabelen een 0 of een 1).

Nadeel van dit model is dat uit eerder onderzoek is gebleken dat er geen sprake is van een zuiver lineair verband en dit model daar wel vanuit gaat. Naast een lineair verband (hoe meer elementen er bij een patiënt meespelen, hoe hoger de zorgvraag) is aangetoond dat er ook sprake is van interacties. In het regressiemodel wordt geen rekening gehouden met de variatie in het effect van de voorspellende waarde voor elke factor (die per hoofdgroepdiagnose verschillen). De factoren worden "constant" gehouden en worden voor alle hoofdgroepdiagnoses op dezelfde manier toegepast.

3. Beoordeling en advies technische werkgroep

DBC-Onderhoud heeft beide modellen doorgerekend en de resultaten hiervan gepresenteerd aan de technische werkgroep. De technische werkgroep is tot de conclusie gekomen dat beide methoden verdedigbaar zijn. De insteek van beide methoden is verschillend, maar het voorspellend vermogen wijkt niet erg van elkaar af. Door de hoge spreiding is de verklaarde variantie bij beide methoden laag. De verklaarde variantie geeft geen gegrond onderscheid om het ene model boven het andere model te verkiezen. Het verschil is dat het combinatiemodel meer recht doet aan de resultaten vanuit de data-analyses en het regressiemodel ook kijkt naar zorginhoud.

Voor de index volgens het regressiemodel is daarnaast gekeken of de 6 groepen die hierdoor ontstaan significant van elkaar afwijken. Daarbij is gekeken naar de behandelminuten en de verblijfsdagen. Wat betreft de behandelminuten blijken de groepen inderdaad gemiddeld significant van elkaar te verschillen, zowel voor de

hoofdgroepdiagnoses afzonderlijk (m.u.v. persoonlijkheidsstoornissen) alsook over de diagnoses heen. Voor de verblijfsdagen is dit in algemene zin ook zo, maar bij sommige lage groepen (1, 2) niet. Dit kan een indicatie zijn om de laagste groepen te clusteren.

Omdat we aan de start staan van introductie van zorgvraagzwaarte en de doorontwikkeling plaatsvindt in een lerende omgeving adviseert de technische werkgroep om voor de meer pragmatische index te gaan volgens het regressiemodel. Dit model is simpel en goed uit te leggen, iets dat in een lerende omgeving de voorkeur zou verdienen boven een statistisch gezien beter model. De huidige opzet van de z vz-index zal vanwege de doorontwikkeling sowieso beperkt houdbaar zijn. Dan moet in dit stadium niet de precisie worden nagestreefd, maar gaat het om het 'oefenen' met het concept.

Dit laat onverlet dat het regressiemodel beperkingen heeft, maar de werkgroep geeft aan dat het om een eerste z vz-maat gaat waarbij alleen DIS-data gebruikt kan worden. Toevoeging van ROM- en Vektis-data moet leiden tot verhoging van de verklaarde variantie. Het model zal een beperkte tijd gebruikt worden en in de doorontwikkeling (o.b.v. ROM- en Vektis-data) vervangen worden door een beter model.

Zoals afgesproken krijgen de vergelijking van de modellen, de beperkingen van de data en het model een plek in het eindrapport.

4. Overige adviezen en opmerkingen van de werkgroep

- Er hoeft geen correctie plaats te vinden op de weging van diagnoses
- De technische werkgroep adviseert om uit te blijven gaan van een dichotomisering van de GAF en niet over te gaan op een driedeling. Eerdere analyses ondersteunen een tweedeling. [Red. vanwege medische herkenbaarheid is uiteindelijk toch gekozen voor een driedeling]
- Bij de diagnose "Aan alcohol gebonden stoornissen" en "Aan overige middelen gebonden stoornissen" ontstaat er een afwijkend beeld in de resultaten; de somatische factoren blijken hier van invloed te zijn, maar dit is niet meegenomen in de ontwikkeling van het model.

Bijlage E: Advies medische herkenbaarheid

Aan:	Werkgroep zvz	Afzender:	Deelnemers klinische blik
Betreft:	Advies bijeenkomst klinische blik d.d. 5 maart 2013	Datum:	13 maart 2013

1. Aanleiding

Een belangrijk onderdeel van het proces om te komen tot een eindadvies over de eerste maat voor zorgvraagzwaarte is de toets op medische herkenbaarheid. Hiervoor is de bijeenkomst klinische blik georganiseerd. De branche- en beroepsverenigingen zijn uitgenodigd om voor deze bijeenkomst experts af te vaardigen. Daarnaast is een aantal toehoorders aanwezig geweest (zie bijlage A voor de deelnemers).

Tijdens de bijeenkomst is het voorkeurscenario gepresenteerd aan de hand van de uitgevoerde analyses en de keuzes die zijn gemaakt. Er is stil gestaan bij de medische herkenbaarheid van de voorspellende variabelen, de (deel)keuzes en het voorkeurscenario. Aan de hand van drie gefingeerde cases is een oefening gedaan of de eerste inschatting van de zorgvraagzwaarte door experts overeenkwam met de zorgvraagzwaarte volgens het voorkeursscenario.

De experts hebben advies uitgebracht en hebben daarnaast een aantal suggesties meegegeven voor de doorontwikkeling van het model.

2. Reflectie op voorspellende variabelen

De vier voorspellende variabelen voor de zorgvraagzwaarte zijn besproken:

1. Aard van de stoornis (uitgesplitst in 1 – 2 – 3)
2. Functionele beperking (GAF) ($\leq 50/\geq 51$)
3. Neveendiagnose(s) (wel/geen)
4. Psychosociale factoren (wel/geen)

De volgende opmerkingen zijn over de variabelen gemaakt:

Ad 1. Aard van de stoornis

De scoring van de aard van de diagnose is gedaan door vijf klinische werkgroepleden ZVZ. Het indelen van de aard van de diagnose (1, 2 of 3) 'over de diagnosegroepen' heen wordt als herkenbaar ervaren. Deze wijze van indeling moet meegewogen worden in de interpretatie van de uitkomsten (zie paragraaf 3).

Ad 2. Functionele beperking (GAF) (<50/>50)

Bij behandelaren in het algemeen heerst het idee dat de GAF-score geen goede voorspeller zou zijn voor de behandelinzet. Uit de cijfers blijkt echter dat de GAF verrassend veel zegt. Blijkbaar middelt het zich uit bij grote aantallen.

Er is gesproken over de huidige grens van de tweedeling (50) en over een eventuele dreedeling. In de praktijk wordt een heel lage GAF (onder de 30) geassocieerd met een hoge behandelinzet. De grafieken met analyses van de GAF laat voor een aantal hoofdgroepdiagnoses zien dat er bij een lage GAF inderdaad een piek in de behandelinzet te zien is. Bij andere diagnoses is juist een lage behandelinzet te zien.

De behoefte is geuit om te onderzoeken of een driedeling van de GAF meer voorspellend zou zijn. De voorspelbaarheid van het model kan echter alleen toenemen als de aantallen zorgtrajecten over de GAF-categorieën voldoende verspreid zijn. Afgesproken is dat DBC-Onderhoud de voorspelbaarheid van het model doorrekent met een driedeling van de GAF, waarbij de grenzen worden gelegd bij ≤ 40 en ≥ 61 (vanwege de verdeling van aantallen over de 3 groepen). Terugkoppeling vindt plaats in de werkgroep zvv van 8 maart a.s..

Opgemerkt wordt dat een driedeling upcoding meer in de hand zou werken dan een twee-indeling.

De werkgroep zvv zal afhankelijk van de uitkomsten en de voor- en nadelen van verdere opsplitsing een besluit nemen ten behoeve van het eindadvies.

[Red; DBC-Onderhoud heeft de analyses voor de GAF uitgevoerd. Over alle hoofdgroepdiagnoses heen neemt de verklaarde variantie hierdoor toe van 6,4% naar 6,5%. De 4% die in de bijeenkomst ter sprake kwam was de verklaarde variantie voor de 8 hoofdgroepdiagnoses. De uitkomsten per hoofdgroepdiagnose wisselen echter sterk, zowel voor de behandelminuten als voor de verblijfsdagen. De werkgroep zvv heeft met name vanwege de toename van de medische herkenbaarheid besloten om in het eindadvies uit te gaan van een driedeling van de GAF. Hierdoor ontstaan 36 groepen die leiden tot 7 zorgvraagzwaarteindicatoren.]

Somatische factoren

De experts vinden het opvallend dat somatische factoren niet voorspellend blijken te zijn. In de analyses is zowel naar enkelvoudige als naar meervoudige somatische nevend diagnoses gekeken. Reden zou kunnen zijn dat de registratie op deze as niet voldoende betrouwbaar is waardoor deze variabele niet als voorspellend naar voren komt. Zodra de koppeling tussen Vektis en DIS gereed is, wordt de voorspellende waarde van deze variabele opnieuw onderzocht.

3. Reflectie op het voorkeurscenario (regressiemodel)

Naar aanleiding van de bespreking van het voorkeurscenario zijn de volgende opmerkingen gemaakt:

- Het model is (op dit moment nog enkel) gebaseerd op de DSM-IV. De DSM-IV is echter een classificatiesysteem en geen diagnostiek. De diagnostiek blijft uitgangspunt van de behandeling. Een goede diagnostiek aan de start van het traject is cruciaal.
- De ontwikkelde zvv index moet (in dit stadium voorzichtigheidshalve) per diagnosegroep bekeken worden en niet over de hoofdgroepdiagnoses heen.
- Het model waarbij een hoge zvv-score gepaard zou gaan met een hoog aantal behandelminuten doet niet altijd recht aan de medische praktijk. Dit is onder andere het geval bij een ernstige en complexe aandoening die kort en intensief behandeld wordt. Het aantal behandelminuten is dan laag, terwijl het zvv indexcijfer hoog zal zijn. NB. [red] Zorgvraagzwaarte is niet gelijk aan de ernst van de aandoening. De huidige operationalisatie van zorgvraagzwaarte ligt echter wel meer tegen de ernst aan, maar in definitie gaat het bij zorgvraagzwaarte om patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten. De hulpvraag zou idealiter in de toekomst ook een variabele moeten zijn die onderdeel uitmaakt van zorgvraagzwaarte. Dit punt wordt opgenomen in de doorontwikkelagenda.
- De verklaarde variantie van het voorkeurscenario is laag. Dit komt door de grote spreiding. Meer data, datakoppeling en analyses moeten het model in de toekomst verbeteren. Omdat nu sprake is van een lage verklaarde variantie is het model (nog) niet toepasbaar op individueel patiëntniveau. Daarom is het van belang om de medische herkenbaarheid van het model voorop te stellen en niet de statistiek leidend te laten zijn.
- In de hoogste zvv groep (6) zit het zware spectrum van de cliëntèle die de meeste zorg verbruikt en de hoogste kosten met zich mee brengt. Meer onderscheid hierbinnen zou wenselijk zijn.

4. Advies experts over het voorkeursscenario en onderliggende keuzes

Samengevat komen de experts tot de volgende constatering en advies:

- De experts kunnen zich vinden in de beslissingen die zijn gemaakt om te komen tot dit scenario
- Het model is, gezien de beperkingen van data en in tijd, een pragmatische oplossing die in de toekomst blijvend moet worden aangescherpt
- Het model lijkt bruikbaar en werkbaar in de praktijk
- Wetenschappelijk gezien kan het model beter onderbouwd worden (beperkingen in dataset etc.)
- Bescheidenheid in interpretatie en toepassing van het model is in dit stadium noodzakelijk. Gebruik de zvc codes/waardes op geaggregeerd niveau en niet op individueel niveau

5. Suggesties voor de doorontwikkelagenda

De deelnemers van de klinische blik adviseren de werkgroep ZVZ om in de doorontwikkeling te kijken naar de volgende variabelen die vanuit klinische ervaring mogelijk voorspellend zouden zijn (in willekeurige volgorde):

- Zorgvraag van patiënt / behoefte aan hulp / ziektebesef,
- Somatische diagnose(s),
- Aard van de aandoening,
- Eerste episode / recidief,
- Ontstaan (acuut/geleidelijk),
- Voorgeschiedenis,
- Duur van aandoening,
- Contextuele factoren (bijv. alleenstaand?)
- Veiligheid / impulsiviteit van patiënt/ suïcidaliteit
- Met / zonder psychose

Bijlage F: Materiële controle

De NZa bepaalt wat bij de controle van rechtmatigheid onder 'voldoende zekerheid' moet worden verstaan voor de AWBZ en de Zvw. Vanaf 2010 hanteert de NZa voor de AWBZ de eis van rechtmatigheid met een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid van 1%. Voor de juistheid van de aangeleverde gegevens voor risicoverevening in de Zvw geldt een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid (of tolerantie) van 3%. Deze voorschriften verplichten de verzekeraar er derhalve zowel toe dat deze bij de uitvoering van de AWBZ en de Zvw rechtmatigheidscontroles verricht, als dat daarbij de genoemde normen worden toegepast. De wettelijke eisen zijn vastgelegd in het protocol Materiële controle.

Voor wat betreft hetgeen onder controle van doelmatigheid wordt verstaan is artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering van belang. Daarin geldt dat de inhoud en omvang van onder de Zvw verzekerde zorg 'mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'. De verzekeraar maakt zoveel mogelijk inzichtelijk welke maatstaven bij deze beoordeling gelden, op grond van artikel 7.5, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering. Hiermee is het kader inzichtelijk gemaakt dat de zorgverzekeraar hanteert bij de beoordeling van doelmatigheid. Het verdient opmerking dat doelmatigheid zich in het algemeen minder goed dan rechtmatigheid laat meten of zich laat vangen in een tevoren nauwkeurig bepaalde cijfermatige score. Deze wordt veelal ook casuïstisch bepaald. Daarom wordt in de praktijk veelal aangesloten bij geldende behandelrichtlijnen of protocollen waaraan zorgaanbieders gebonden zijn, en worden ten behoeve van de controleerbaarheid vaak afspraken gemaakt tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Dit laat onverlet dat per verzekerde controleerbaar moet zijn of de meest aangewezen behandeling (mede met het oog op doelmatigheid) in de door de indicatie aangewezen situatie, heeft plaatsgevonden.

Bijlage G: Uitspraak van het CbB van 8 maart 2012

Het CbB heeft in zijn uitspraak van 8 maart 2012 (LJN: BV8297, College van Beroep voor het bedrijfsleven, AWB 11/317, 11/358 en 11/372) geoordeeld dat de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden in de DBC-systematiek voor de GGZ niet onrechtmatig behoeft te zijn, mits daarbij uitzonderingsmogelijkheden zijn ingebouwd. Die uitzonderingsmogelijkheden kunnen bepaalde groepen gevallen dan wel bepaalde cliënten betreffen, al dan niet beperkt tot gevallen waarin cliënten daarom verzoeken. NZa heeft een uitzonderingsmogelijkheid gecreëerd t.a.v. de verplichting voor zorgaanbieders om diagnose-informatie op de DBC-factuur te vermelden. Patiënt en zorgaanbieder moeten daartoe een verklaring ondertekenen die van deze wens blijk geeft.

Onderstaande overweging van het CbB in deze uitspraak is voor het invoeren van zorgvraagzwaarte op de declaratie relevant, zie het volgende citaat:

‘Een en ander neemt volgens het CbB niet weg dat de mogelijkheid – en daarmee het risico – dat de geheimhoudingsplicht ten aanzien van privé-gezondheidsgegevens niet wordt nageleefd in betekenende mate toeneemt, wanneer deze gegevens buiten de behandelkamer van de zorgverlener in een (gedigitaliseerd) systeem van gegevensverwerking worden ingevoerd. Het vertrouwen in geheimhouding van privégegevens door de psychiater of psychotherapeut, tot wie een cliënt in een persoonlijke behandelrelatie staat, is naar het oordeel van het CbB van een andere orde dan het vertrouwen in de werkzaamheid van de door verweerster bedoelde wettelijke waarborgen dat door derden geen kennis genomen zal kunnen worden van de diagnose-informatie. Daarbij neemt het CbB in aanmerking dat digitale verzending, opslag en verwerking van de DBC-gegevens nu eenmaal de mogelijkheid meebrengt dat door, voor de patiënt en behandelaar onbekende, derden daartoe toegang kan worden verkregen en dat voorts de gegevens in beginsel voor onbepaalde tijd opgeslagen en opvraagbaar zijn en gekoppeld kunnen worden aan andere gegevens. De inschatting van het hiervoor bedoelde risico dat diagnose-informatie kan worden ingezien en kan worden misbruikt, zal van individu tot individu sterk kunnen verschillen. De opvattingen van personen die dit risico niet verwaarloosbaar klein achten en daar zwaar aan tillen, gelet ook op de in hun beleving zeer ongewenste mogelijke gevolgen, kunnen evenwel naar het oordeel van het CbB in het kader van de besluitvorming die hier aan de orde is niet – al zonder meer onrealistisch of van overdreven achterdocht getuigend – terzijde worden geschoven. Het is een feit van algemene bekendheid dat met enige regelmaat blijkt dat de veiligheid van gedigitaliseerde informatiesystemen te kort schiet en dat derhalve aan de opslag van gegevens daarin uit een oogpunt van geheimhouding risico's zijn verbonden. Naarmate dit risico in een individueel geval door een cliënt van appellanten groter wordt ingeschat, zal ook de kans toenemen dat dit een negatief effect, heeft op zijn of haar behandeling. Dit is naar het oordeel van het CbB een gegeven, dat feitelijke invloed kan hebben op de behandeling, en dus eveneens van belang is voor de uitoefening van de beroepspraktijk van appellanten.

Het gaat hier om diagnoses die de kern van het privéleven van de betrokken persoon raken, zodat informatie hierover zeer privacygevoelig is. De waardering van de privacy is naar zijn aard een sterk subjectief bepaalde aangelegenheid. Bovendien gaat het om een grondrecht (eerbiediging van het privéleven) dat in artikel 8 EVRM is verankerd. Door het verband tussen het medisch beroepsgeheim en het in artikel 8, eerste lid, EVRM neergelegde grondrecht – waar het hier medische persoonsgegevens betreft – werkt het toetsingskader van artikel 8 EVRM door in de beoordeling van het gewicht dat toekomt aan de door appellanten naar voren gebrachte belangen, meer in het bijzonder het belang dat appellanten hebben uit hoofde van een deugdelijke uitoefening van hun beroepspraktijk.’