

Definitieve rapportage

Validatieonderzoek van de behandelindex

Drs. Johan Visser*

Drs. Piet de Bekker**

Dr. Xander Koolman**

Dr. Ir. Paul van Drunen*

Dr. Piet Stam*

* Werkzaam bij Equalis Strategy & Modeling B.V. Tot 1-1-2017 was de bedrijfsnaam van deze besloten vennootschap SiRM – Strategies in Regulated Markets.

** Werkzaam bij het Talma instituut, onderdeel van de Vrije Universiteit (VU)

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 16 maart 2017

Contactpersoon:	Johan Visser
E-mail:	Johan.Visser@equalis.nl
Telefoonnummer:	06 – 416 85 221

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	4
1 Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 De behandelindex.....	10
1.3 Vraagstelling en aanpak	11
2 De Behandelindex	12
2.1 Wat meet de behandelindex.....	12
2.1.1 De behandelindex.....	12
2.1.2 Adviezen voor doorontwikkeling van de berekeningsmethode van de behandelindex	14
2.1.3 Adviezen voor het ontwikkelen van een aanvullende indicator (naast de behandelindex)	16
2.2 De gegevens die gebruikt worden voor de berekening van de behandelindex	16
2.2.1 Registratie van de declaratiegegevens	17
2.2.2 Registratie van de casemixindicatoren.....	17
2.2.3 Uniformiteit van de brongegevens.....	18
2.3 De casemixcorrectie	19
2.3.1 Pathologieklassen.....	21
2.3.2 De verzekeringsgrond	22
2.3.3 Toevoegen van kenmerken	22
2.4 Statistische betrouwbaarheid	22
2.4.1 De rol van toeval.....	23
2.4.2 Ondergrens aantal waarnemingen.....	24
2.4.3 Het vaststellen van een hogere of lagere behandelindex	24
3 De beoordeling van het gebruik van de behandelindex als spiegelrapportages ..	27
3.1 Doelstelling spiegelrapportages	27
3.2 Huidige werkwijze	28
3.3 Beoordeling behandelindex in de spiegelrapportages.....	29

3.3.1	Inhoudsvaliditeit	29
3.3.2	Registratiebetrouwbaarheid.....	30
3.3.3	Casemixvergelijkbaarheid	30
3.3.4	Statistische betrouwbaarheid.....	31
4	Het gebruik van de behandelindex in de contractering.....	33
4.1	Doelstelling voor het gebruik in de contractering.....	33
4.2	Huidige werkwijze	34
4.3	Beoordeling van het gebruik van de behandelindex in de contractering.....	35
4.3.1	Inhoudsvaliditeit	36
4.3.2	Registratiebetrouwbaarheid.....	37
4.3.3	Casemixvergelijkbaarheid	37
4.3.4	Statistische betrouwbaarheid.....	37
5	Het gebruik van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie.....	41
5.1	Doelstelling voor het gebruik van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie.....	41
5.2	Huidige werkwijze	41
5.3	Beoordeling van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie	41
6	Het opzetten van een verbetercyclus voor de set van kwaliteitsindicatoren.....	43
Bijlage 1.	Uitgangspunt voor een uniforme methode van berekening van de behandelindex voor de validiteitstoets	45
B1.1	Brongegevens:.....	45
B1.2	Methode.....	47
B1.3	Spiegelrapportage	47
B1.4	Voorstel alternatieve berekening van de behandelindex.....	48
Bijlage 2.	Gehanteerde methode validatie behandelindex fysiotherapie.....	49
Bijlage 3:	Lijst van interviews.....	52
Bijlage 4:	Interviewverslagen.....	53
Bijlage 5.	Uitvraag gegevens.....	65
Bijlage 6.	De empirische clustering van eerdere versie van de behandelindex	66

Managementsamenvatting

De Stichting Kwaliteitsmonitoring Zorg (SKMZ) heeft SiRM/Equalis gevraagd om een validatieonderzoek uit te voeren naar de behandelindex. De SKMZ is een samenwerking tussen vijf verzekeraars (CZ Groep, De Friesland Zorgverzekeraar, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis). Dit validatieonderzoek biedt duidelijkheid over de betrouwbaarheid en validiteit van de behandelindex en de mogelijkheden om de behandelindex te gebruiken voor het verstrekken van spiegelrapportages, voor de contractering en als cliëntkeuzeinformatie.

De behandelindex vergelijkt het gemiddeld aantal zittingen per cliënt in een praktijk met het verwachte aantal zittingen per cliënt op basis van de cliëntenmix. De behandelindex geeft geen inzicht in de geboden kwaliteit. We hanteren in dit rapport de definitie van de NZa voor doelmatigheid: “De optimale benutting van beschikbare middelen; Dat wil zeggen zo laag mogelijke kosten bij een gegeven kwaliteit of maximale kwaliteit gegeven de kosten”¹.

De gegevens die gebruikt worden voor de berekening van de behandelindex zijn afgeleid van de declaratiegegevens. De hoogte van de declaratie van een praktijk wordt mede bepaald door het aantal zittingen en vormt daarmee een betrouwbare weergave van de werkelijke declaraties van het aantal zittingen. De gegevens voor de casemixcorrectie hebben over het algemeen geen directe invloed op de hoogte van de declaratie, maar zullen wel betrouwbaar geregistreerd worden.

In de registratie van de pathologieklassie zit ruimte voor interpretatie, praktijken kunnen verschillende keuzes maken voor eenzelfde cliënt. Wij adviseren dat stakeholders afspraken maken over eenduidige registratie van de pathologieklassie, zodat de mogelijke verschillen in registratie kleiner worden.

De behandelindex geeft een voor casemix gecorrigeerde maat voor het aantal zittingen dat een praktijk voor alle cliënten waarvoor in de gekozen periode zorg is gedeclareerd, heeft uitgevoerd. De kenmerken die gebruikt worden voor de casemixcorrectie vormen een goede basis voor de casemixcorrectie. Een casemixcorrectie is echter nooit volledig. Het is altijd mogelijk om de casemixcorrectie verder te verbeteren. De casemixcorrectie kan bijvoorbeeld nog worden verbeterd door een verbetering in de pathologiecodes en door kenmerken over het functioneren van cliënten toe te voegen. Wij adviseren om een structurele ontwikkelagenda op te stellen, waarin samen met stakeholders gekeken wordt hoe de casemixcorrectie verder kan worden verbeterd. In de ontwikkelagenda

¹ Consultatiedocument; sturen op doelmatigheid, Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2014

kan onderzocht worden of informatie over het functioneren van de cliënt (vanuit bijvoorbeeld de ICF) kan worden toegevoegd.

De rol van toeval speelt bij de berekening van de behandelindex een rol. De rol van toeval is groter naarmate het aantal cliënten in een praktijk lager is en naarmate de verschillen tussen cliënten in een praktijk groter zijn. Aangezien de berekening van de behandelindex per verzekeraar gebeurt, ontstaan er praktijken met relatief weinig cliënten bij die verzekeraar. Voor de situatie waarin een praktijk minder dan 10 cliënten heeft bij een verzekeraar adviseren we om de behandelindex niet vast te stellen. Beter nog zou het zijn om een ondergrens van 30 cliënten te gebruiken.

Zolang iedere verzekeraar de behandelindex berekent op basis van zijn eigen gegevens blijkt uit de uitgevoerde analyses dat dit leidt tot het buiten beschouwing laten van een grote groep praktijken met te weinig cliënten. We adviseren daarom om de behandelindex toch te berekenen als een praktijk minder dan 30 cliënten heeft bij een verzekeraar. De resultaten van de behandelindex voor deze groep moeten dan echter extra voorzichtig geïnterpreteerd worden. Ook bij grotere praktijken kan de rol van toeval nog een rol spelen. Daarom adviseren we om de rol van toeval in de behandelindex expliciet te maken door een betrouwbaarheidsinterval rondom de behandelindex in beeld te brengen.

We adviseren daarnaast om de gegevens van de zorgverzekeraars samen te voegen, zodat het aantal cliënten in een praktijk dat gebruikt wordt voor de berekening van de behandelindex groter wordt. Op die manier worden de resultaten van de behandelindex betrouwbaarder en zijn de resultaten minder afhankelijk van het toeval.

Uit de analyses die SiRM/Equalis samen met de verzekeraars heeft uitgevoerd blijkt dat de verzekeraars de methode conform de specificaties hebben uitgevoerd. De gehanteerde methode is daarmee voor de verzekeraars vergelijkbaar. Wij adviseren om de methode die voor dit rapport is gehanteerd, de basis te laten vormen voor de spiegelrapportages en de contractering en voorafgaand af te stemmen over welke periode informatie wordt geboden.

Het gebruik van de behandelindex als spiegelrapportages

Het doel van de spiegelrapportages is om praktijken te faciliteren in het opzetten van een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Met een dergelijke cyclus brengen praktijken een continue verbetering in hun behandelingen aan. De spiegelrapportage met de behandelindex biedt een bijdrage aan het opzetten van een dergelijke cyclus, maar bevat niet alle informatie die noodzakelijk is (zoals bijvoorbeeld kwaliteitsinformatie) om een dergelijke cyclus op te zetten. Het is de verantwoordelijkheid van de praktijk om een dergelijke cyclus op te zetten.

De behandelindex kan gebruikt worden in de spiegelrapportages van de verzekeraars, maar biedt nog beperkt houvast om deze doeltreffend te gebruiken in een PDCA-cyclus. Om de spiegelrapportages meer toegevoegde waarde te geven voor praktijken bij het opzetten van een PDCA-cyclus adviseren wij:

1. Om een leeswijzer met daarin een beschrijving van de gepresenteerde resultaten, een interpretatie en de berekeningswijze van de behandelindex bij de spiegelrapportage te voegen;
2. Om de informatievoorziening over de spiegelrapportage verder te verbeteren, door bijvoorbeeld informatiefilmpjes, antwoorden op Frequently Asked Questions, informatiebijeenkomsten en/of cursussen te ontwikkelen. De behandelindex kan daarbij ook in de intervisiebijeenkomsten van praktijken besproken worden.
3. Om samen met de stakeholders de spiegelrapportages verder te uniformeren en vorm te geven, zodat de informatie beter aansluit bij de informatie van praktijken voor de PDCA-cyclus;
4. Om de berekening van de behandelindex te baseren op de gegevens van alle verzekeraars;
5. Om kwaliteitsinformatie en cliëntervaringen aan spiegelrapportages toe voegen;

Het gebruik in de contractering

De exacte wijze van contractering is het domein van individuele verzekeraars. De behandelindex kan hierbij als een van de informatiebronnen gebruikt worden. Mededingingstechnisch mogen wel afspraken worden gemaakt over het uniformeren van de informatievoorziening, maar niet over de concrete invulling van de afspraken tussen praktijk en verzekeraar.

Daarmee kan de doelstelling van het gebruik van de behandelindex tussen verzekeraars verschillen. Over het algemeen zal het gebruik van de behandelindex in de contractering tot doel hebben om praktijken te stimuleren om de doelmatigheid van de praktijk te vergroten. Dit een van de taken die is belegd bij de zorgverzekeraars teneinde kwalitatief hoogwaardige en blijvend betaalbare zorg aan de verzekerden te kunnen aanbieden.

De behandelindex kan gebruikt worden voor contractering. Het is echter van belang dat verzekeraars voorzichtig conclusies trekken uit de behandelindex. Voorkomen moet worden dat de onvolkomenheden aan de behandelindex leiden tot een onjuiste conclusie over de behandelindex. Daarom adviseren we voor de toepassing van de behandelindex in de contractering om:

1. Zo snel mogelijk aanvullende informatie over kwaliteit, recidive en AV in de contractering te gebruiken. Ontwikkel hiervoor samen met de stakeholders goede kwaliteitsindicatoren;
2. Een correctiefactor toe te passen als de behandelindex wordt gebruikt om te differentiëren in de contracten;
3. Praktijken de mogelijkheid te bieden om te reageren met aanvullende feiten en cijfers over kenmerken die niet zijn opgenomen in de behandelindex (bijv. Kwaliteit, Recidive). Beoordeel de reactie en pas indien noodzakelijk de afspraken met de praktijk aan. Gebruik de informatie van deze praktijken om de berekening van de behandelindex verder te verbeteren;
4. De spiegelrapportages te gebruiken om praktijken tijdig te informeren over de consequenties die de verzekeraar verbindt aan de behandelindex van de praktijk.

Het gebruik als cliëntkeuzeinformatie

Idealiter is de informatie die verzekeraars gebruiken voor de contractering afgeleid uit de informatie die cliënten gebruiken voor het maken van een keuze voor een praktijk. Cliëntkeuzeinformatie zou daarmee de basis moeten vormen voor de contractering en de spiegelrapportages.

Op basis van de interviews constateren we dat de behandelindex momenteel niet geschikt is als cliëntkeuzeinformatie. Door het ontbreken van kwaliteitsinformatie ontstaat geen volledig beeld van de verschillen in doelmatigheid (in de definitie van de NZa). Kwaliteitsinformatie en patiëntervaringen zijn essentieel voor cliënten om een keuze te kunnen maken. Cliënten (die weten dat ze fysiotherapie nodig hebben) hebben vooral belang dat kwalitatief goede zorg wordt geleverd (binnen de kaders van hun verzekerde pakket). De behandelindex geeft daar geen inzicht in.

De behandelindex geeft mogelijk wel informatie die burgers kunnen gebruiken voor het kiezen van een polis. Daarin is het verwachte aantal zittingen wel van belang.

Verbetercyclus

Wij denken dat het van groot belang is om een verbetercyclus in te richten, waarin zorgverzekeraars samen met stakeholders (zoals vertegenwoordigers van behandelaren, praktijken en cliënten) gezamenlijk de ontwikkeling van de behandelindex met informatie over bijvoorbeeld kwaliteit en patiëntervaringen vormgeven. Op die manier kan de behandelindex evolueren naar een resultaatindex die voor verschillende doeleinden toepasbaar is. Voorbeelden van een vormgeving van een verbetercyclus kunnen gevonden worden in de risicoverevening en bij DICA.

Als we dit vertalen naar de behandelindex, dan adviseren wij:

1. Dat zorgverzekeraars samen met stakeholders gezamenlijk de doorontwikkeling van de behandelindex naar een resultaatindex vormgeven;
2. Dat hiervoor een structuur van doorontwikkeling wordt vastgelegd, waarin
 - a. de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken partijen worden vastgelegd, rekening houdend met wettelijke of toezichthoudende kaders zoals deze bestaan of worden opgelegd;
 - b. een verbetercyclus voor de behandelindex wordt vormgegeven;
 - c. de effecten voor individuele praktijken van verbeteringen uit de verbetercyclus getoetst worden;
 - d. praktijken een stem hebben over de verdere doorontwikkeling van de behandelindex/resultaatindex.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Wettelijk hebben de zorgverzekeraars onder meer als taak om te sturen op de doelmatigheid en de kwaliteit van het zorgaanbod². De NZa definieert doelmatigheid als “De optimale benutting van beschikbare middelen; Dat wil zeggen zo laag mogelijke kosten bij een gegeven kwaliteit of maximale kwaliteit gegeven de kosten”³. Er vindt bij deze afweging dus een uitruil plaats tussen kwaliteit en kosten. Het doel van de sturing op doelmatigheid en kwaliteit is daarmee om de zorgverlening voor de cliënt te optimaliseren; een zo groot mogelijke effectiviteit tegen zo laag mogelijke kosten.

Zorgverzekeraars hebben drie mogelijke sturingselementen om te sturen op doelmatigheid en de kwaliteit van de zorginkoop:

1. Zorgverzekeraars bieden informatie aan hun verzekerden, zodat de verzekerden in staat worden gesteld om een keuze te maken voor een doelmatige zorgaanbieder.
2. Zorgverzekeraars bieden spiegelrapportages aan zorgaanbieders; Zorgaanbieders worden hiermee in staat gesteld om een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op te zetten voor verbetering en/of borging van de doelmatigheid en kwaliteit.
3. Zorgverzekeraars differentiëren in de contracten die zij hebben met zorgaanbieders; Hierdoor kunnen zorgverzekeraars directe sturing uitoefenen op de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening.

De zorgverlening door fysiotherapeuten vormt hierin een bijzondere situatie voor de zorgverzekeraars. De zorg voor jongeren onder 18 jaar en de zorg voor cliënten met een chronische aandoening⁴ valt onder de basisverzekering. De overige zorg kan aanvullend verzekerd kan worden. Verzekeraars bieden aanvullende verzekeringen in veel verschillende varianten aan. Een belangrijk onderscheid tussen de aanvullende

² Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet;

³ Consultatiedocument; sturen op doelmatigheid, Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2014

⁴ Uit een lijst met chronische aandoeningen. Bijlage 1 van het besluit zorgverzekeringen (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2017-01-01#Bijlage1>)

verzekeringen vormt het aantal zittingen dat verzekerd is. Daarmee is er ook nog zorg die niet door een verzekering gedekt wordt⁵.

1.2 De behandelindex

Om hun rol als bewaker van doelmatige zorg in te vullen gebruiken zorgverzekeraars thans de behandelindex fysiotherapie. De behandelindex vergelijkt het gemiddeld aantal zittingen per cliënt (binnen de basis of aanvullende verzekering) in een praktijk met het verwachte aantal zittingen per cliënt op basis van de cliëntenmix. Recent hebben de zorgverzekeraars betrokken bij SKMZ afspraken over verdere uniformering van de behandelindex gemaakt. De behandelindex vormt geen directe maat voor doelmatigheid. Om een afweging te maken in doelmatige zorg is immers naast de kosten of als afgeleide daarvan het aantal zittingen, ook informatie over de kwaliteit van de behandeling noodzakelijk.

Merk hierbij op dat de fysiotherapiebehandelingen onder de aanvullende verzekering nauwelijks een verzekering kunnen worden genoemd. Over het algemeen heeft een cliënt goed zicht op de vraag of hij fysiotherapie nodig gaat hebben, terwijl de verzekeraar dit niet goed kan inschatten. Een verzekerde die een rationele (financieel gedreven) keuze maakt kiest voor een polis die precies gericht is op zijn verwachte noodzakelijke zorg.

Dat betekent dat een verzekerde zonder zorgbehoefte geen aanvullende verzekering afsluit en een verzekerde met een zorgbehoefte wel een aanvullende verzekering afsluit. Als alle verzekerden een rationele (financieel gedreven) keuze maken zijn de kosten van de verzekering daarmee even hoog als de kosten van de behandelingen (interviewverslag 2). Overigens bieden de zorgverzekeraars voornamelijk aanvullende verzekerde pakketten aan, waarvan de fysiotherapie onderdeel uitmaakt. Ook sluit nog altijd een substantieel deel van de verzekerden een aanvullende verzekering af, zonder zekerheid over de noodzaak van deze verzekering. Dat maakt dat de premies voor de aanvullende verzekeringen vooralsnog lager zijn dan de kostprijs van de behandelingen die verzekerd zijn.

⁵ Recent heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht om deze situatie te wijzigen. Systeemadvies fysio- en oefentherapie; Een nieuwe balans in de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg; Zorginstituut Nederland, december 2016

1.3 Vraagstelling en aanpak

De SKMZ heeft aan Equalis gevraagd om een validatie uit te voeren van de geüniformeerde behandelindex fysiotherapie voor het gebruik van de behandelindex bij drie mogelijke doelen:

- Spiegelrapportages
- Contractering
- Cliëntkeuzeinformatie

De beoordeling van de validiteit van de behandelindex voor de drie doelen (contractering, spiegelrapportages, cliëntkeuzeinformatie) is afgeleid van de indicatorstandaard⁶. Deze valt uiteen in een beoordeling van de inhoudsvaliditeit (meet de behandelindex wat hij beoogt te meten?), de registratiebetrouwbaarheid (zijn de gebruikte gegevens volledig en juist geregistreerd), de casemixvergelijkbaarheid (wordt de indicator in voldoende mate gecorrigeerd voor verschillen in zorgzwaarte) en de statistische betrouwbaarheid (in hoeverre kunnen de gevonden verschillen worden toegeschreven aan toeval). De beoordeling voeren we in drie stappen uit:

- Documentanalyse
- Interviews
- Statistische analyse

In hoofdstuk 2 beschrijven we de behandelindex in vier paragrafen. Wat meet de behandelindex (paragraaf 2.1), De gegevens die gebruikt worden voor de behandelindex (paragraaf 2.2), de casemixcorrectie (paragraaf 2.3) en de statistische betrouwbaarheid (paragraaf 2.4). Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3 in op het gebruik van de behandelindex in de spiegelrapportages. In hoofdstuk 4 beoordelen we het gebruik van de behandelindex in de contractering en in hoofdstuk 5 beoordelen we de behandelindex als cliëntkeuzeinformatie.

⁶ Zie bijlage 2 voor de methode en de criteria van beoordeling. Voor een uitgebreide beschrijving van de toetsingscriteria verwijzen we naar <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/PublishingImages/Indicatorstandaard%202.0.pdf>

2 De Behandelindex

2.1 Wat meet de behandelindex

De behandelindex vergelijkt het gemiddeld aantal zittingen per cliënt met het verwachte aantal zittingen per cliënt in een praktijk op basis van de casemix.

Een behandelindex van 100 geeft aan dat het gemiddeld aantal zittingen gelijk is aan het verwachte aantal zittingen. Een hogere index betekent dat meer zittingen plaatsvinden dan verwacht. Een lagere index betekent minder zittingen dan verwacht.

Het verwachte aantal zittingen wordt vastgesteld op basis van de casemix van de cliëntenpopulatie (zie paragraaf 2.3)

De behandelindex geeft geen inzicht in de geboden kwaliteit en geeft daarmee maar beperkt informatie over de doelmatigheid. We hanteren in dit rapport de definitie van de NZa voor doelmatigheid: “De optimale benutting van beschikbare middelen; Dat wil zeggen zo laag mogelijke kosten bij een gegeven kwaliteit of maximale kwaliteit gegeven de kosten”⁷.

2.1.1 De behandelindex

De behandelindex vergelijkt het gemiddeld aantal zittingen per cliënt (binnen de basis of aanvullende verzekering) in een praktijk met het verwachte aantal zittingen per cliënt op basis van de cliëntenmix. De behandelindex geeft daarmee gedeeltelijk zicht op de doelmatigheid van de praktijk. De mate waarin een praktijk in staat is om met meer of minder zittingen cliënten te behandelen is met de behandelindex afgedekt. De kwaliteit van de behandeling en daarmee de vraag of de behandeling tot het verbeteren van het functioneren van de cliënt heeft geleid, maakt geen onderdeel uit van de behandelindex. De behandelindex geeft geen volledig inzicht in de doelmatigheid van de praktijk. Daarvoor is ook kwaliteitsinformatie nodig.

Het is van groot belang dat fysiotherapiepraktijken inzicht gaan bieden in de kwaliteit van de behandelingen die zij uitvoeren, zodat de behandelindex daarmee uitgebreid kan worden. Voor het in kaart brengen van de kwaliteit zijn in de fysiotherapie allerlei mogelijkheden, omdat er veel meetinstrumenten zijn waarmee het behandelresultaat kan worden gemeten. Circa 80% van de fysiotherapiebehandelingen kan gevat worden in een dergelijk resultaat, waarbij het functioneren van de cliënt een centrale rol. Voor nu

⁷ Consultatiedocument; sturen op doelmatigheid, Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2014

is het belangrijk om de fysiotherapiepraktijken goed te informeren over de informatie die de behandelindex wel en niet biedt, zodat een fysiotherapiepraktijk geen verkeerde conclusies verbindt aan de spiegelrapportages.

Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrumentarium is niet een kwestie van de korte termijn, maar van de lange termijn. Daarbij is het van belang om met alle partijen gezamenlijk (zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars) een kwaliteitsvisie te ontwikkelen. Met deze kwaliteitsvisie kan ook een compleet instrumentarium ontwikkeld worden, waarmee inzichtelijk wordt of aan deze kwaliteitsvisie wordt voldaan. De behandelindex vormt een onderdeel van dit instrumentarium. Van belang is dat praktijken werk maken van het bieden van informatie over de effectiviteit van behandelingen, zodat deze ook meegenomen kunnen worden in de afwegingen, die cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken.

In deze paragraaf toetsen we of de uitgevoerde methode gebruikt kan worden voor de berekening van de behandelindex. Een uitgebreide beschrijving van de berekeningswijze van de behandelindex staat in Bijlage B1.4.

Tabel 1. Gemiddelde, standaarddeviatie minimum en maximum aantal zittingen per patiënt per indicatie en behandelindex naar verzekeraars

	Behandelindex				Aantal zittingen			
	Gemiddelde	St. dev.	Min	Max	Gemiddelde	St. dev.	Min	Max
Verzekeraar 1	100	20,2	4,5	525,6	11,1	3,4	1,0	108,2
Verzekeraar 2*	99	18,4	4,1	718,8	11,2	3,5	1,0	116,0
Verzekeraar 3	100	24,5	4,0	1.887,2	10,8	3,7	1,0	188,5
Verzekeraar 4	100	18,6	7,8	1.154,0	10,5	3,5	1,0	112,0
Verzekeraar 5	100	35,9	8,1	1.147,3	11,1	4,0	1,0	207,0

* Bij deze verzekeraar is de landelijk gemiddelde behandelindex iets lager dan 100 als gevolg van afronding.

Tabel 1 toont enkele karakteristieken van de berekende behandelindex voor de verschillende verzekeraars.

De verzekeraars hebben met elkaar afgesproken de methode zo vorm te geven dat de gemiddelde behandelindex voor praktijken gelijk is aan 100. Bij één verzekeraar is sprake van een kleine afwijking van 100 als gevolg van afrondingsverschillen. We zien wel grote verschillen in de standaardafwijking van de behandelindex tussen de verzekeraars. Dit betekent dat de variatie in de behandelindex bij één van de verzekeraars nagenoeg twee keer zo groot is als bij twee van de andere verzekeraars.

Ook in het gemiddeld aantal zittingen per patiënt per indicatie zitten verschillen. De verschillen in het aantal zittingen worden mogelijk gedeeltelijk verklaard door verschillen in casemix tussen verzekeraars. Het gemiddeld aantal zittingen van één cliënt voor één indicatie bij een praktijk loopt uiteen van 10,5 tot 11,2. Ook in de standaarddeviatie zitten verschillen tussen verzekeraars. De standaarddeviatie in het

aantal zittingen is het grootst bij de verzekeraar met ook de grootste standaarddeviatie in de behandelindex. De resultaten van de analyses geven een beeld dat de berekening eenduidig is uitgevoerd. Ook de onderliggende aangeleverde cijfers bevestigen dat beeld.

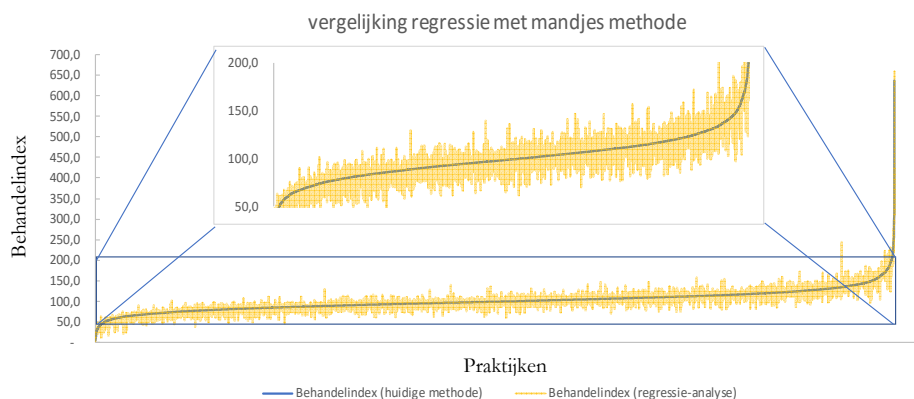
De cijfers geven een goed beeld van de berekening van de behandelindex door de verzekeraars. Door de uitgevoerde controles is zekerheid verkregen over de juiste toepassing van de afgesproken methode door de verzekeraars. SiRM/Equalis heeft hiervoor met alle verzekeraars de procedure doorlopen die zij gevolgd hebben om de behandelindex te berekenen. In de brongegevens zijn geen bijzonderheden gevonden en de berekeningen zijn door de verzekeraars juist uitgevoerd. Wel zien we nog mogelijkheden voor verbetering van de behandelindex. Wij adviseren om deze aanpassingen aan de berekeningswijze stapsgewijs door te voeren.

2.1.2 Adviezen voor doorontwikkeling van de berekeningsmethode van de behandelindex

De behandelindex wordt berekend door een landelijk gemiddelde aantal zittingen per mandje (combinatie van casemixfactoren) vast te stellen en vervolgens het werkelijke aantal zittingen van de praktijk daarmee te vergelijken. Deze methode heeft als voordeel dat de berekeningswijze eenvoudig en transparant is. De keuze om de mandjes met minder dan 60 waarnemingen uit de analyses te houden leidt tot een goede weergave van het verwachte aantal zittingen. Mogelijk betreffen de mandjes met minder dan 60 waarnemingen zeer weinig voorkomende combinaties. Een andere mogelijkheid is dat dit foutieve declaraties betreft. We adviseren om te achterhalen wat de oorzaak is van de kleine omvang van het aantal cliënten in een mandje.

Deze keuze leidt er echter wel toe dat de werkelijke behandelindex voor praktijken die veel cliënten hebben in mandjes met minder dan 60 cliënten mogelijk afwijkt van de berekende behandelindex. Aangezien het kleine groepen verzekerden betreft zal de impact hiervan niet heel groot zijn. Het weglaten van de mandjes met weinig verzekerden is niet noodzakelijk in een methode waarbij een regressie wordt uitgevoerd. De regressie bevat als verklaarde variabele het aantal zittingen en als verklarende variabelen de huidige casemixfactoren.

Figuur 1 geeft een analyse van de verschillen in de resultaten van de mandjesmethode en de regressiemethode. Deze verschillenanalyse geeft daarmee tegelijkertijd inzicht in de gevoeligheid van de methode voor de behandelindex van een praktijk.



Figuur 1. Vergelijking van twee manieren om de behandelindex te berekenen, de mandjesmethode (blauwe lijn) met de regressiemethode (gele lijn)

Overleden verzekerden worden in de berekening van de behandelindex gewoon meegenomen. Het aantal zittingen voor overledenen kan afwijken van de andere verzekerden doordat de periode waarover de zittingen konden plaatsvinden korter zijn. Dit leidt tot minder zittingen dan gemiddeld. Daarnaast kan het zijn dat overledenen juist aan het eind van hun leven nog relatief veel zittingen krijgen. Beide elementen kunnen een substantiële impact hebben op de behandelindex, met name bij praktijken met relatief veel overledenen.

Wij adviseren om in de behandelindex rekening te houden met de overledenen door het aantal zittingen voor deze verzekerden te wegen met de verzekeringsduur van deze verzekerden en tegelijkertijd het aantal zittingen van deze verzekerden bij te schalen alsof de verzekerde een heel jaar verzekerd was. Deze methode is vergelijkbaar met de methode zoals gebruikt wordt in de risicoverevening.

Voorbeeld:

Voor een verzekerde die op 31 januari komt te overlijden en in die periode 2 zittingen heeft gehad hogen we het aantal zittingen op naar een verwacht aantal zittingen van 23,5 in een jaar ($365/31 \times 2$). Vervolgens tellen we deze verzekerde voor de berekening van het gemiddelde van het mandje slechts 0,085 keer mee ($31/365$). Door toepassing van deze methode kan in de behandelindex rekening worden gehouden met afwijkende patronen van het aantal zittingen.

Bij fysiotherapie zijn verschillende vormen van behandelingen. Deze verschillende vormen worden allemaal ongewogen meegeteld. Daarmee telt een groepszitting even zwaar mee als een individuele zitting. Een groepszitting brengt echter minder kosten mee voor een individu dan een reguliere zitting. Ook is het verwachte effect van een groepsbehandeling mogelijk anders. Ook andere (intensievere) behandelvormen

hebben waarschijnlijk een andere impact. Wij adviseren om bij de doorontwikkeling van de behandelindex hiermee rekening te houden.

Praktijken die starten en stoppen tellen mee in de berekening van de behandelindex. Het aantal zittingen per cliënt is in deze praktijken lager dan in praktijken die wel een volledig jaar hun praktijk hebben uitgeoefend. Als deze praktijken wel meelopen in de schattingen, wordt het verwachte aantal zittingen voor alle praktijken lager. Hierdoor wordt de gehanteerde norm scherper en hebben praktijken die het gehele jaar praktiserend zijn een hogere behandelindex. De omvang van dit vraagstuk zal beperkt zijn, omdat het aantal cliënten bij startende en stoppende praktijken relatief beperkt zal zijn. Om hier rekening mee te houden adviseren wij om de startende en stoppende praktijken niet mee te nemen in de analyse, maar wel een behandelindex te berekenen voor de startende praktijken.

2.1.3 Adviezen voor het ontwikkelen van een aanvullende indicator (naast de behandelindex)

Voor de behandelindex van een praktijk tellen alleen de zittingen van de cliënten bij die praktijk. De zittingen van cliënten die ook bij een andere praktijk behandeld worden tellen niet mee. Deze werkwijze levert een prikkel op om cliënten door te verwijzen naar een andere praktijk. Praktijken zijn echter niet verantwoordelijk voor het aantal zittingen van een cliënt bij een andere praktijk. De gekozen werkwijze voor de berekening en de toepassing van de behandelindex is daarom zeer goed te verdedigen. Wij adviseren daarom om naast de behandelindex een indicator op te nemen die inzicht geeft in het aandeel cliënten van een praktijk dat in meerdere praktijken is behandeld.

2.2 De gegevens die gebruikt worden voor de berekening van de behandelindex

De gegevens die gebruikt worden voor de berekening van de behandelindex zijn afgeleid uit de declaratiegegevens.

De hoogte van de declaratie van een praktijk wordt mede bepaald door het aantal zittingen en vormt daarmee een betrouwbare weergave van het werkelijke het aantal zittingen.

De gegevens voor de casemixcorrectie hebben over het algemeen geen directe invloed op de hoogte van de declaratie, maar zullen wel betrouwbaar geregistreerd worden.

In de registratie van de pathologieklasse zit ruimte voor interpretatie, waardoor verschillen tussen praktijken in de registratie kunnen ontstaan. Wij adviseren om met de stakeholders afspraken over eenduidige registratie te maken.

Voor het beoordelen van de registratiebetrouwbaarheid is het van belang op welke wijze de gegevens geregistreerd worden, in hoeverre de gegevens gecontroleerd worden en waarvoor de gegevens nog meer gebruikt worden. Als de gegevens op individueel niveau worden vastgelegd en de gegevens in het primaire proces worden gebruikt is de registratiebetrouwbaarheid normaal gesproken op orde.

De registratiebetrouwbaarheid hebben we beoordeeld aan de hand van interviews en aan de hand van de gegevens die de verzekeraars hebben aangeleverd. Met medewerkers van de verzekeraar die de berekeningen voor de behandelindex hebben uitgevoerd hebben we de berekeningswijze gedetailleerd doorgenomen.

2.2.1 Registratie van de declaratiegegevens

De gebruikte gegevens zijn de declaratiegegevens. Daarvoor hoeft de aanbieder dus geen extra administratieve handeling te verrichten. De gegevens worden gebruikt in het primaire proces, waarmee de registratiebetrouwbaarheid van het aantal zittingen goed is.⁸

2.2.2 Registratie van de casemixindicatoren

De kenmerken die gebruikt worden voor de casemixcorrectie (zie paragraaf 2.2.3) hebben over het algemeen geen directe impact op de hoogte van de declaratie. De casemixcorrectie is deze gebaseerd op de leeftijd, het geslacht, de sociaal economische status van de postcode waarin de cliënt woont, de pathologiecode uit de MDC-code en de verzekeringsgrond.

De gebruikte gegevens voor leeftijd en het geslacht worden ook voor andere doeleinden gebruikt. De verzekeringsgrond is van belang voor de declaratie en de Sociaal Economische Status wordt uit CBS-gegevens op postcode niveau achterhaald, waarmee echter wel een foutmarge op individueel niveau ontstaat. Er kunnen mensen met een hoge SES in een lage SES wijk wonen, en vice versa. Daarmee is het risico op onjuiste gegevens voor de kenmerken leeftijd, geslacht en sociaal economische status klein. Het zou beter zijn om de Sociaal Economische Status op individueel niveau mee te nemen, maar deze is niet op dat niveau beschikbaar. De impact hiervan op het resultaat is naar verwachting beperkt.

⁸ Uit een van de interviews is nog wel gebleken dat enkele jaren geleden de informatie van enkele volmachten nog onvoldoende was. Het is onduidelijk hoe dat in de huidige situatie is. De invloed hiervan op de behandelindex is beperkt.

Voor de pathologiecode uit de MDC-code geldt echter dat deze mogelijk minder betrouwbaar is. Uit de interviews is gebleken dat een fysiotherapeut verschillende valide keuzes heeft voor het registreren van een pathologiecode bij een cliënt. Dit betekent dat eenzelfde cliënt bij verschillende behandelaren in een verschillende pathologiecode ingedeeld kan worden. De registratiebetrouwbaarheid kan verbeterd worden door afspraken te maken over uniformering van de classificatie van cliënten.

Zodra er consequenties aan de behandelindex worden verbonden ontstaan verschillende perverse prikkels in het systeem, die de registratiebetrouwbaarheid of de zorgverlening niet ten goede komen. Bij registratiebetrouwbaarheid beoordelen we feitelijk alleen of de gegevens overeenkomen met de werkelijkheid. Het kan echter ook zijn dat de behandeling wordt aangepast. De registratie kan dan wel overeenkomen met de werkelijkheid. Het heeft echter een negatieve impact op de behandeling zelf.

Enkele voorbeelden van perverse prikkels zijn:

- Het registreren van een andere pathologiecode om in een andere klasse van pathologiecodes wordt ingedeeld met een hoger verwacht aantal zittingen;
- Het registreren van meerdere pathologiecodes in verschillende klassen
- Het doorverwijzen van cliënten die veel behandelingen krijgen na een bepaald aantal behandelingen

Deze ongewenste prikkels kunnen worden weggenomen door naast de behandelindex ook indicatoren op te nemen die gericht zijn op het tegengaan van deze perverse prikkels, zoals het aandeel cliënten dat in een praktijk wordt doorverwezen en het aandeel cliënten met meerdere pathologiecodes en daar vervolgens (steekproefsgewijs) controles op uit te voeren.

2.2.3 Uniformiteit van de brongegevens

Naast een kwalitatieve beoordeling van de registratiebetrouwbaarheid hebben we ook een meer kwantitatieve toets van de gebruikte gegevens. Deze toets was erop gericht om te borgen dat de verzekeraars allen dezelfde brongegevens gebruiken en dat dezelfde set van gegevens gebruikt wordt voor de berekening van de behandelindex.

Voor het uitvoeren van deze toets hebben we samen met de zorgverzekeraars de stappen doorlopen die zijn gebruikt voor de berekening van de behandelindex. Naar aanleiding daarvan hebben de zorgverzekeraars nog kleine aanpassingen in hun methode en gebruikte gegevens gemaakt.

Op basis van deze analyse hebben we geconstateerd dat de verzekeraars de berekening van de behandelindex uniform toepassen en dat er slechts kleine verschillen in de brongegevens zitten die geen impact hebben op de resultaten.

Overigens bevelen we aan om de analyses voor de behandelindex te verbeteren door de gegevens van de verzekeraars samen te voegen en daarop de berekening van de behandelindex slechts eenmalig uit te voeren. Daarmee is een uniforme berekeningswijze structureel gegarandeerd. (Zie ook paragraaf 3.2 spiegelrapportage)

2.3 De casemixcorrectie

De kenmerken die gebruikt worden voor de casemixcorrectie vormen een goede basis voor de casemixcorrectie.

Een casemixcorrectie is echter nooit volledig. Het is altijd mogelijk om de casemixcorrectie verder te verbeteren. Wij adviseren om een structurele ontwikkelagenda op te stellen, waarin structureel gekeken wordt hoe de casemixcorrectie kan worden verbeterd. Daarbij kan ook informatie over het functioneren van de cliënt (vanuit bijvoorbeeld de ICF) onderdeel worden gemaakt.

De casemixcorrectie kan worden verbeterd door bij de pathologiecodes een inhoudelijke clustering toe te passen, die samen met de stakeholders ontwikkeld wordt.

Het aantal zittingen dat een cliënt krijgt is direct afhankelijk van het aantal zittingen waarvoor de cliënt verzekerd is. Een volledige correctie voor verzekeringsgrond is echter onmogelijk. Om tot een volledige correctie te komen zou het noodzakelijk zijn om alle verschillende aanvullende verzekeringen als apart kenmerk op te nemen in de casemixcorrectie. Dat is om technische redenen niet uitvoerbaar. Wij adviseren om een aparte indicator te ontwikkelen die aangeeft bij welk deel van de cliënten de volledige Aanvullende verzekering uitgedeclareerd wordt.

Een casemixcorrectie is nooit helemaal volledig. Dat betekent dat steeds een weloverwogen balans tussen het bereikte stadium van doorontwikkeling van een meetinstrument en de consequenties die eraan worden verbonden moet worden gekozen.

Het is van belang om de casemixcorrectie door te blijven ontwikkelen. Het ontwikkelen van een goede casemixcorrectie is een proces van jaren (Zie bijvoorbeeld de risicoverevening waarin de correctie reeds sinds 1982 doorontwikkeld wordt, waarbij aanvankelijk volop ruimte bleef voor ex-post compensaties). Dit betekent dat een continue doorontwikkeling van de casemixcorrectie noodzakelijk is. Daarin kan ook

rekening gehouden worden met aanpassingen aan de wijze van zorgverlening aan de meest recente inzichten. Het is gewenst om hiervoor een goed beoordelingskader op te stellen, waarin duidelijk wordt welke kenmerken in aanmerking komen als casemixindicator en welke informatie benodigd is voor de berekeningen van de casemixindicator.

Een mogelijk aangrijpingspunt voor een beoordelingskader voor de casemixcorrectie vormt de driedeling in eigen talent, technologische ondersteuning en coachend behandelen. Voor een beoordeling van het coachend behandelen zouden de eerste twee moeten zijn opgenomen in de casemixcorrectie.

De eerste stap is dat iemand vanuit zijn eigen talenten en omgeving zijn/haar conditie- en functioneringsproblemen zou moeten oppakken. In de tweede stap kan (innovatieve) technologische ondersteuning van het – hiertoe tekortschietend – talent de mogelijkheid bieden om die problemen aan te pakken. Tot slot kan – als talent en techniek (nog) niet volstaan – het coachend behandelen van een cliënt de problemen helpen aanpakken, zowel in preventieve als in curatieve zin.

Dit betekent dat in de casemixcorrectie idealiter talent en techniek moeten worden opgenomen. Als talent of techniek voldoende is moet geen behandeling plaatsvinden. Informatie over talent en technologie is op korte termijn echter niet beschikbaar, waardoor in de casemixcorrectie hiervoor momenteel niet gecorrigeerd kan worden. Vooralsnog betekent dit dat we in de casemixcorrectie uit moeten gaan van de beschikbare informatie. Wij adviseren om na te gaan of het mogelijk is om aanvullende kenmerken te ontwikkelen voor talent en technologie, zodat die mogelijk opgenomen kunnen worden in de berekening van de behandelindex.

De behandelindex bevat een correctie voor de volgende factoren:

- Leeftijd
- Geslacht
- Verzekeringsgrond
- Hoofdgroep pathologie
- Sociaal Economische Status.

Het uitvoeren van een correctie voor deze factoren in een regressiemodel leidt tot een R-kwadraat van ongeveer 0,3 (verschilt tussen verzekeraars, zie Tabel 1). De R-kwadraat geeft inzicht in de mate waarin de variatie in het aantal zittingen verklaard kan worden door de genoemde (objectieve) kenmerken. Een lagere R-kwadraat betekent dat een kleiner deel van de variatie door deze kenmerken verklaard kan worden. In de literatuur

wordt een R-kwadraat tussen de 0,25 en 0,5 over het algemeen als matig aangeduid. Een lagere R-kwadraat kan echter ook aanwijzingen geven dat verschillen in het aantal zittingen vooral verklaard worden door andere kenmerken, waarvoor het aantal zittingen niet gecorrigeerd moet worden (zoals bijvoorbeeld efficiencyverschillen). In dat geval is een R-kwadraat tussen de 0,25 en 0,5 mogelijk zelfs goed. Met de huidige beschikbare gegevens was het niet mogelijk om statistisch vast te stellen of de gevonden R-kwadraat het gevolg is van een onvoldoende correctie voor de casemix of door verschillen in kenmerken waarvoor niet gecorrigeerd moet worden.

Dat betekent dat we de casemixvergelijkbaarheid vooral kwalitatief beoordelen. Hiervoor gebruiken we de input vanuit de interviews. Verschillende geïnterviewden geven aan dat de correctie voor casemixverschillen op dit moment niet afdoende is.

De belangrijkste kenmerken die genoemd zijn voor de verbetering van de casemixindicator vormen de pathologieklassen en het functioneren van de cliënt.

2.3.1 Pathologieklassen

In paragraaf 2.2.2 zagen we reeds dat de registratiebetrouwbaarheid van de pathologieklassen verbeterd kan worden. Het verbeteren van de registratiebetrouwbaarheid op zich zelf leidt al tot een verbeteren van de casemixcorrectie.

Naast de registratiebetrouwbaarheid zagen we ook dat in een eerdere versie van de behandelindex gebruik werd gemaakt van een empirische clustering van de pathologieklassen. Hiermee wordt mogelijk meer recht gedaan aan de verschillen in het verwachte aantal behandelingen voor de 2-cijferige pathologiecode dan in de situatie dat alleen de hoofdgroep van de pathologiecode wordt gebuikt.

Het is het de vraag of binnen een hoofdgroep van de pathologiecodes (3^e cijfer) de subgroepen altijd tot eenzelfde gewenste behandeling leiden. Uit de clusteranalyse blijkt dat binnen een hoofdgroep van pathologiecodes, de subgroepcodes mogelijk tot een verschillende gewenst aantal zittingen leiden. In enkele eerdere versies van de behandelindex zijn de pathologiecodes daarom empirisch geclusterd. Dit leidde tot verschillen in de clustering van jaar op jaar en tot verschillen in de uitkomsten van de clustering bij verschillende verzekeraars.

Door een empirische clustering komt de stabiliteit en ook de transparantie van de behandelindex onder druk te staan. Merk hierbij overigens op dat bij de berekening van de behandelindex met een indeling van pathologieklassen op basis van de empirische

clustering niet tot een grote stijging van de R-kwadraat leidde. Mogelijk is de impact voor individuele praktijken van zo'n clustering wel substantieel.⁹

Een alternatief voor de empirische clustering is een inhoudelijke clustering van de hoofd- en subgroep van de pathologiecodes. Wij adviseren zorgverzekeraars om deze inhoudelijke clustering samen met zorgaanbieders nader te onderzoeken en bij de doorontwikkeling mee te nemen.

2.3.2 De verzekeringsgrond

Zittingen die niet via de AV of BV vergoed worden door de verzekeraars tellen niet mee voor de behandelindex. Over het algemeen zal gelden dat de behandeling van een cliënt stopt op het moment dat meer zittingen nodig zijn dan verzekerd zijn. Een praktijk met veel cliënten met een lage AV zal hierdoor een lagere score krijgen op de behandelindex dan een praktijk met veel cliënten met een hoge AV of in de BV. Het kenmerk verzekeringsgrond corrigeert hier ten dele voor. In de berekening van de behandelindex is het niet mogelijk om hier volledig rekening mee te houden. Dat zou betekenen dat voor alle verschillende AV's extra mandjes moeten worden opgenomen. Wij adviseren om naast de behandelindex een aanvullende beoordelingsmaat op te nemen voor het aandeel cliënten waarvoor de AV volledig uitgedeclareerd wordt. Deze beoordelingsmaat biedt daarmee aanvullende informatie ten opzichte van de behandelindex.

2.3.3 Toevoegen van kenmerken

Naast de huidige set van kenmerken ontbreekt nog informatie over het functioneren van de cliënt in de casemixcorrectie. In de ontwikkelagenda kan onderzocht worden of informatie over het functioneren van de cliënt (vanuit bijvoorbeeld de ICF) kan worden toegevoegd. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat deze informatie juist en eenduidig wordt geregistreerd.

2.4 Statistische betrouwbaarheid

De rol van toeval speelt bij de berekening van de behandelindex een rol. De rol van toeval is groter naarmate het aantal cliënten in een praktijk lager is en naarmate de verschillen tussen cliënten in een praktijk groter zijn.

⁹ Bijlage 6 bevat een analyse van de verschillen in de empirische clustering tussen twee verzekeraars

Het is belangrijk dat de behandelindex niet tot conclusies leidt op individueel niveau. Voor individuen zijn er altijd afwijkingen op de score mogelijk.

Aangezien de berekening van de behandelindex per verzekeraar gebeurt, ontstaan er praktijken met relatief weinig cliënten bij die verzekeraar. Voor de situatie waarin een praktijk minder dan 10 cliënten heeft bij een verzekeraar adviseren we om de behandelindex niet vast te stellen.

Beter nog zou het zijn om een ondergrens van 30 cliënten te gebruiken. Zolang iedere verzekeraar de behandelindex berekent op basis van zijn eigen gegevens leidt dit echter tot een grote groep praktijken waarvoor geen behandelindex berekend kan worden.

We adviseren daarom om de behandelindex toch te berekenen als een praktijk minder dan 30 cliënten heeft bij een verzekeraar.

De resultaten van de behandelindex voor deze groep moeten dan echter extra voorzichtig geïnterpreteerd worden. Ook bij grotere praktijken kan de rol van toeval nog een rol spelen. Daarom adviseren we om de rol van toeval in de behandelindex expliciet te maken door een betrouwbaarheidsinterval rondom de behandelindex in beeld te brengen.

Wij adviseren om de gegevens van de verzekeraars samen te voegen en daarmee slechts één behandelindex per praktijk te berekenen. Op die manier wordt het aantal praktijken dat vanwege statistische betrouwbaarheid niet een behandelindex krijgt kleiner.

2.4.1 De rol van toeval

Een belangrijk aspect dat bij de berekening van de behandelindex een rol speelt is toeval. Dit is van belang omdat de behandelindex een berekening is gebaseerd op cijfers uit het verleden en gebruikt wordt om inzicht te verkrijgen over de toekomst.

De mate waarin de score door toeval wordt bepaald is afhankelijk van de omvang van de cliëntpopulatie en de variatie in de behandelindex in die populatie. Bij grote variatie is de kans dat een praktijk in een volgend jaar dezelfde score krijgt veel kleiner dan als nauwelijks sprake is van variatie. Bij een kleiner aantal cliënten is ook sprake van een grotere kans dat de score in een komend jaar afwijkt.

Als een praktijk weinig cliënten behandelt kan een noodzakelijk statistische uitgangspunt (de Centrale Limiet Stelling) niet worden toegepast. Hierdoor is de mate waarin toeval een rol speelt niet goed vast te stellen.

2.4.2 Ondergrens aantal waarnemingen

Aangezien de berekening van de behandelindex per verzekeraar gebeurt, ontstaan er praktijken met relatief weinig cliënten bij die verzekeraar. Voor praktijken met minder dan 10 cliënten bij een verzekeraar adviseren we om geen behandelindex vast te stellen¹⁰. Beter nog zou het zijn om een ondergrens van 30 cliënten te gebruiken. Zolang iedere verzekeraar de behandelindex berekent op basis van zijn eigen gegevens leidt dit echter tot een grote groep praktijken waarvoor geen behandelindex berekend kan worden.

We adviseren daarom om de behandelindex toch te berekenen als een praktijk minder dan 30 cliënten heeft bij een verzekeraar. Ook als sprake is van meer cliënten kan de mate waarin toeval een rol speelt van groot belang zijn. Dat is zeker van belang als binnen een praktijk wordt ingezoomd op een deel van de cliënten met bijvoorbeeld specifieke pathologie. In die gevallen is het aantal waarnemingen kleiner en neemt de onzekerheid toe.

Bij enkele verzekeraars hebben we een analyse gemaakt van het aandeel praktijken dat door het toepassen van deze grenswaarde buiten beschouwing blijft. Bij één verzekeraar blijft 27% van de praktijken en 1,6% van de cliënten buiten beschouwing als een grenswaarde van 10 cliënten wordt gehanteerd, bij een andere verzekeraar levert dit een uitval van 9% van de praktijken en 0,3% van de cliënten op. Bij een grenswaarde van 30 cliënten is dit respectievelijk 55% en 26% voor het aandeel praktijken dat buiten beschouwing blijft en 8,1% en 2,4% van de verzekerden.

Indien de gegevens van de verzekeraars samengevoegd worden vervalt een groot deel van het probleem met te weinig waarnemingen. We adviseren om de berekening van de behandelindex zo snel mogelijk uit te voeren op de gecombineerde gegevensset van alle verzekeraars.

2.4.3 Het vaststellen van een hogere of lagere behandelindex

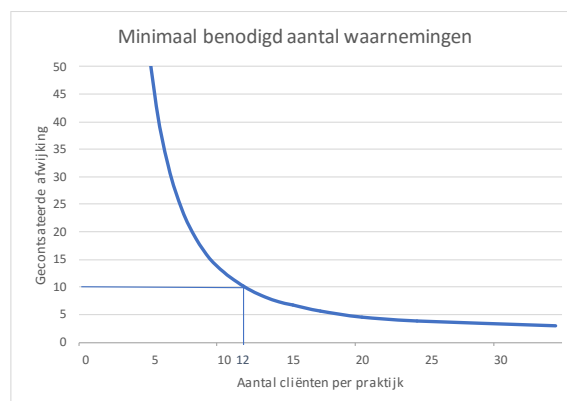
Om vast te stellen of een behandelindex van een instelling beter of slechter is dan de behandelindex van een andere praktijk of om vast stellen dat een praktijk een betere of slechtere score heeft dan een vooraf vastgestelde grenswaarde hangt mede af van het toeval.

Onderstaande figuur geeft aan hoeveel waarnemingen nodig zijn om vast te stellen dat een praktijk een hogere behandelindex heeft dan een vooraf vastgestelde grenswaarde (bij een standaarddeviatie van 20). Bij een hogere standaarddeviatie zal het aantal cliënten hoger zijn. Bij een lagere standaarddeviatie juist kleiner.

¹⁰ De gegevens van deze praktijken kunnen wel gebruikt worden in de berekening van het gemiddelde aantal zittingen per mandje.

Op de verticale as in figuur 2 staat de geconstateerde afwijking. De ruimte onder de grafiek geeft aan dat de berekende potentiële afwijking statistisch significant is. Met andere woorden: Er kan met 95% zekerheid worden vastgesteld dat de gevonden behandelindex hoger is dan de grenswaarde. Een afwijking van 10 punten op de behandelindex kan bij een standaarddeviatie van 20 dus vastgesteld worden bij praktijken met minimaal 12 cliënten.

Figuur 2 Minimaal aantal waarnemingen dat benodigd is om een verschil in de behandelindex vast te kunnen stellen.



In paragraaf 3.3.4 doen we een voorstel hoe met deze onzekerheid om te gaan in de spiegelrapportages. In paragraaf 4.3.4 doen we een voorstel hoe met de onzekerheid om te gaan in de contractering.

3 De beoordeling van het gebruik van de behandelindex als spiegelrapportages

De behandelindex kan gebruikt worden in de spiegelrapportages van de verzekeraars, maar biedt nog weinig aanleiding om deze te gebruiken in een PDCA-cyclus. Om de spiegelrapportages meer toegevoegde waarde te geven voor praktijken bij het opzetten van een PDCA-cyclus adviseren wij:

1. Om een leeswijzer met daarin een beschrijving van de gepresenteerde resultaten, een interpretatie en de berekeningswijze van de behandelindex bij de spiegelrapportage te voegen
2. Om de informatievoorziening over de spiegelrapportage verder te verbeteren, door bijvoorbeeld informatiefilmpjes, Frequently Asked Questions, informatiebijeenkomsten en cursussen te ontwikkelen. De behandelindex kan daarbij ook in de intervisiebijeenkomsten van praktijken besproken worden.
3. Om samen met de stakeholders de spiegelrapportages verder te uniformeren en vorm te geven, zodat de informatie beter aansluit bij de informatie van praktijken voor de PDCA-cyclus.
4. Om de berekening van de behandelindex te baseren op de gegevens van alle verzekeraars.
5. Om kwaliteitsinformatie en cliëntervaringen aan spiegelrapportages toe voegen

3.1 Doelstelling spiegelrapportages

De spiegelrapportage bevat informatie over de behandelindex, het werkelijke en het verwachte aantal zittingen en biedt daarmee inzicht in de mate waarin een praktijk relatief veel of weinig zittingen verleent aan zijn cliënten. Het biedt geen inzicht in de kwaliteit van de behandelingen.

Het doel van de spiegelrapportages is om praktijken te faciliteren in het opzetten van een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Met een dergelijke cyclus brengen praktijken een structurele verbetering in hun behandelingen aan. De spiegelrapportage met de behandelindex biedt een bijdrage voor het opzetten van een dergelijke cyclus, maar bevat niet alle informatie die noodzakelijk is om een dergelijke cyclus op te zetten. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de praktijk om een dergelijke cyclus op te zetten.

3.2 Huidige werkwijze

Diverse zorgverzekeraars geven op dit moment spiegelrapportages aan fysiotherapiepraktijken in de vorm van de behandelindex. Deze spiegelrapportages verschillen in de opgenomen informatie en in de vormgeving tussen de verschillende verzekeraars.

Iedere verzekeraar maakt de spiegelrapportage op basis van de eigen gegevens over declaraties en de verzekerdenpopulatie. In de afgelopen periode hebben de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over uniformiteit in de methodiek voor het vaststellen van de behandelindex (Zie bijlage 1). Deze uniformering is nog niet doorgevoerd in de spiegelrapportages. Over het algemeen bevatten de spiegelrapportages informatie over:

- Aantal cliënten
- Score behandelindex
- Score behandelindex per subgroep in vergelijking tot de andere praktijken (welke subgroepen zijn opgenomen kan verschillen tussen verzekeraars)
- Aandeel cliënten in een subgroep van de zorgverzekeraar in de praktijk

Verder biedt een spiegelrapportage achtergrondinformatie waarmee de praktijk inzicht krijgt in de samenstelling van de cliëntenpopulatie van zijn praktijk ten opzichte van het gemiddelde van alle praktijken waarover de zorgverzekeraar informatie bezit. Ook is voor de opgenomen kenmerken een inschatting gegeven van de behandelduur bij de cliënt versus de landelijke populatie.

De zorgverzekeraars bepalen ieder individueel of een praktijk een spiegelrapportage ontvangt. Omdat iedere zorgverzekeraar zijn eigen spiegelrapportage geeft, kan het zijn dat een fysiotherapiepraktijk van verschillende verzekeraars een spiegelrapportage krijgt. Een praktijk kan daarmee over dezelfde periode van verschillende verzekeraars rapportages ontvangen met verschillende resultaten voor de behandelindex.

Hoewel het niet altijd zo wordt ervaren, is het doel van de spiegelrapportages om fysiotherapiepraktijken inzicht te bieden in het eigen (be)handelen en zo zorgverleners te motiveren om een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op te zetten, waarin de doelmatigheid van de behandelingen door de zorgaanbieder wordt verbeterd.

3.3 Beoordeling behandelindex in de spiegelrapportages

3.3.1 Inhoudsvaliditeit

Fysiotherapiepraktijken hebben over het algemeen een intrinsieke motivatie om kwalitatief goede zorg te leveren. De behandelindex als spiegelrapportages kan toegevoegde waarde bieden om de juiste acties te ondernemen en een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op te zetten. De behandelindex ziet slechts op een deel van de doelmatigheid. Daarmee biedt de behandelindex een onderdeel van de gewenste informatie. Zo lang nog geen informatie over de kwaliteit beschikbaar is, zal een praktijk ook andere informatie nodig hebben om een adequate PDCA-cyclus op te zetten.

Wij adviseren om zo snel mogelijk kwaliteitsinformatie op te nemen in de spiegelrapportage. Ook andere informatie (zie hoofdstuk 2) over de AV, doorverwijzingen, etc. kan toegevoegd worden. Hoe vollediger het beeld over de doelmatigheid van de praktijk, hoe beter de praktijk de informatie kan gebruiken in een PDCA-cyclus.

Er zijn verschillende aanwijsbare redenen, waarom de spiegelrapportages tot op heden niet of nauwelijks gebruikt wordt voor het opzetten van een PDCA-cyclus:

- Verschillende verzekeraars leveren ieder hun eigen spiegelrapportage. Dit leidt ertoe dat iedere praktijk verschillende waarden voor de behandelindex verkrijgt. Zeker als deze waarden veel verschillen is het voor een praktijk lastig om hierbij de juiste acties op te zetten.
- De huidige spiegelinformatie genereert wel een prikkel voor de praktijken om zelf acties te ondernemen; een score onder het gemiddelde nodigt uit tot verbeteren van de eigen prestaties.
- De berekeningen achter de spiegelrapportages zijn voor praktijken niet duidelijk, waardoor het lastig is om maatregelen te nemen om de doelmatigheid te verbeteren. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat de behandelaren als primaire taak hebben om te behandelen, niet om statistische analyses te beoordelen. De informatie moet klip en klaar aangeleverd worden, zodat de behandelaar in één oogopslag weet wat hij moet doen om zijn functioneren te verbeteren. Het risico is daarmee groot dat praktijken verkeerde conclusies trekken uit de informatie en mogelijk ongewenste acties in gang zetten.

Wij adviseren om de gegevens van de verzekeraars samen te voegen, zodat de praktijk slechts één behandelindex krijgt.¹¹ Hiermee verbetert de bruikbaarheid van de spiegelrapportage voor de praktijk. Bovendien leidt dit tot minder problemen in de statistische betrouwbaarheid (Zie paragraaf 2.4).

Daarnaast adviseren we om samen met de stakeholders een uniform format te ontwikkelen voor de spiegelrapportages. De huidige spiegelrapportages bieden onvoldoende houvast voor praktijken om deze informatie mee te nemen in een PDCA-cyclus. Het is gewenst om samen met praktijken na te gaan welke informatie op welke wijze in de spiegelrapportages moet worden opgenomen om de praktijken ook te faciliteren met het opzetten van een PDCA-cyclus. Daarbij kan dan direct ook de uniformering van de spiegelrapportages van de verzekeraars op worden gepakt.

Tot slot adviseren we om de (meta-)informatievoorziening rondom de spiegelrapportages te verbeteren. In ieder geval is een leeswijzer bij de spiegelrapportage noodzakelijk. In een dergelijke leeswijzer staat welke informatie gepresenteerd wordt, hoe deze geïnterpreteerd kan worden, en hoe de berekening van de behandelindex plaatsvindt.

We denken dat het noodzakelijk is om de praktijken verder te ondersteunen om tot een goede interpretatie van de spiegelrapportage te komen. Dit kan bijvoorbeeld door het verzorgen van cursussen, het inrichten van een helpdesk, het opzetten van een Frequently Asked Questions lijst, het opzetten van informatiebijeenkomsten, en het vormgeven van instructiefilmpjes. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verzekeraars en de praktijken om dit verder uit te werken. Ook zou de spiegelrapportage in interviews tussen praktijken kunnen worden besproken.

3.3.2 Registratiebetrouwbaarheid

De impact van de beperkingen in de registraties (zie paragraaf 2.2) op de uitkomsten in de spiegelrapportages is beperkt. Wij adviseren wel om de benoemde punten in paragraaf 2.2 snel met de stakeholders op te pakken, zodat de kwaliteit van de spiegelrapportages verder toeneemt.

3.3.3 Casemixvergelijkbaarheid

In paragraaf 2.3 zagen we dat de casemixcorrectie nog verbeterd kan worden. Hiermee kan het zijn dat een score op de behandelindex voor een individuele praktijk onvoldoende rekening is gehouden met verschillen in casemix die niet zijn opgenomen

¹¹ Dit levert tevens een voordeel op voor de statistische betrouwbaarheid (zie paragraaf 3.3.4)

in de behandelindex. Op de korte termijn is het niet mogelijk om de casemixcorrectie te verbeteren, daarvoor zijn aanvullende gegevens nodig, die nu niet beschikbaar zijn.

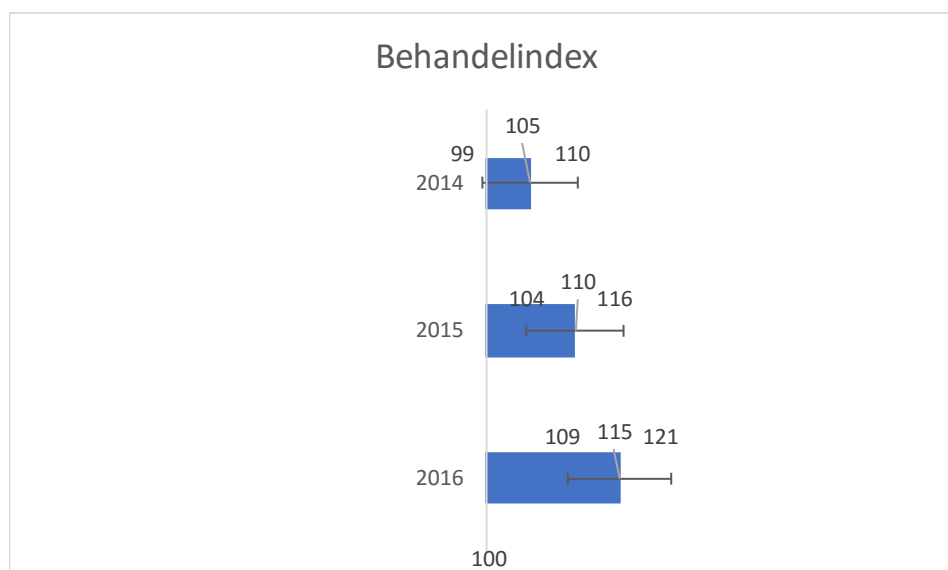
Wij adviseren om de spiegelrapportages te gebruiken om praktijken op te roepen informatie aan te leveren ter verbetering van de casemixcorrectie. Dit geldt specifiek voor praktijken, die aangeven dat hun casemix er voor zorgt dat ze een te hoge behandelindex krijgen. Hiervoor is het noodzakelijk om een beoordelingskader op te stellen waaraan de kenmerken die voor opname in de casemixcorrectie in aanmerking komen en waaraan de informatie moet voldoen om te kunnen toetsen of het opnemen van een aanvullend kenmerk in de casemixcorrectie toegevoegde waarde heeft. Wij adviseren om een dergelijk beoordelingskader te ontwikkelen.

3.3.4 Statistische betrouwbaarheid

Gegeven de rol die toeval speelt in de behandelindex (zie paragraaf 2.4) adviseren wij om bij de presentatie van de behandelindex betrouwbaarheidsintervallen op te nemen. Deze betrouwbaarheidsintervallen bieden de praktijken inzicht in de mate waarin toeval de behandelindex beïnvloed. De interpretatie van het betrouwbaarheidsinterval is dat met een vooraf vastgestelde zekerheid (bijv. 95%) kan worden vastgesteld dat de behandelindex het komende jaar binnen de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval zal liggen. De praktijk kan op die manier anticiperen op mogelijke gevolgen van deze onzekerheid.

Merk op dat het betrouwbaarheidsinterval bij grote praktijken kleiner zal zijn dan bij kleine praktijken. Een voorbeeld van een presentatie van een betrouwbaarheidsinterval staat in figuur 3. Deze praktijk had in 2014 een behandelindex van 105 met een betrouwbaarheidsinterval tussen de 99 en 111. Er kan daarmee voor 2014 niet met (95%)-zekerheid worden vastgesteld dat de behandelindex boven de 100 lag.

Figuur 3. Fictief voorbeeld betrouwbaarheidsinterval behandelindex



4 Het gebruik van de behandelindex in de contractering

De behandelindex kan gebruikt worden voor contractering. Het is echter van belang dat verzekeraars voorzichtig conclusies trekken uit de behandelindex. Voorkomen moet worden dat de onvolkomenheden aan de behandelindex leiden tot een onjuiste conclusie over de behandelindex. Voor het toepassen van de behandelindex in de contractering adviseren we om:

1. Een correctiefactor toe te passen als de behandelindex wordt gebruikt om te differentiëren in de contracten.
2. Praktijken de mogelijkheid te bieden om te reageren met aanvullende feiten en cijfers over kenmerken die niet zijn opgenomen in de behandelindex (bijv. Kwaliteit, Recidive). Beoordeel de reactie en pas indien noodzakelijk het contract aan. Gebruik de informatie van deze praktijken om de berekening van de behandelindex verder te verbeteren.
3. De spiegelrapportages te gebruiken om praktijken tijdig te informeren over mogelijke consequenties van de behandelindex.
4. Zo snel mogelijk aanvullende informatie over kwaliteit, cliëntervaringen, recidive en AV in de contractering te gebruiken. Start hiervoor samen met de stakeholders een doorontwikkelagenda.

4.1 Doelstelling voor het gebruik in de contractering

De specifieke wijze van contractering is het domein van individuele verzekeraars. De behandelindex kan hierbij als één van de informatiebronnen gebruikt worden. Mededingingstechnisch mogen wel afspraken worden gemaakt over het uniformeren van de informatievoorziening, maar niet over de concrete invulling van de afspraken tussen praktijk en verzekeraar. In deze paragraaf beschrijven we de beoordeling van het gebruik van de behandelindex in de contractering en geven adviezen over het gebruik. Het is vervolgens aan de individuele verzekeraars om te besluiten of ze de behandelindex op deze wijze willen gebruiken.

Daarmee is de doelstelling van het gebruik van de behandelindex voor iedere verzekeraar ook verschillend. Over het algemeen zal het gebruik van de behandelindex in de contractering tot doel hebben om praktijken te stimuleren om de doelmatigheid van praktijken te vergroten zodat de verzekeraar kan voldoen aan de taken die hem daartoe zijn opgelegd door toezichthouders.

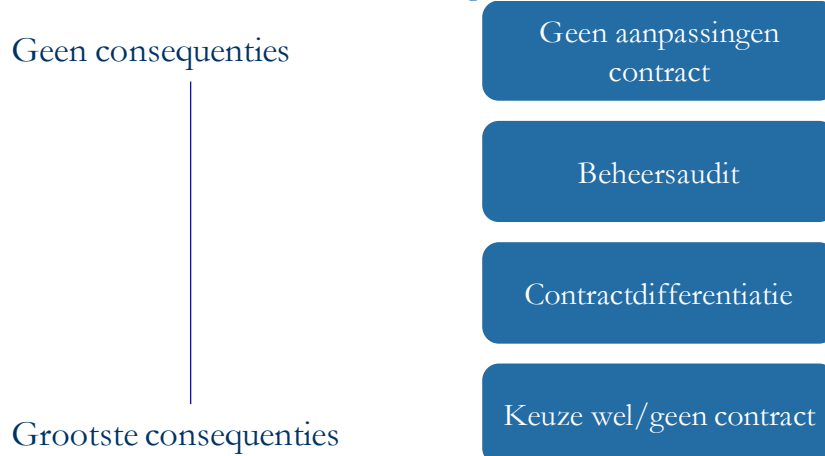
4.2 Huidige werkwijze

Iedere verzekeraar bepaalt zelf op welke wijze zij de behandelindex in de contractering toepast. Enkele zorgverzekeraars hebben in hun inkoopvoorwaarden grenswaarden gedefinieerd waar een praktijk binnen moet blijven om in aanmerking te komen voor een bepaald type contract. Bij andere verzekeraars is geen sprake van contractdifferentiatie op basis van de behandelindex en bij weer andere verzekeraars worden wel consequenties gehangen aan de behandelindex, maar zijn deze niet specifiek in het inkoopbeleid gedefinieerd. We hebben niet onderzocht wat de verschillen in de contracten zijn. Dit is marktgevoelige informatie die we in dit kader niet hebben opgevraagd en buiten de scope van ons onderzoek valt.

Naast de differentiatie in het type contract wordt de behandelindex ook gebruikt om praktijken uit te sluiten van een contract en om een beheersaudit (beheersmodel audit fysiotherapie) uit te voeren bij de betreffende praktijk.

In de praktijk is er daarmee sprake van een gelaagdheid in de consequenties die verzekeraars kunnen aanbrengen op basis van de behandelindex. Figuur 4 toont de maatregelen in de contractering naar oplopende consequenties.

Figuur 4. Mogelijkheden voor het verbinden van consequenties aan de behandelindex in de contractering



Geen aanpassingen contract

Bij enkele verzekeraars worden tot nu toe geen consequenties verbonden aan de behandelindex. Deze verzekeraars gebruiken de behandelindex wel in de inkoop- en kwaliteitsgesprekken, maar hangen daar geen directe consequenties aan.

Beheersaudit

Bij het uitvoeren van een beheersaudit worden geen directe consequenties verbonden aan de behandelindex. Een behandelindex met een verwachte/berekende uitkomst die

ruim boven het gemiddelde ligt, dient als aanleiding om een verdiepend onderzoek uit te voeren. Dit verdiepende onderzoek kan vervolgens wel weer consequenties hebben. Het uitvoeren van een beheersaudit betekent dat een praktijk tijd moet vrijmaken om de beheersaudit te laten plaatsvinden. Dat kan een behoorlijke administratieve last met zich meebrengen. Tegelijkertijd kan een praktijk leren van een dergelijke audit en hiermee de eigen organisatie verbeteren. Bij het niet behalen van de audit is er ook een verbetertraject, scholing om de praktijk daarbij te helpen.

Contractdifferentiatie

Een aantal verzekeraars differentieert in de contracten die praktijken kunnen krijgen op basis van de behandelindex. Twee verzekeraars hanteren hiervoor harde grenswaarden. Indien een praktijk een behandelindex heeft boven een bepaalde grenswaarde krijgt deze praktijk een ander type contract aangeboden. In de type contracten wordt door verzekeraars onder andere gedifferentieerd in de tariefstelling, maar ook in de duur van het contract.

Wel geen contract

Tot slot gebruiken verzekeraars de behandelindex om praktijken vooraf uit te sluiten voor het aanbieden van een overeenkomst. Bij enkele verzekeraars wordt hiervoor een harde grenswaarde van 150 toegepast. Dat betekent dat een praktijk geen contract krijgt als de gemiddelde duur van de behandelingen in de praktijk 1,5 keer zo hoog ligt als de verwachte behandelduur voor de cliëntenpopulatie van de praktijk.

4.3 Beoordeling van het gebruik van de behandelindex in de contractering

Gegeven de beperkingen van de behandelindex (o.a. ontbreken van kwaliteitsinformatie en mogelijkheden voor verbetering van de casemixcorrectie, zie hoofdstuk 2) adviseren wij om de behandelindex met voorzichtigheid te gebruiken in het contracteringsproces. De contractering kan immers grote impact hebben op de inkomsten van een individuele praktijk. Het lijkt ons onwenselijk dat deze consequenties worden verbonden terwijl deze mogelijk veroorzaakt worden door één van de beperkingen van de behandelindex. Tegelijkertijd vormt de behandelindex een goede basis om praktijken met extreme uitschieters in het aantal zittingen per praktijk te identificeren.

Wij adviseren om

1. Indien grenswaarden voor differentiatie in de contractering worden gebruikt, een correctiefactor toe te passen die er voor zorgt dat met een vooraf vastgestelde mate van zekerheid (bijv. 95%) kan worden vastgesteld dat de behandelindex boven de grenswaarde ligt.
2. Praktijken de mogelijkheid te geven om te reageren op het voorgestelde contract en eventueel met feiten en cijfers (over kwaliteit, cliëntervaringen, recidive etc..) aan te tonen dat de voorgestelde aanpassing onterecht is. Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om te beoordelen of de feiten en cijfers een aanpassing van het oorspronkelijke voorstel rechtvaardigen.
3. De spiegelrapportages te gebruiken om praktijken tijdig te informeren over mogelijke consequenties van de behandelindex.
4. Zo snel mogelijk aanvullende informatie over kwaliteit, cliëntervaringen, recidive en AV in de contractering te gebruiken. Start hiervoor samen met de stakeholders een doorontwikkelagenda.

Een alternatief voor het gebruik van de behandelindex is nog om te kiezen voor een andere wijze van financiering, waarbij de praktijk zelf verantwoordelijk is voor de behandelinzet die hij pleegt. Een mogelijke vorm daarvoor is outputbekostiging, waarbij de verzekeraar per cliënt betaalt en de praktijk verantwoordelijk is voor het uitvoeren van een juiste behandeling. Aan een dergelijke aanpassing van de financiering zitten wel risico's verbonden, waarvoor dan mogelijk andere indicatoren gewenst zijn.

4.3.1 Inhoudsvaliditeit

Omdat kwaliteitsinformatie in de behandelindex ontbreekt vormt de behandelindex niet een volledige indicator voor doelmatigheid. Het differentiëren van de contracten op basis van alleen de behandelindex levert gemiddeld genomen een prikkel voor de fysiotherapeut op om minder zittingen per cliënt te leveren. Met de huidige gegevens is het niet vast te stellen of dit een gewenste of ongewenste ontwikkeling is. Daarvoor is ook kwaliteitsinformatie nodig.

Door kwaliteitsinformatie te combineren met de behandelindex ontstaat inzicht in de mate waarin de prikkel tot het uitvoeren van minder zittingen gewenst of ongewenst is. Het toepassen van de behandelindex in de contractering zonder daarbij gebruik te maken van kwaliteitsinformatie leidt op lange termijn in ieder geval tot ongewenste effecten, omdat de druk op minder zittingen ligt en daarmee het risico op onderbehandeling steeds groter wordt. Wij adviseren daarom om zo snel als mogelijk andere indicatoren over bijvoorbeeld kwaliteit en cliëntervaringen toe te voegen, zodat

een volledig beeld van de doelmatigheid van individuele praktijken ontstaat. De prikkel om minder zittingen te doen wordt dan tegengegaan door de prikkel om de kwaliteit in stand te houden of te verbeteren.

Wij adviseren om zo snel mogelijk kwaliteitsinformatie te gebruiken in de contractering, zodat de eenzijdige druk op het verminderen van het aantal zittingen tegengegaan wordt door een vergelijkbare druk op het in stand houden of verbeteren van de kwaliteit van de behandeling.

Daarnaast adviseren we om praktijken de mogelijkheid te bieden om te reageren met aanvullende feiten en cijfers over kenmerken die niet zijn opgenomen in de behandelindex (bijv. Kwaliteit, Recidive). Het is vervolgens aan de individuele verzekeraar om de reactie te beoordelen en het contract hier op aan te passen.

4.3.2 Registratiebetrouwbaarheid

De beperkingen in de registratie leiden mogelijk tot kleine onjuistheden in de berekende behandelindex. Wij adviseren om de voorgestelde aanpassingen zo snel mogelijk op te nemen en bij de beoordeling van eventuele reacties (initieel) rekening te houden met de onvolkomenheden in de registratie. Het is daarbij wel gewenst om dan direct ook afspraken te maken over de verbetering van de registratie.

4.3.3 Casemixvergelijkbaarheid

In paragraaf 2.3 zagen we dat de casemixcorrectie nog verbeterd kan worden. Een onvoldoende casemixcorrectie kan er toe leiden dat bij individuele praktijken een te hoge (of te lage) behandelindex wordt vastgesteld. Wij adviseren om bij eventuele reacties rekening te houden met de onvolledige casemixcorrectie. De aangeleverde feiten en cijfers kunnen dan ook gebruikt worden voor verbetering van de casemixcorrectie in de behandelindex.

4.3.4 Statistische betrouwbaarheid

In paragraaf 2.4 hebben we gezien dat toeval mogelijk een rol speelt bij de behandelindex. Dat betekent dat praktijken met een behandelindex net boven een grenswaarde mogelijk onterecht een ander contract krijgen. Wij adviseren om bij de toepassing van de behandelindex rekening te houden met een correctiefactor, zodat met grote mate van zekerheid kan worden vastgesteld dat de behandelindex van de praktijk daadwerkelijk boven de grenswaarde ligt.

Deze correctiefactor werkt analoog aan de correctiefactor die de politie gebruikt bij het constateren van snelheidsovertredingen. Om zeker te zijn van de overschrijding past de politie een correctie op de gemeten snelheid toe. Door deze correctie toe te passen kan

de politie met een bepaalde mate van zekerheid vaststellen dat de snelheidsovertreding inderdaad heeft plaatsgevonden.

Analoog aan deze methode geeft Tabel 2 de correctiefactor weer voor een correctie van de behandelindex bij praktijken op basis van het aantal cliënten. Voor de berekening van deze correctiefactor zijn we uitgegaan van verschillende standaarddeviaties en een 95%¹² zekerheidspercentage.

De correctiefactor werkt als volgt:

Bij een behandelindex boven de 100 trekt de verzekeraar de correctiefactor van de behandelindex af. Feitelijk hoeft de correctiefactor alleen te worden toegepast indien de behandelindex in de buurt ligt van een grenswaarde en de behandelindex aan de voor de praktijk ongunstige kant van de grenswaarde ligt. De correctiefactor kan er dan voor zorgen dat de gecorrigeerde behandelindex niet aan de ongunstige kant ligt. De correctiefactor corrigeert daarmee voor de onzekerheid in de berekende waarde van de behandelindex.

¹² De grenswaarde van 95% is gebruikelijk in de statistiek. Van deze standaard kan echter door verzekeraars worden afgeweken. In de statistiek wordt ook geregeld gebruik gemaakt van 90% en 99%.

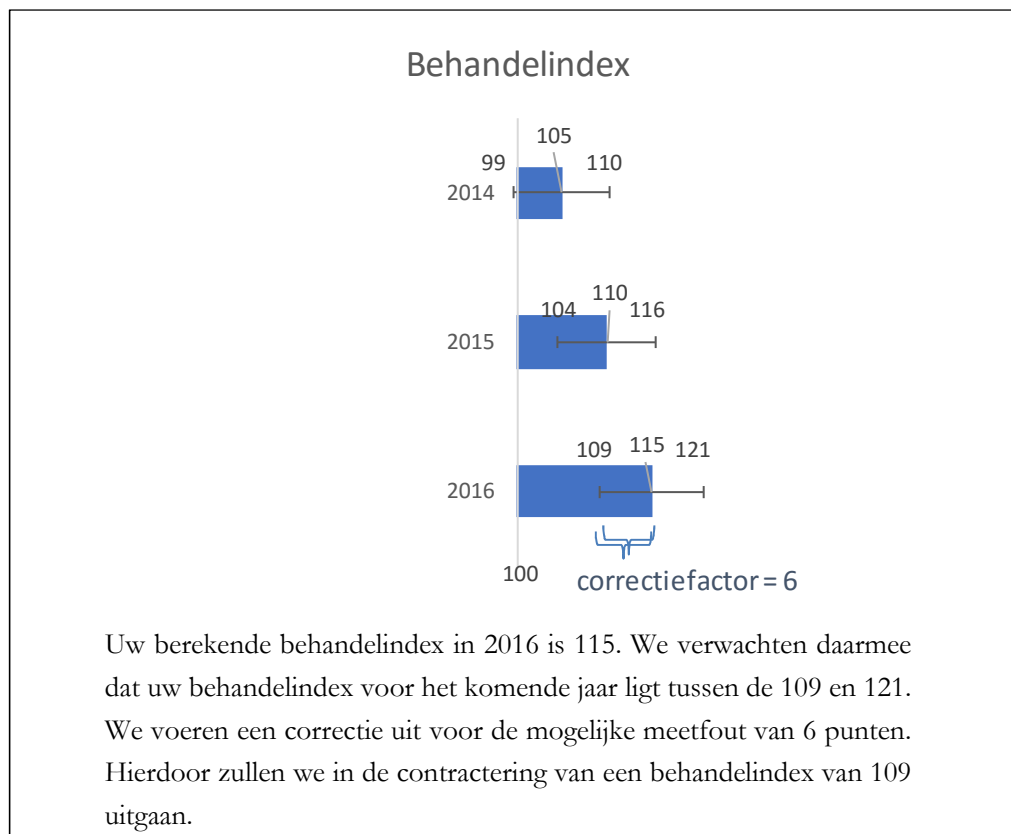
Tabel 2. Correctiefactor bij 95% zekerheid naar aantal cliënten en standaarddeviatie van de behandelindex

St. dev.						
	>=40	>=35 en <40	>=30 en < 35	>=25 en < 30	>=20 en < 25	<20
Aantal cliënten	Correctiefactor					
<=12 en >10	21	19	16	13	11	8
<=15 en > 12	19	16	14	12	10	7
<=20 en > 15	16	14	12	10	8	6
<=25 en > 20	14	12	11	9	7	6
<= 30 en > 25	13	11	10	8	7	5
<=40 en > 30	11	10	8	7	6	4
<=50 en > 40	10	9	8	6	5	4
<=60 en >50	9	8	7	6	5	4
<=70 en > 60	8	7	6	5	4	3
<=100 en > 70	7	6	5	5	4	3
<=150 en > 100	6	5	5	4	3	3
<=200 en > 150	5	5	4	3	3	2
<=250 en > 200	5	4	4	3	3	2
<=300 en > 250	4	4	3	3	2	2
<= 400 en > 300	4	3	3	3	2	2
<=500 en > 400	3	3	3	2	2	2
<= 750 en > 500	3	3	2	2	2	1
<= 1000 en > 750	3	2	2	2	2	1
<= 2000 en >1000	2	2	2	1	1	1
<=3000 en > 2000	2	2	1	1	1	1
>3000	2	1	1	1	1	1

Wij adviseren om in de spiegelrapportages expliciet te maken hoe de correctiefactor werkt. In een verzekeraar specifieke bijlage kan de verzekeraar ingaan op de uitgevoerde correctie en de consequenties die de score zou hebben voor het contract. Bij meerjarige contracten is het in ieder geval mogelijk dat de consequentie in de spiegelrapportage wordt opgenomen. Voor eenjarige contracten is de consequentie mogelijk nog niet duidelijk op het moment van uitbrengen van de spiegelrapportage. In dat geval kan de verzekeraar mogelijk aangeven wat de consequentie van de behandelindex voor het type contract in het lopende jaar zou zijn geweest (bijvoorbeeld “Met deze score komt uw praktijk in het lopende jaar in aanmerking voor een overeenkomst B”). Op 1 april voorafgaand aan het komende contractjaar moeten verzekeraars hun inkoopbeleid publiceren. Indien er consequenties worden verbonden aan de behandelindex moet dit op dat moment ook duidelijk worden gemaakt. Indien het inkoopbeleid nog niet is vastgesteld, kan de definitieve consequentie nog niet vermeld worden. In dat geval kan

de score mogelijk gerelateerd worden aan het inkoopbeleid van het lopende jaar. Op die manier wordt de praktijk tijdig voorbereid op eventuele consequenties en kan hij ook tijdig maatregelen nemen om zijn beleid aan te passen of om de feiten en cijfers te verzamelen om aan te tonen dat sprake is van een specifieke situatie. Figuur 5 geeft een voorbeeld hoe dat er uit zou kunnen zien.

Figuur 5. Voorbeeld informatie ten behoeve van de contractering



5 Het gebruik van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie

De behandelindex is momenteel niet geschikt als cliëntkeuzeinformatie

Door het ontbreken van kwaliteitsinformatie ontstaat geen volledig beeld van de verschillen in doelmatigheid. Kwaliteitsinformatie en patiëntervaringen zijn essentieel voor cliënten om een keuze te kunnen maken.

Cliënten (die weten dat ze fysiotherapie nodig hebben) hebben vooral belang dat goede zorg wordt geleverd (binnen de kaders van hun verzekerde pakket). De behandelindex geeft daar geen inzicht in.

De behandelindex geeft mogelijk wel informatie die burgers kunnen gebruiken voor het kiezen van een polis. Daarin is het verwachte aantal zittingen wel van belang.

5.1 Doelstelling voor het gebruik van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie

Normaal gesproken is de informatie die verzekeraars in de contractering gebruiken ook te gebruiken als cliëntkeuzeinformatie. Het is vervolgens de vraag welke informatie cliënten aanvullend nodig hebben om de keuze te maken. Deze vraag hebben we aan de hand van de informatie uit de interviews beantwoord. In de interviews hebben we twee vertegenwoordigers gesproken van cliënten. Daarmee vormen de resultaten van de interviews geen representatief beeld van de wensen van cliënten, maar geven de resultaten wel een beeld van de mogelijkheden van de behandelindex voor het gebruik als cliëntkeuzeinformatie.

5.2 Huidige werkwijze

De behandelindex wordt op dit moment door geen enkele verzekeraar gebruikt om cliënten te ondersteunen bij het maken van een keuze voor een fysiotherapiepraktijk.

5.3 Beoordeling van de behandelindex voor cliëntkeuzeinformatie

Het aantal zittingen en daarmee de behandelindex vormt volgens de geïnterviewden niet de belangrijkste informatie om een keuze voor een fysiotherapiepraktijk op te baseren. Deels wordt dat natuurlijk veroorzaakt door het feit dat een cliënt zich hiervoor

verzekerd heeft. De cliënt hoeft niet extra te betalen voor een extra zitting (als sprake is van BV of AV). Uit de interviews is gebleken dat cliënten onder andere hun keuze willen baseren op (interviewverslag 4 en 7):

- Reisafstand;
- Cliënttevredenheid/ cliëntervaringen;
- Kwaliteit van de zorgverlening;
- Aandeel cliënten met terugkerende klachten.
- Vergoeding van zorg in de basis- of aanvullende verzekering

Merk hierbij op dat een groot deel van deze informatie vooralsnog echter niet beschikbaar is. Wij adviseren de stakeholders om het beschikbaar krijgen van deze informatie op te nemen in de doorontwikkelagenda.

Het gebruik van de behandelindex als indicator voor cliëntkeuze werkt mogelijk ook averechts, omdat patiënten zonder aanvullende informatie mogelijk juist eerder voor meer behandelingen zullen kiezen dan voor minder behandelingen. Het aanbieden van veel behandelingen kan echter een teken zijn van suboptimale kwaliteit. Gebruik van de behandelindex kan dan juist leiden tot kostenopdrijving en verslechtering van de kwaliteit van de zorgverlening.

De behandelindex zou wel als onderdeel van een set van kwaliteitsindicatoren gebruikt kunnen worden door patiënten. Het is dan belangrijk dat naast de behandelindex, die praktijkvariatie in de behandelinzet (als proxy voor kosten) in kaart brengt, in ieder geval ook een resultaatindex opgenomen wordt. Deze biedt dan inzicht in de baten van de zorgverlening. Tezamen levert dit patiënten een afwegingskader voor doelmatigheid. Deze kan samen met patiënttevredenheid leiden tot een afgewogen oordeel van de patiënt.

De behandelindex biedt mogelijk wel toegevoegde waarde voor de burger die een polis moet kiezen. Voor de burger die een polis moet kiezen is het aantal zittingen dat een praktijk geeft voor een behandeling een indicator voor het gemiddeld aantal zittingen dat een cliënt nodig gaat hebben bij een bekende of bestaande hulpvraag.

6 Het opzetten van een verbetercyclus voor de set van kwaliteitsindicatoren

De fysiotherapie staat aan het begin van het opzetten van een kwaliteitscyclus. De behandelindex moet in deze context dan ook gezien worden als een eerste opzet voor een bredere set van indicatoren, die als spiegelrapportage, contractinformatie en cliëntkeuzeinformatie kunnen worden gebruikt. Deze eerste stap vergt een zorgvuldige toepassing in de contractering en spiegelrapportages en het inrichten van een verbetercyclus voor het totale kwaliteitsbeleid.

Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrumentarium is niet een kwestie van de korte termijn, maar van de lange termijn. Daarbij is het van belang om met alle partijen gezamenlijk (zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars) een kwaliteitsvisie te ontwikkelen. Met deze kwaliteitsvisie kan ook een compleet instrumentarium ontwikkeld worden, waarmee inzichtelijk wordt of een praktijk aan deze kwaliteitsvisie voldoet. De behandelindex vormt een onderdeel van dit instrumentarium. Van belang is dat praktijken werk maken van het bieden van informatie over de kwaliteit van de behandelingen, zodat deze ook meegenomen kan worden bij de afwegingen die cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken.

Als fysiotherapiepraktijken zich richten op het verstrekken van optimale zorg aan hun cliënten, dan is de inzet van meetinstrumenten onontbeerlijk. De resultaten van deze meetinstrumenten kunnen gebruikt worden om de behandelindex te evolueren naar een resultaatindex.

De behandelindex richt zich op dit moment eenzijdig op het aantal zittingen en niet op de kwaliteit of het resultaat van de behandeling. Het inrichten van een compleet instrumentarium kost tijd. De inspanning die dat met zich meebrengt is aanzienlijk, maar noodzakelijk. Alle partijen zouden zich moeten committeren aan een ontwikkelagenda waarin stapsgewijs de huidige behandelindex evolueert naar een resultaatindex. In de tussentijd is het noodzakelijk dat de partijen de beschikbare informatie benutten en gebruiken bij de uitvoering van hun taak. Dat betekent dat zorgverzekeraars de behandelindex inzetten om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid. De behandelindex is daarvoor weliswaar een beperkt instrument, maar kan wel ingezet worden om de excessen en de uitbijters te onderscheiden. Het toepassen van de behandelindex dient vervolgens zorgvuldig te gebeuren.

Het verdient aanbeveling om de consequenties die verbonden worden aan de beschikbare set van indicatoren stapsgewijs op te bouwen en gelijktijdig de set van indicatoren stapsgewijs uit te breiden. Vergelijk hiervoor de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel, waarbij zorgverzekeraars in de eerste jaren niet of nauwelijks

risico liepen over de kosten die zij maakten (dankzij ex post compensaties). Naarmate het risicovereveningsmodel verbeterde, nam ook het risico voor de verzekeraars toe. Inmiddels lopen verzekeraars (bijna) volledig risico over de kosten die zij maken en zijn hun inkomsten (bijna) volledig normatief opgebouwd.

Het is daarbij belangrijk om hiervoor een omgeving in te richten waarin het mogelijk is om met pilots nieuwe aanpassingen aan de set van kwaliteitsindicatoren uit te proberen in een kleine vertrouwde omgeving met enkele praktijken. Hiermee kan ervaring worden opgedaan met deze aanpassingen, zodat ze in een later stadium breed toepasbaar zijn. Het verdient aanbeveling om daarbij de ICT ondersteunend te laten zijn, bijvoorbeeld door het inrichten van een online dashboard, waarin praktijken mogelijkheden hebben om de verzekeraars een terugkoppeling te geven over de gepresenteerde resultaten. Op die manier kan een dialoog ontstaan om de kwaliteit van de informatie te verbeteren, zonder dat dit een grote inspanning voor de zorgverzekeraars betekent.

Bijlage 1. Uitgangspunt voor een uniforme methode van berekening van de behandelindex voor de validiteitstoets

B1.1 Brongegevens:

- Declaratiegegevens zorgverzekeraars
- Iedere record bevat een verzekerde met gebruik van fysiotherapie. Iedere verzekerde komt slechts één keer voor per combinatie van kenmerken per praktijk. Een verzekerde met meerdere indicaties in verschillende hoofdpathologiegroepen komt dus meerdere keren voor.
- Het bronbestand bevat alleen de fysiotherapieverrichtingen en de praktijken waarvoor een behandelindex wordt berekend.
- In het databestand dat verzekeraars gebruiken voor het vaststellen van de behandelindex zijn de volgende variabelen opgenomen:
 - Aantal zittingen (ongewogen telling van alle verschillende soorten zittingen);
 - Kenmerken:
 - Leeftijdsklasse (0-17;18-44;45-64;65-74;75+);
 - Geslacht (man; vrouw);
 - Sociaal Economische Status op postcodeniveau (laag; midden; hoog)
 - Pathologieklassen o.b.v. laatste twee cijfers van de MDC-code (00-09; 10-19; 20-29;30-39;40-49;50-59;60-69;70-79;80-89-90-99)
 - Verzekeringsgrond (Besluitzorgverzekeringswet voormalig lijst borst. (BZV); AV < 12 zittingen; AV >=12 zittingen)
 - Praktijk (AGB-code)
- De peildatum voor leeftijd en geslacht is 1 juli

- De Sociaal economische status wordt toegekend op basis van de postcode van het woonadres. Per postcode is een Sociaal Economische Status gekoppeld. Als sprake is van een onbekende postcode of van een postcode die niet gekoppeld is aan een Sociaal Economische Status (bijvoorbeeld een verzekerde woonachtig in het buitenland) dan worden deze verzekerden in Sociaal Economische Status midden ingedeeld. Bij verzekerden die verhuisd zijn wordt slechts één postcode toegekend (bijvoorbeeld de postcode op peildatum 1 juli of de laatst bekende postcode)
- Verzekerden kunnen in meerdere pathologieklassen ingedeeld worden. Dat is het geval als ze voor meerdere pathologieklassen een behandeling hebben gehad. In het bestand komen verzekerden met meerdere pathologieklassen meerdere keren voor.
 - Een verzekerde met pathologie 41 en 42 krijgt de waarde 1 voor de pathologieklasse 40-49
 - Een verzekerde met pathologie 08 en 41 is opgenomen in twee records. Het eerste record krijgt de waarde 1 voor pathologie 00-09 en het tweede record de waarde 1 voor de pathologieklasse 40-49. De zittingen zijn gesplitst tussen deze pathologiecodes.
- Verzekerden kunnen tegelijkertijd in de BZV en in de AV ingedeeld worden. Dit is het geval indien een verzekerde eerst zorg in de AV verkrijgt en later in de BV. Voor verzekerden die in beide categorieën zijn ingedeeld, zijn meerdere records opgenomen. Het is niet mogelijk om in beide AV klassen te zijn ingedeeld. Als sprake is van een tussentijdse wijziging in het AV pakket worden alle zittingen aan de hoogste AV klasse toegekend.
- Het aantal zittingen vormt het totaal van het aantal zittingen in de praktijken waar een verzekerde behandeld is. Er vindt geen weging plaats van de verschillende soorten zittingen. Alle prestaties behalve screening, toeslagen en poliklinische zittingen worden meegenomen. Alleen zittingen die in de AV of BV vergoed worden tellen mee.
- Zorg die in het buitenland geleverd wordt, blijft buiten beschouwing.
- Leeftijd, geslacht en sociaal economische klasse zijn dummy's (0 als de verzekerde niet in de klasse ingedeeld wordt, 1 als de verzekerde wel in de klasse wordt ingedeeld. De verzekerden worden uniek in deze klassen ingedeeld

- De klassen waarin de verschillende mogelijke kenmerken (Exclusief praktijk) gecombineerd zijn noemen we samen een mandje. Een voorbeeld van een mandje is de groep (leeftijd 0 -17, man, pathologieklassse 00-09, SES laag, AV hoog)
- Cliënten die zijn overleden blijven in het basisbestand.
- Ook de records van cliënten die zijn behandeld bij startende en stoppende praktijken blijven in het basisbestand.
- Mandjes met minder dan 60 waarnemingen worden uit het bestand verwijderd.

B1.2 Methode

- In de eerste stap wordt het gemiddeld aantal zittingen per mandje vastgesteld. Als een verzekerde in meerdere praktijken behandeld is, telt elke praktijk apart mee.
- Het gemiddelde aantal zittingen per mandje vormt het verwachte aantal zittingen voor cliënten die in dat mandje zijn ingedeeld.
- Per record berekenen we een behandelindex door het werkelijke aantal zittingen te delen door het verwacht aantal zittingen en dit te vermenigvuldigen met 100.
- De behandelindex van een praktijk is gelijk aan het gemiddelde van de records waarin behandeling in die praktijk plaatsvond. Verzekerden met meerdere records worden gewogen meegeteld.

B1.3 Spiegelrapportage

- Per praktijk wordt het aantal werkelijke zittingen gedeeld door het verwachte aantal zittingen. Deze quotiënt wordt vermenigvuldigd met 100. Dit vormt de behandelindex
- De behandelindex wordt per praktijk ook voor verschillende subgroepen getoond
- Verzekeraars bepalen zelf of ze een spiegelrapportage aan een praktijk versturen

- Verzekeraars bepalen individueel of ze consequenties in de contractering toepassen voor een praktijk
- Alleen de zittingen van cliënten in de eigen praktijk tellen mee voor de berekening van de behandelindex. Zittingen elders tellen niet mee voor de spiegelrapportage van de betreffende praktijk

B1.4 Voorstel alternatieve berekening van de behandelindex

In de uitgevoerde toets hebben verzekeraars een regressie uitgevoerd die gebaseerd is op de behandelindex. Deze regressie heeft inzicht gegeven in het resultaat van de behandelindex en de gevoeligheid voor de veronderstellingen die gemaakt zijn. Een van de punten die zorgen dat veel waarnemingen niet meegenomen worden is dat de mandjes met minder dan 60 waarnemingen uit het bestand verwijderd worden. In een systeem waarbij met gemiddelden per mandje gewerkt wordt, is het logisch om de minder betrouwbare waarden te verwijderen. Voor een individuele praktijk kan dit een grote impact hebben. Dat is met name het geval als deze praktijk relatief veel cliënten in verwijderde mandjes heeft.

De regressieanalyse maakt duidelijk dat deze methode goed toepasbaar is voor het berekenen van de behandelindex. Een voordeel van de regressiemethode is dat alle records kunnen worden meegeteld. Pas als de waarde van één van de coëfficiënten niet significant is, zal de regressie moeten worden aangepast. De selectie van mandjes met meer dan 60 waarnemingen hoeft dan niet plaats te vinden.

De regressie ziet er dan als volgt uit:

De verklaarde variabele is het ongewogen aantal zittingen

De verklarende variabelen vormen de afzonderlijke kenmerken uitgedrukt in dummy's (1 als een cliënt in de klasse is ingedeeld en 0 als de cliënt niet in de klasse is ingedeeld). Het betreft de kenmerken:

- leeftijd in de klasse met dummy's voor 0-17, 18-44, 45-64, 65-74;
- Geslacht met een dummy voor vrouw;
- SES met een dummy voor laag en midden;
- Pathologieklaas met een dummy voor 00-09, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89);

- Verzekeringsgrond met een dummy voor BZV en AV laag.

In de regressie wordt steeds een klasse weggelaten om te voorkomen dat problemen ontstaan met multicollineariteit. In de regressie is een constante opgenomen die de waarde weergeeft voor de verzekerden die in de combinatie van klassen zijn ingedeeld die uit de regressie zijn weggelaten.

Bij toepassing van deze methode hanteer je de veronderstelling dat het effect van het ene kenmerk onafhankelijk is van de andere kenmerken. Met andere woorden we verwachten dezelfde impact voor het aantal zittingen voor vrouwen met een lage SES als voor vrouwen met een gemiddelde SES.

Uit een analyse van een van de verzekeraars blijkt dat er kleine verschillen zijn in de toegekende waarde van de behandelindex van de mandjesmethode en de regressiemethode.

Bijlage 2. Gehanteerde methode validatie behandelindex fysiotherapie

Het onderzoek naar de validatie van de behandelindex voeren we uit in drie stappen. In de eerste stap hebben we de documenten van de SKMZ beoordeeld. In de tweede stap hebben we acht interviews (Zie voor de lijst met geïnterviewde personen en organisaties bijlage 3) gevoerd. In de laatste stap beoordelen we een set van gegevens van de vijf betrokken verzekeraars. De berekeningen en de brongegevens voor de berekeningen hebben we met de medewerkers van de verzekeraars in detail doorgenomen. De gegevens bieden inzicht in de statistische betrouwbaarheid en in de uniformiteit van de methodiek. We scharen de uniformiteit van de gehanteerde methodiek onder de inhoudsvaliditeit (zie bijlage 4 voor de gegevensuitvraag).

We voeren de beoordeling uit aan de hand van het beoordelingskader dat beschreven staat in de indicatorstandaard. Dat beoordelingskader bestaat uit vijf criteria en wordt gebruikt door het kwaliteitsinstituut bij de beoordeling van kwaliteitsindicatoren. De vijf criteria zijn:

- Inhoudsvaliditeit: Meet de indicator wat hij beoogt te meten?
- Registratiebetrouwbaarheid: Zijn de gebruikte gegevens volledig en juist geregistreerd?

- Casemixvergelijkbaarheid: Wordt de indicator in voldoende mate gecorrigeerd voor verschillen in zorgzwaarte?
- Statistisch betrouwbaar onderscheiden: In hoeverre kunnen de gevonden verschillen worden toegeschreven aan toeval?
- Steekproefvergelijkbaarheid: Is de steekproef waarvoor de indicator gemeten is representatief voor de gehele populatie?

Het criterium steekproefvergelijkbaarheid is niet relevant voor de behandelindex, omdat deze bij de volledige populatie gemeten wordt.

De overige criteria toetsen we in de drie stappen aan de hand van het volgende schema:

	Beoordelen documenten	Interviews	Beoordeling aangeleverde gegevens
Inhoudsvaliditeit	X	X	X
Registratiebetrouwbaarheid	X	X	
Casemixvergelijkbaarheid	X	X	
Statistische betrouwbaarheid			X

Bijlage 3: Lijst van interviews

Persoon	Organisatie	Datum
N. van Meeteren	Stichting LSH	13-12-2016
G. Boschman	Intramed	15-12-2016
J. Benedictus	Patiëntenfederatie Nederland	15-12-2016
F. Eijkenaar	iBMG	20-12-2016
G. Schrijvers	Zorgbelang	22-12-2016
M. de Leur	Keurmerk fysiotherapie	22-12-2016
E. Frenay 't Veen	SKMZ	23-12-2016
M. Sturkenboom, K. Bouten	KNGF	29-12-2016

De volgorde van de verslagen komt niet overeen met de bovenstaande volgorde.

Bijlage 4: Interviewverslagen

De interviewverslagen vormen een samenvatting van de punten die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen.

Interviewverslag 1.

Doelen

Het primaire doel van de behandelindex zou moeten zijn om de informatie te gebruiken als patiëntkeuze-informatie. Contractering en spiegelrapportages zijn slechts afgeleiden van patiëntkeuze-informatie. Het grootste probleem van de behandelindex is daarmee dat de informatie niet gebruikt wordt als patiëntkeuze-informatie. Een belangrijk punt is dat de huidige behandelindex niet geschikt is om patiëntkeuzes te ondersteunen (Zie inhoudsvaliditeit).

Inhoudsvaliditeit

Het belangrijkste aspect is primair het ‘performance-’ en secundair het ‘perceptie-’ resultaat van de behandeling op het (fysiek) functioneren (cf. de WHO ICF¹³; zie tevens het recente “Systeemadvies Fysio- en oefentherapie” van ZiN in opdracht van VWS¹⁴), maar dat wordt met de behandelindex niet verdisconteerd. De behandelindex richt zich alleen op de uitvoering van verrichtingen en brengt daarmee alleen de kostenkant in kaart. Het was beter geweest om met de batenkant te beginnen en daar de kostenkant aan toe te voegen. Voor het in kaart brengen van de baten aan de hand van performance en percepties van het functioneren van patiënten zijn in de fysiotherapie allerlei mogelijkheden, omdat er veel verschillende meetinstrumenten zijn waarmee het behandelresultaat gemeten kan worden. Circa 80% van de fysiotherapiebehandelingen kan gevat worden in een dergelijk resultaat, waarbij het functioneren van de cliënt een centrale rol speelt. Het lijkt daarmee goed mogelijk om (ook) een resultaat-gelieerde baten-kostenindex te ontwikkelen.

Een resultaatindex zal echter ook niet per direct perfect zijn. We moeten dan ook niet eerst jaren op zoek naar de wetenschappelijke heilige graal, maar langs progressief en verantwoord pragmatisme kiezen voor een transitie (inclusief een conversiestrategie) van de behandelindex naar een resultaatindex via een ingroeimodel. Het ingroeipad zoals

¹³ Zie: <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>

¹⁴ Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/actueel/nieuws/2016/zorginstituut-adviseert-geleidelijke-instroom-van-effectieve-fysio--en-oefentherapie-in-basispakket/zorginstituut-adviseert-geleidelijke-instroom-van-effectieve-fysio--en-oefentherapie-in-basispakket/zinl%3ADocument/systeemadvies-fysio--en-oefentherapie/Systeemadvies+fysio--en+oefentherapie.pdf>

dat gehanteerd is in de risicoverevening (invoering per 1-1-1992 met geleidelijk steeds scherpere consequenties) vormt daarvoor een mooi voorbeeld. Voor het ontwikkelen van een resultaatindex zouden we de innovators moeten aanhaken en bij een preferente circumscripte patiëntenpopulatie op korte termijn moeten aanvangen. De VWS-proeftuinen bieden mogelijke kansen om zo'n 'coalition of the willing' te vormen.

Daarbij moeten we niet vergeten dat in het huidige klimaat veel druk ligt om de kosten in de hand te houden. De behandelindex moeten we daarom ook niet zomaar terzijde schuiven. Het is belangrijk om een verantwoord pragmatisme aan te houden, waarbij nu al wel consequenties kunnen worden verbonden aan de behandelindex mits sprake is van een extreme waarde en de mogelijkheid is geboden om in een oplossingsgerichte dialoog uit te leggen wat de oorzaken zijn en welk palet van consequenties voor de professional en de financier – met borging van patiëntenvoortgang en -continuïteit – overwogen en betracht wordt.

Als we het resultaat van een behandelingsaflevering in kaart brengen moeten we niet alleen naar patiënttevredenheid kijken, die overigens maar door een zéér beperkt aantal/percentage van de patiënten geduid wordt. Een hoge patiënttevredenheid betekent daarenboven niet per definitie goede zorg. Het kan ook betekenen dat sprake is van 'pamperen', waardoor cliënten niet gestimuleerd worden om hun talenten voor herstel van hun conditie en functioneren te benutten.

Casemixvergelijkbaarheid

Voor een goede casemixcorrectie zou moeten worden uitgegaan van een complementaire driedeling in te zetten stappen. De eerste stap is dat iemand vanuit zijn eigen talenten en omgeving zijn/haar conditie- en functioneringsproblemen zou moeten oppakken. In de tweede stap kan (innovatieve) technologische ondersteuning van het – hiertoe tekortschietend – talent de mogelijkheid bieden om die problemen aan te pakken. Tot slot kan – als talent en techniek (nog) niet volstaan – het coachend behandelen van een cliënt de problemen helpen aanpakken, zowel in preventieve als in curatieve zin. Deze driedeling ontbreekt thans in de casemixcorrectie.

Registratiebetrouwbaarheid en Statistische betrouwbaarheid

Niet besproken, omdat ontbrekende inhoudsvaliditeit discussie over deze issues vooralsnog overbodig maken.

Interviewverslag 2

Vooraf:

Het KNGF merkt op dat de validatie van de behandelindex door het SKMZ niet past in het proces dat in het bestuurlijk overleg is afgesproken. De afspraken zouden tripartiet gemaakt worden en niet door één van de partijen waarvoor SiRM thans een opdracht uitvoert. Daarbij speelt ook dat de SKMZ niet alle verzekeraars representeert. Het KNGF ziet een bestuurlijk traject voor zich waarbij patiënten, zorgverzekeraars en behandelaars gezamenlijk om de tekentafel gaan om vanuit een greenfield situatie het uiteindelijke resultaat neer te zetten en daarbij gezamenlijk het pad er naar toe te definiëren.

Inhoudsvaliditeit:

De behandelindex kan volgens het KNGF alleen in de contractering worden gebruikt als integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem. Daarbij geldt bovendien dat de behandelindex nog moet worden verbeterd. De behandelindex vormt daarbij één van de aspecten van het kwaliteitsbeleid. Andere onderdelen zijn bijvoorbeeld:

- Inhoud van de behandeling
- Scholing van de behandelaar
- Tevredenheid van de cliënt
- Intervisie tussen praktijken
- Visitaties van praktijken

Het KNGF heeft hiervoor een compleet kwaliteitssysteem in de steigers staan. Daarbij gaat het onder andere om PREMS en PROMS. In dit kwaliteitssysteem kan een verbeterde behandelindex gebruikt worden in de verbetercyclus van alle behandelpraktijken. Daarbij kan het zo zijn dat uit het totale kwaliteitsinstrumentarium blijkt dat een praktijk buiten de boot valt.

De behandelindex kan als individueel instrument niet gebruikt worden (als afrekenmechanisme). Het huidige instrument draagt alleen bij aan het verminderen van het aantal zittingen en niet aan het verbeteren van de zorg. Het geven van spiegelrapportages aan de praktijken leidt er dan logischerwijs toe dat behandelaren het aantal zittingen per cliënt verlagen. Het instrument houdt er geen rekening mee dat dit mogelijk voor een kwalitatief goede behandeling ongewenst is.

Het KNGF geeft aan dat fysiotherapie als onderdeel van de gehele zorgketen moet worden beschouwd. Meer fysiotherapie kan tot besparingen elders in de zorg leiden. Het aantonen daarvan kost tijd, die nu onvoldoende beschikbaar is. Het eenzijdig sturen op kostenbeheersing in de fysiotherapie is volgens het KNGF contra-productief voor de totale zorgkosten. Het is de vraag of dit voor de contractafspraken met de

zorgverzekeraars van groot belang is, omdat er sprake is van schotten tussen de AV en de BV (zie hiervoor ook het advies van ZIN). Fysiotherapie is een belangrijk onderdeel van de AV, maar de AV is geen goede businesscase voor de zorgverzekeraars. Een cliënt die verwacht fysiotherapie nodig te hebben zal een verzekering afsluiten en een persoon die geen fysiotherapie nodig heeft niet. Het is daarom voor een verzekeraar vooral van belang om te sturen op het aantal behandelingen fysiotherapie en de kosten daarvan.

Registratiebetrouwbaarheid

Er is sprake van ongewenste prikkels die leiden tot een onjuiste registratie.

De registratie van de MDC en daarmee de pathologiecodes is nooit bedoeld voor het uitvoeren van een casemixcorrectie en daarvoor volgens het KNGF ook niet geschikt.

Casemixvergelijkbaarheid

De pathologiecodes zijn ongeschikt als casemixcorrectie. Een behandelaar heeft voor een willekeurige cliënt 8 verschillende mogelijkheden om te coderen, zonder dat sprake is van een onjuiste codering.

Een belangrijk onderdeel dat ontbreekt bij de casemixcorrectie vormt de fase waarin de aandoening zich bevindt bij de cliënt. Hier wordt momenteel niet voor gecorrigeerd.

Het is van belang om naar het onderscheid tussen verschillende typen zorg/specialisaties te kijken. De ene praktijk is goed in het behandelen van orthopedische klachten. Een andere instelling is goed in het behandelen van neurologische klachten. Het KNGF geeft aan dat de behandelindex hier onvoldoende rekening mee houdt.

In de huidige behandelindex wordt volgens het KNGF onvoldoende rekening gehouden met comorbiditeit en multimorbiditeit.

Het KNGF is bezig met een systeem dat op lange termijn perspectief biedt om deze problemen op te lossen.

Statistische betrouwbaarheid

De aantallen cliënten die behandeld worden zijn volgens het KNGF te klein om statistisch betrouwbaar de resultaten te kunnen meten. Fysiotherapiepraktijken zijn per definitie kleinschalig. Het onderscheid dat gemaakt moet worden naar klachtenbeelden vergroot dit probleem, waardoor de behandelindex volgens de KNGF niet tot een statistisch betrouwbaar instrument kan leiden.

Mogelijk worden de praktijken in de toekomst groter, waardoor dit probleem uiteindelijk mogelijk kleiner wordt. In de ziekenhuizen (met grote aantallen patiënten

en veel meer personele en financiële capaciteit beschikbaar om hiervoor in te zetten) is dit probleem echter ook nog niet getackeld.

Interviewverslag 3

Inhoudsvaliditeit

De behandelindex komt niet voort uit een meetinstrument en vormt daarmee geen gevalideerd instrument.

De behandelindex kan wel als indicator gebruikt worden. Als sprake is van een behandelindex die echt heel groot of heel klein is kun je daar consequenties aan verbinden. Daarmee kun je met de behandelindex de excessen eruit halen. Een grenswaarde van 150 is dan heel acceptabel.

Het is van belang om bij een geconstateerde overschrijding van een grens een brief te sturen dat er sprake is van een afwijking. Deze afwijking zou dan een reden voor nader onderzoek moeten vormen, maar niet direct tot aanpassing van de contracten moeten leiden.

Praktijken die rond het gemiddelde scoren moeten wel de ruimte krijgen. Een praktijk die van een behandelindex van 98 naar een behandelindex van 102 gaat heeft mogelijk een probleem bij een aanpassing van een contract. De impact voor een praktijk kan groot zijn, terwijl de praktijk niet heel veel anders doet.

Een lage behandelindex in combinatie met een hoog recidief percentage kan alsnog heel ondoelmatig zijn. Dat zit nu niet in de indicatorenset en zou wel moeten worden opgenomen.

Uiteindelijk zou de indicatorenset ook iets over de kwaliteit moeten zeggen. De behandelindex kan dan deel uitmaken van een dergelijke set, samen met patiënttevredenheid, PREM en uitkomst metingen.

Registratiebetrouwbaarheid

De behandelindex is een indicator die verder onderzoek vergt. Door het gebruik van de behandelindex in de contractering ontstaat een slechtere registratie. In de registratie zijn allerlei keuzes mogelijk. Het koppelen van consequenties aan de behandelindex leidt tot strategisch gedrag.

Door transparantie over welke code in welk bakje valt in combinatie met de vrijheid in de keuze voor pathologiecodes kunnen strategische keuzes worden gemaakt.

Voor cliëntkeuzeinformatie kan de behandelindex als onderdeel van het totaal gelden, maar niet op zichzelf staand. Cliëntkeuze zal zich vooral moeten richten op de beste fysiotherapeut, bijvoorbeeld aan de hand van een PREM of een uitkomstmeting

In de spiegelrapportages moet de behandelindex absoluut een rol spelen.

In de huidige setting is sprake van een race to the bottom. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door praktijken die niet aan kwaliteit doen. Centraal moet staan wat nodig is aan zorg en niet wat wordt afgerekend.

Casemixvergelijkbaarheid

De Pathologiecodelijst biedt veel ruimte voor interpretatie. Bij een cliënt heeft een fysiotherapeut gemiddeld genomen 8 verschillende geldige pathologiecodes. Daarmee vormen de huidige pathologieklassen geen goede correctiefactor voor de casemix. Een inhoudelijke clustering van deze codes is wel goed mogelijk.

Daarnaast is het keurmerk fysiotherapie bezig met prognostische profielen. Met deze prognostische profielen kan op termijn de casemixcorrectie verder verbeteren.

Statistische betrouwbaarheid

Belangrijk is wel dat als sprake is van weinig cliënten en weinig behandelingen, kleine verschillen al tot grote uitschieters kunnen leiden. Bij een cliënt met een verwacht aantal zittingen van 4 leidt een aantal zittingen van 5 tot een behandelindex van 125.

Interviewverslag 4

Inhoudsvaliditeit

De behandelindex is niet valide. De behandelindex is eenzijdig gericht op het geven van minder behandelingen. Er is sprake van een regressie naar het gemiddelde. Dat zou geen automatisme moeten zijn.

De index zou mede gebaseerd moeten zijn op een normatief aantal zittingen dat door de beroepsgroep vastgesteld is. Een dergelijke norm is niet gelijk aan het gemiddelde. Wijsheid komt niet tot stand door het vaststellen van een gemiddelde. Het zou een goed idee zijn om jezelf te vergelijken met je verleden.

Daarnaast zouden PREMS moeten worden toegevoegd in een voor- en nameting. Voor de fysiotherapie is het van belang dat de behandelaar de cliënt in zijn kracht zet en zelf stimuleert om oefeningen te doen.

Voor cliëntkeuzeinformatie zijn heel andere elementen van belang. Bijvoorbeeld is de praktijk binnen 24 uur bereikbaar?

De behandelindex kan in de contractering met een aantal slagen om de arm gebruikt worden. Het is van groot belang om de mogelijkheid te bieden van comply or explain. Daarbij kan het zijn dat een praktijk goed kan uitleggen waarom hij/zij afwijkt van het gemiddelde. Een medisch adviseur kan dan beoordelen of het een goed verhaal is.

Het is van belang om de deskundigheid van de praktijken te vergroten door het geven van cursussen en trainingen. Ook een intervisie -door de verzekeraar gefaciliteerd, maar zonder de aanwezigheid van de verzekeraar - draagt daar aan bij.

Casemixcorrectie:

Zorgzwaarte is onvoldoende meegenomen. De hoeveelheid pijn ontbreekt bijvoorbeeld als casemixindicator. Daarmee is de casemixcorrectie nog niet voldoende verfijnd om af te leiden wat verantwoorde zorg is.

Registratiebetrouwbaarheid

Kwaliteitsbeleid moet niet blijven steken op documentatiebeleid. Wat ging goed en wat kan beter? Een PDCA-cyclus is hierbij essentieel.

Naast de behandelindex moeten ook meetinstrumenten gebruikt worden die een klinisch instrument zijn. De registratie hiervan kunnen direct gebruikt worden.

Interviewverslag 5

Inhoudsvaliditeit

Voor de behandelindex is het noodzakelijk dat partijen een uniforme methode toepassen, die ook transparant is. Op dit moment is dat niet het geval. De gehanteerde methode door zilveren kruis en door CZ is reproduceerbaar. De methode van VGZ is een stuk lastiger omdat veel patiënten worden uitgesloten.

Het doel van de behandelindex is kostenbeheersing. Een belangrijk element voor de behandelindex is dat een verzekerde ervanuit gaat dat ze recht hebben op een x-aantal zittingen. In die discussie wordt de vraag of dat aantal zittingen ook noodzakelijk of gewenst is komt in die discussie niet of onvoldoende naar boven.

De behandelindex kan goed gebruikt worden om uitbijters eruit te halen. 150 kan daarbij een goede grenswaarde zijn als sprake is van een goede casemixcorrectie.

Naast de behandelindex kan ook de recidive factor een belangrijk punt vormen. Een praktijk met een lage behandelindex, maar een hoge recidivefactor levert waarschijnlijk

geen doelmatige zorg. Ook zouden PROMS en bijvoorbeeld een indicator voor zelfredzaamheid moeten worden opgenomen.

Er ontbreekt een platform om klachten over de behandelindex en de toepassing van de behandelindex in te dienen. Daarbij is de behandelindex op dit moment niet uniform en transparant voor de praktijken. Daarmee is er ook geen praktijk de behandelindex gebruikt voor het opzetten van een PDCA-cyclus.

De behandelindex vormt geen maat voor kwaliteit. De behandelindex vormt geen informatie voor cliëntkeuzeinformatie.

Registratiebetrouwbaarheid

Een van de belangrijke punten die gebruikt wordt voor de behandelindex is de declaratiedatum. De declaratiedatum is echter een administratief gegeven. Het kan zijn dat in het ene jaar de behandelingen van december pas op 21 januari worden gedeclareerd en dat in het andere jaar de declaratiedatum in december ligt. Dat kan verstrekken de consequenties hebben voor de behandelindex. Beter is het om uit te gaan van de behandeldatum.

Het is goed mogelijk om te gamen met de pathologiecodes. In de pathologiecodes is een zekere mate van vrijheid. Hierdoor kunnen behandelaren de gunstige pathologiecodes registreren. Dit komt de uniformiteit van de registratie niet ten goede. Intramed heeft ook gezien dat de behandelindex tot andere registratie heeft geleid bij sommige praktijken.

Casemixvergelijkbaarheid

De correctiefactoren waarvoor gecorrigeerd moet worden zijn zorgzwaarte, leeftijd en sociaal economische status en behandelcategorie. De behandelcategorie is niet opgenomen in de behandelindex.

Statische betrouwbaar onderscheiden

Niet aan de orde geweest.

Interviewverslag 6

Inhoudsvaliditeit

De behandelindex vormt een meetinstrument voor (financiële) doelmatigheid. Kwaliteit is echter niet opgenomen in de behandelindex. Daarmee is feitelijk geen sprake van een doelmatigheidsindicator, maar van een indicator die iets zegt over de betaalbaarheid. De indicator kan daarmee helpen bij kostenbewust gedrag. Je zou daarbij kunnen overwegen om ook breder te kijken naar kosten buiten de fysiotherapie.

Het is een logische keuze om alleen naar de aanvullende verzekering en basisverzekering te kijken en niet naar de niet verzekerde zorg. De richting van de behandelindex voor de zorg die niet verzekerd is zal wel waarschijnlijk hetzelfde zijn. Specifiek aandachtspunt is wel dat in de aanvullende verzekering, het aantal zittingen dat verzekerd is leidend is. De indicator geeft daarmee mogelijk ook iets weer van de mate waarin verzekerden verzekerd zijn. Mogelijk zou ook een indicator, die aangeeft welk gedeelte van de aanvullende verzekering vol gedeclareerd is, toegevoegde waarde kunnen hebben.

Overigens is het de vraag waarom je niet naar werkelijke kosten kijkt in plaats van naar het aantal zittingen. De behandelindex is een indicator die gericht is op kostenbeheersing, maar een afgeleide maat voor de kosten weergeeft. Kosten of een gewogen aantal zittingen zou daarmee een betere maat zijn.

Voor spiegelrapportages is de behandelindex zeker relevant.

Registratiebetrouwbaarheid

Een aantal jaren geleden waren de fysiotherapiedeclaraties in de basisverzekering van onvoldoende kwaliteit. Dit gold voor slechts een paar verzekeraars/volmachten. De overgrote meerderheid van de verzekeraars was in staat declaratieinfo van adequate kwaliteit aan te leveren (zie WOR 770).

Mogelijk is dat inmiddels verbeterd.

Casemixvergelijkbaarheid

In het onderzoek voor de risicoverevening zijn verschillende kenmerken onderzocht. Dit onderzoek was gericht op de zorg die in de basisverzekering verzekerd is. Daarnaast was het onderzoek gericht op het voorspellen van zorgkosten in het komende jaar. Tot slot betrof het niet alleen de voorspelling van fysiotherapiekosten, maar ook van andere vormen van (somatische) zorg die onder de basisverzekering verzekerd zijn. Daarmee was de afbakening en de scope van het onderzoek wel anders dan hier.

Het is van belang om altijd te blijven zoeken naar nieuwe kenmerken voor casemixverschillen. Het toevoegen van een kenmerk kan op het niveau van een individuele praktijk een grote impact hebben. Het lijkt echter dat de belangrijkste kenmerken al wel vertegenwoordigd zijn in het regressiemodel voor de behandelindex.

[Interviewverslag 7](#)

Inhoudsvaliditeit

Het is belangrijk dat de patiënt op het juiste moment door de juiste behandelaar en op de juiste plaats (maar mogelijk in dit verband iets minder relevant, daar we spreken over 1e lijns fysiotherapie en niet over evt substitutie vraagstukken ed) behandeld wordt. Om dat te bereiken is het van belang om meetinstrumenten te gebruiken, die hier een bijdrage aan leveren. De behandelindex kan ook een bijdrage leveren om te zorgen dat geen overbehandeling -met hogere kosten tot gevolg- plaatsvindt.

Uitgangspunt voor het gebruik van instrumenten moet zijn dat de patiënt de juiste behandeling met de juiste behandelduur ontvangt (dit laatste is eigenlijk een onnodige toevoeging). Onnodige behandelingen zijn uiteindelijk schadelijk voor alle patiënten. Ruimte in polis wordt onnodig gesoupeerd, (AV) polissen worden duurder.

Patiënten kunnen ook baat hebben bij een lagere behandelindex. Mogelijk is dan sprake van een effectievere behandeling en zijn ook de kosten voor de patiënt (van de aanvullende verzekering) mogelijk uiteindelijk lager. Van belang is dan wel dat er uniformiteit is in het meetsysteem; een praktijk moet niet van verschillende praktijken een verschillende waarde voor de behandelindex krijgen. Ook moet voor cliënten op voorhand duidelijk zijn wat zij mogen verwachten.

In de behandelindex ontbreekt informatie over bijvoorbeeld PROMs. De behandelindex kan wel als eerste onderdeel van een set van indicatoren gebruikt worden. Als enige onderdeel om cliëntkeuzes te ondersteunen is de behandelindex niet geschikt en ook niet om op in te kopen. De behandelindex kan van toegevoegde waarde kan zijn. Toegevoegd betekent dat er sprake is van meerdere indicatoren (o.a. PREMs/PROMs) en dat het BI op de juiste wijze ingezet wordt. Wat ons betreft in eerste instantie als een indicatie, waarbij nadere toelichting noodzakelijk is (indien afwijkend). Er kan nl sprake zijn van gewenste praktijkvariatie. Je kunt niet top voorhand spreken over onder of overbehandeling.

Van belang is nog wel dat met de huidige behandelindex mogelijk een race to the bottom ontstaat. Het gemiddeld aantal zittingen bij een praktijk komt door de behandelindex mogelijk onder druk te staan, waardoor een praktijk geneigd is om het aantal zittingen voor een cliënt te verlagen, terwijl dit mogelijk voor de kwaliteit van de behandeling ongewenst is.

Registratiebetrouwbaarheid

De gegevens die gebruikt worden moeten betrouwbaar en uniform zijn.

Casemixvergelijkbaarheid

In hoeverre wordt co-morbiditeit en multi-morbiditeit in voldoende mate meegenomen. Co-morbiditeit is van belang omdat voor cliënten met co-morbiditeit mogelijk meer zittingen noodzakelijk zijn. Daarvoor moet in de behandelindex gecorrigeerd worden.

Statistische betrouwbaarheid

Dit is niet aan de orde geweest in het interview en zal getoetst worden in de uit te voeren poweranalyse.

Interviewverslag 8

Positie van de SKMZ

De SKMZ heeft als doel de kwaliteit van de paramedische zorg te verbeteren. Dit doet zij onder andere door het aanbieden van instrumenten. De SKMZ vertegenwoordigt 5 verzekeraars en het merendeel van de verzekerden. SKMZ heeft de ambitie een uniforme behandelindex te ontwikkelen. Binnen ZN verband is aangegeven dat als het een valide model is gebleken, dit ook wordt aangeboden voor gebruik aan de andere verzekeraars in het belang van de praktijken en het beperken van administratieve last.

Inhoudsvaliditeit

Met de behandelindex kunnen uitbijters aan de onder- en bovenkant worden gevonden. Het doel is om kwalitatief hoogwaardige zorg te garanderen voor de verzekerden die passend is bij de beroepsstandaard. Hiermee kunnen verzekeraars borgen dat zinnige en zuinige zorg wordt geleverd. De SKMZ beoogt de behandelindex door te ontwikkelen: Nu eerst uniformering van de methodiek.

Later ook een uniforme wijze van presenteren en het samenvoegen van gegevens. Op termijn biedt de SKMZ dan een basisset aan informatie.

Met de behandelindex kunnen uitbijters eruit gehaald worden. De wijze waarop dit gebeurd is maatschappij beleid en kan dus variëren. Afstemming daarover mag niet plaatsvinden. De behandelindex biedt de praktijk eigenaar-therapeut, de mogelijkheid het (kwaliteits-)gesprek te voeren met de verzekeraar. De verzekeraars hebben alleen een relatie met de praktijk en niet met de individuele behandelaren. De behandelindex kan wel bijdragen aan de PDCA-cyclus binnen een praktijk.

Idealiter wordt de behandelindex aangevuld met een kwaliteitskader. Verzekeraars vinden het wenselijk dat het kwaliteitskader wordt ontwikkeld door de beroepsgroep. Is dat niet het geval dan is het de taak van de verzekeraar daarop toe te zien en waar nodig zelf beleid op te maken.

De behandelindex is niet primair bedoeld als cliëntkeuzeinformatie. Met de behandelindex kunnen wel praktijken uitgesloten worden. De behandelindex lijkt op

zichzelf niet geschikt als cliëntkeuzeinformatie. Naar verwachting wel als je de behandelindex combineert met kwaliteitsinformatie.

Casemixcorrectie

Het instrument is betrekkelijk nieuw en moet blijvend doorontwikkeld worden. De dialoog met clientvertegenwoordigers en beroepsvertegenwoordigers is wenselijk om de behandelindex begrijpelijk te maken en door te ontwikkelen.

De behandelindex moet verband hebben met behandelstandaarden. Betekent dat deze moet mee evolueren op herzieningen in beleid.

Registratiebetrouwbaarheid

De administratieve lasten blijven beperkt door aansluiting te zoeken met de declaratiegegevens. De betrouwbaarheid van de gegevens moet nog wel worden getoetst. Primair is dit de verantwoordelijkheid van de declarant.

Statistische betrouwbaarheid

Bijlage 5. Uitvraag gegevens

Voor de berekeningen voor de statistische betrouwbaarheid zijn gegevens van de zorgverzekeraars uitgevraagd. In onderstaande tabel staat een samenvatting van de uitgevraagde gegevens.

Variabele		Parameter	Weging	Waarde (in te vullen door zorgverzekeraar)
Noodzakelijk voor powertoets	behandelindex (landelijk)	Landelijk gewogen gemiddelde	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaarddeviatie	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaardfout	Aantal patiënten	
		Landelijk Minimum behandelindex		
		Landelijk Maximum behandelindex		
	# zittingen per patiënt (landelijk)	Landelijk gewogen gemiddelde	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaarddeviatie	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaardfout	Aantal patiënten	
		Landelijk Minimum behandelindex		
		Landelijk Maximum behandelindex		
	Aantal waarnemingen (per praktijk)	Aantal patiënten per praktijk		
		Aantal unieke patiënten per praktijk		
		Aantal zittingen per praktijk		
	Alle casemixvariabelen (alle klassen afzonderlijk)	Landelijk gewogen gemiddelde	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaarddeviatie	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaardfout	Aantal patiënten	
		Landelijk Minimum behandelindex		
		Landelijk Maximum behandelindex		
		Aantal patiënten per klasse		
		Aantal unieke patiënten per klasse		
		Landelijk gewogen gemiddelde aantal zittingen per patiënt	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaarddeviatie aantal zittingen	Aantal patiënten	
		Landelijk gewogen standaardfout aantal zittingen	Aantal patiënten	
		Landelijk minimum aantal zittingen		
		Landelijk maximum aandeel zittingen		

Bijlage 6. De empirische clustering van eerdere versie van de behandelindex

In eerdere versies van de behandelindex was bij enkele verzekeraars sprake van een empirische clustering van de pathologiecodes in de behandelindex.

Het Diagnose Coderings Systeem Paramedische Hulp (DCSPH) kent een uitgebreide lijst met combinaties van locatiecodes en pathologiecodes.

Locatiecodes

De locatiecodes betreffen een aanduiding van de lichaamslocatie – en valt uiteen in hoofdgroepen en subgroepen.

Uit de toelichtingen van zorgverzekeraars bij de spiegelrapportages valt af te leiden dat de lichaamslocatie geen invloed heeft op het gemiddeld aantal behandelingen.

Pathologiecodes

De pathologiecodes hebben een meer uitgebreide lijst codes waarin wordt ingezoomd op specifieke aandoeningen waar de paramedische interventies op gericht is.

Als de pathologiecodes worden gegroepeerd naar hoofdgroep, dan bevatten die mandjes regelmatig zorgverlening van hoge en lage zorgzwaarte naast elkaar.

Het (b)lijkt echter mogelijk om diagnosecode-groepen statistisch met elkaar te vergelijken en diagnoses met vergelijkbare behandellengtes te clusteren in (bijvoorbeeld) vijf groepen, zodanig dat clusters ontstaan van een *relatief vergelijkbare zorgzwaarte*. Dit voorkomt dat laag complexe en hoog complexe zorg met elkaar vergeleken wordt. Twee verzekeraars hebben dit uitgewerkt in een empirische clustering, waarbij een grote mate van overeenstemming bestaat tussen de clustering – zeker bij de hoog complexe zorg. Op dit moment is onduidelijk welke exacte grenswaarden of afkappunten beide verzekeraars hebben gehanteerd bij de toedeling in de clusters. Op basis van deze empirische clustering lijkt het goed mogelijk om inhoudelijke keuzes te maken voor een uniforme clustering. Daarbij is het zinvol om een groep experts deze indeling te laten maken.

De volgende reeks bevat de posities drie (hoofdgroep pathologie) en vier (subgroep pathologie).

Zetten we de pathologiecodes van de twee verzekeraars naast elkaar, dan levert dat het volgende overzicht op. Daaruit blijkt dat het grootste deel van de pathologiecodes in dezelfde klasse ingedeeld wordt. Een klein deel van de pathologieklassen wordt in de empirische clustering in een andere klasse ingedeeld (de rode getallen).

Tabel 3. Clustering van pathologiecodes van 2 verzekeraars

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Cluster 5	
verzekeraar	1	2	1	2	1	2	1	2		
Pathologiecodes	11	11	03	03	01	01	00	00	73	73
	15	15	06	06	02	02	28	28	76	76
	16	16	08	08	04	04	39	39		
	17	17	10	10	05	05	51	51		
	18	18	21	21	09	09	54	54		
	19	19	24	24	12	12	56	56		
	20	20	36	36	46	46	71	71		
	22	22	37	37	48	48	72	72		
	25	25	38	38	55	55	74	74		
	26	26	42	42	59		77	77		
	27	27	45	45	65	65	78	78		
	31	31	60	60	69	69	96	96		
	32	32	61	61	90	90	44			
	33	33	64	64	92	92				
	34	34	79	79	93	93				
	35	35	97	97	94	94				
	47	47		13	95	95				
	49	49		14	99	99				
	62	62		23	13					
	75	75		40	14					
	80	80		41	40					
	81	81		43	41					
	82	82		44	43					
	83	83		50	68					
	84	84		52	70					
	85	85		53						
	86	86		68						
	87	87		70						
	88	88		91						
	89	89		95						
	23		98							
	50									
	52									
	53									
		98								

Wij adviseren daarom om met het materiaal van alle zorgverzekeraars gebundeld nog eens opnieuw te bekijken of een clustering naar zorgzwaarte opportuun is, om daarmee de casemixcorrectie voor een uitdrukkelijk zwaardere cliëntpopulatie te verbeteren.