

Bijlage 1

Kenmerk
BR/REG-20148
pagina
16 van 18

Functionele beschrijving labels topreferente patiënt

Hieronder volgt een functionele omschrijving van de verschillende labels.

Algemeen:

De patiëntenpopulatie bestaat uit unieke patiënten voor wie binnen een bepaalde tijdspanne een dbc-zorgprestatie geopend is. Het gaat om geleverde zorg binnen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen.

Er worden twee referentiegroepen onderscheiden:

- referentiegroep 1: ontvangers van een BBAZ;
- referentiegroep 2: overige instellingen.

Alle patiëntgebonden labels worden berekend per jaar, waarbij gekeken wordt naar de openingsdatum van de dbc.

Label 1: behandelintensiteit

Stap 1: bereken profielzwaarte per traject in de DIS-data

Gebruikt worden kostprijzen per activiteit voor onderlinge weging van alle voorkomende zorgactiviteiten binnen een traject. De activiteiten binnen de zorgprofielklassen 20, 89 en 99 worden hierbij uitgesloten. Behalve bij de zorgproductgroep 990027 medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ) en de hartrevalidatie worden ook activiteiten binnen zorgprofielklasse 14 uitgesloten.

De profielzwaarte wordt alleen berekend voor dbc-zorgproducten die zowel door umc's (en AvL) als niet-umc's worden uitgevoerd. Voor dbc-zorgproducten die louter door umc's worden uitgevoerd, wordt binnen de reguliere tariefberekening al een passend tarief bepaald.

Stap 2: bereken profielzwaarte-index per traject in de DIS-data

We zetten per traject in de DIS-data de profielzwaarte af tegen de landelijk gemiddelde profielzwaarte van datzelfde dbc-zorgproduct.

Stap 3: uitbijterbepaling

We definiëren trajecten als uitbijter bij meer dan twee standaarddeviaties afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Deze trajecten worden beschouwd als hoog behandelintensief.

In deze laatste stap is een transformatie (natuurlijke logaritme) toegepast op de berekende profielzwaarte. Zodoende wordt de rechtsscheefheid in de verdeling van profielzwaarte tegengegaan en kan een zo robuust en zuiver mogelijke standaarddeviatie worden bepaald. Een (unieke) patiënt kan gedurende het jaar meerdere trajecten doorlopen. Wanneer bij één traject sprake is van hoge behandelintensiteit, wordt de patiënt als hoog behandelintensief geclassificeerd.

Alleen het aantal unieke patiënten die hieraan voldoen, per zorgaanbieder worden geteld.

Label 2: wetenschap

Een dbc wordt gelabeld als die valt in een diagnosegroep die voldoet aan de volgende twee eisen:

1. Per diagnosegroep is het gemiddeld aantal publicaties per zorgaanbieder per jaar in de vijf voorafgaande jaren berekend. Voor 2012 is het aantal publicaties van 2008 t/m 2012 gedeeld door 5. Dit gemiddeld aantal moet minstens 16 publicaties per zorgaanbieder zijn of 10 publicaties per 10.000 patiënten.

Afhankelijk van de betrokkenheid van een zorgaanbieder kan een publicatie bij meerdere zorgaanbieders geteld worden.

2. De zorgaanbieder moet een bijzondere aantrekkingskracht laten zien voor de diagnosegroep. Dat komt tot uiting in minstens 1,5 keer zoveel patiënten als verwacht zou worden op grond van het theoretisch marktaandeel (zie onder).

NB: dit laatste criterium labelt dbc-trajecten. Het kan dus voorkomen dat een patiënt door verjaardag of verhuizing het ene jaar wel en het andere jaar niet dit label krijgt.

Het verwachte aantal patiënten wordt als volgt berekend:

- Neem per Nederlandse postcode (alleen de cijfers) de top zes van ziekenhuizen die het dichtstbij zijn qua reistijd. De verdeling van patiënten over de zorgaanbieders wordt bepaald door $1/\text{reistijd}^2$ te bepalen en dan te normaliseren, zodat het totale marktaandeel 100% is.
- Bereken voor elke diagnose plus leeftijdsgroep de landelijke prevalentie, op grond van de dbc-data.
- Bepaal met behulp van CBS-data voor elke wijk en diagnose hoeveel patiënten daar worden verwacht.
- Combineer het verwachte aantal patiënten per wijk met het theoretisch marktaandeel om voor elke diagnose het verwacht aantal patiënten per zorgaanbieder te berekenen.

Label 3: unieke zorg

Per diagnose, zorgtype, specialisme en patiëntkenmerk wordt gekeken of de ontvangers meer dan 85% van de totale dbc's aan zorg leveren. De volgende vier patiëntkenmerken worden daarbij achtereenvolgens bekeken:

- Leeftijdsgroep
- Geslacht
- Sociaaleconomische status (SES)
- Reistijd van huisadres tot hoofdvestiging van het ziekenhuis

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten per instelling geteld die volgens bovenstaande operationalisatie unieke zorg krijgen. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling per jaar.

Label 4: multispecialistische zorg

Dit label identificeert patiënten die binnen een instelling zorg ontvangen van diverse poortspecialismen. Hierbij wordt gekeken naar het uitvoerend specialisme van een zorgactiviteit bij een patiënt binnen een bepaalde diagnosegroep. Patiënten worden gemarkeerd als ze zorg hebben ontvangen van drie of meer specialismen.

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten per instelling geteld die volgens bovenstaande operationalisatie multispecialistische zorg krijgen. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling per jaar.

Label 5: complexe operatie

Binnen de set van operatieve verrichtingen wordt gekeken in hoeverre een operatieve-verrichting:

- Bij minder dan 1 op de 100.000 Nederlanders wordt uitgevoerd in de totale patiëntenpopulatie

- En/of minimaal 85% van deze verrichtingen door BBAZ ontvangers wordt uitgevoerd. Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten met zo'n operatie per instelling geteld. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling.

Kenmerk
BR/REG-20148
pagina
18 van 18

Label 6: zeldzame diagnose

Een diagnose wordt als zeldzaam gekenmerkt als de diagnose per jaar in de totale patiëntenpopulatie bij minder dan 1 op de 100.000 Nederlanders wordt vastgesteld. Het aantal unieke patiënten die aan dit criterium voldoet wordt per instelling geteld. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling.

Label 7: Tertiaire verwijzing

Het gaat hier om het aantal unieke patiënten dat in eerste instantie in een ander ziekenhuis behandeld werd en daarna doorverwezen is. Het gaat om dbc's waarvan de begindatum maximaal 1,5 jaar ligt na de begindatum van de dbc van een andere zorgaanbieder. Voor dit label wordt zowel een BSN-criterium als een doorverwijzingscriterium gehanteerd:

Criterium BSN:

Via het BSN van de patiënt wordt gekeken of een patiënt ook een behandeling heeft gehad in een ander ziekenhuis, binnen hetzelfde specialisme of een gerelateerd specialisme.

Criterium zelfverwijzer:

Via de registratie van verwijzerstype-code '06' wordt gekeken hoeveel patiënten doorverwezen zijn via de tweede lijn. Voorwaarde is dat deze patiënt (op basis van BSN) ook vooraf in een ander ziekenhuis is geweest.

Geteld wordt het aantal unieke patiënten dat aan minstens één van de twee criteria voldoet.

Label 8: multimorbide patiënten

Het gaat hier om patiënten jonger dan 50 jaar met vier of meer diagnosegroepen gedurende twee kalenderjaren. Bij deze analyse telt een patiënt ook als multimorbide als hij/zij bij meerdere zorgaanbieders is behandeld. We tellen het aantal unieke jonge multimorbide patiënten.