

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

919

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat sterftcijfers van ziekenhuizen onvoldoende betrouwbaar zijn* (ingezonden 4 november 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 14 december 2011). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 759.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat sterftcijfers van ziekenhuizen een vertekend beeld geven? Deelt u deze conclusie in het proefschrift van de heer W. van den Bosch?¹

Antwoord 1

Ik vind het goed dat er gedegen onderzoek is gedaan naar de variatie in de HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio) die door andere bronnen wordt veroorzaakt dan door kwaliteit van zorg. De technische conclusies in het proefschrift stel ik niet ter discussie. Mijns inziens staat dat echter de openbaarmaking van de HSMR niet in de weg. Zie ook het antwoord op vraag 6.

Vraag 2

Erkent u dat het gevaar bestaat dat ziekenhuizen ten onrechte aan de schandpaal worden genageld door zorgverzekeraars, zoals we eerder zagen bij Zorgverzekeraar (CZ) die onrust zaaide onder patiënten met een zwarte lijst voor borstkankeroperaties? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze maakt u hier een einde aan?

Antwoord 2

In mijn brief over selectieve zorginkoop door Menzis van 21 oktober 2011 heb ik het belang van goede communicatie over kwaliteitscriteria benadrukt. Ik heb in die brief aangegeven dat ik van verzekeraars verwacht dat zij bij het proces van selectieve inkoop verantwoord omgaan met de gevolgen die dit kan hebben voor beeldvorming omtrent ziekenhuizen. In zijn algemeenheid zijn verzekeraars zich zeer bewust van het belang van een goede onderbouwing van de door hen gehanteerde kwaliteitseisen en van een zorgvuldige communicatie hierover naar zowel hun verzekerden als naar de zorgaanbie-

¹ De Volkskrant, 2 november 2011.

ders met wie zij zaken doen. De HSMR leent zich voor een signaalfunctie en kan de aanleiding vormen voor een gesprek, waarin beide partijen samen kunnen onderzoeken in hoeverre een bijzonder hoge of een bijzonder lage HSMR ontstaan is door verschillen in kwaliteit van zorg of door andere bronnen. Tegen die achtergrond ben ik ervan overtuigd dat zorgverzekeraars niet louter op basis van de gecorrigeerde sterftecijfers contracten met ziekenhuizen zullen beëindigen.

Vraag 3

Deelt u de mening dat de bizarre situatie ontstaat dat zorgverzekeraars ziekenhuizen gaan contracteren op basis van administratieve in plaats van kwaliteitsverschillen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Zie het antwoord op vraag 2.

Vraag 4

Deelt u de mening dat deze casus wederom bewijst dat selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars op grond van gammele statistische gegevens niet de basis moet zijn voor de ordening van de ziekenhuiszorg, aangezien zorg mensenwerk is en het ene ziekenhuis het andere niet is? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

Zie het antwoord op vraag 2.

Vraag 5

Deelt u de mening dat de overheid verantwoordelijk is voor goede en toegankelijke ziekenhuiszorg voor iedere burger? Zo nee, waarom niet? Zo ja, ligt het dan niet in de rede dat u uw verantwoordelijkheid neemt voor een goede planning van het ziekenhuisaanbod in plaats van deze ordening over te laten aan de zorgverzekeraars en de vrije markt? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

Het ligt niet in de rede dat ik mijn verantwoordelijkheid neem op de door u beschreven wijze. We hebben een aantal jaren geleden de centrale aanbodssturing van de Nederlandse gezondheidszorg vaarwel gezegd. Dit is gedaan op basis van de analyse dat centrale aanbodssturing verstarring in de hand werkt en geen of onvoldoende prikkels genereert voor kwaliteitsverbeteringen, innovatief gedrag en efficiënte zorgverlening. Daarom is er gekozen voor vraagsturing via het concept van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. De rol van de overheid beperkt zich tot het toezicht op de naleving van de afgesproken spelregels en het voldoen aan cruciale randvoorwaarden die bepalend zijn voor toegankelijkheid en kwaliteit (zoals normen voor spoedeisende zorg en de eisen van de Kwaliteitswet).

Vraag 6

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen op een degelijke manier worden gemeten en vergeleken? Zou de methode zoals gehanteerd in Zweden geen goed idee zijn? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

In het Algemeen Overleg (AO) over het Kwaliteitsinstituut heb ik reeds aangegeven dat ik de lessen die wij kunnen leren van het Zweedse model van veel waarde acht, maar dat het Zweedse systeem niet één op één over te nemen is binnen het Nederlandse zorglandschap en dat ik dat ook niet wenselijk acht, omdat in Zweden bijvoorbeeld het patiëntenperspectief niet optimaal wordt meegenomen.

Het rapport Zorg voor Waarde geeft aan dat Zweden een goede kwaliteits transparantie heeft en dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie een prikkel geeft om de kwaliteit van zorg te verhogen. Ik ga ervan uit dat openbaarmaking van gegevens, zoals de HSMR, een prikkel vormt om de registratie van kwaliteit verder te verbeteren en daaruit voortvloeiend ook de kwaliteit van zorg.

Vraag 7

Wat is uw opvatting over het rapport Zorg voor Waarde?² Wilt u de Kamer een reactie sturen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Het rapport «Zorg voor Waarde» legt het Zweedse systeem van kwaliteitsregistratie en -transparantie naast het Nederlandse systeem. Dat is nuttig en daar kunnen wij veel van leren. In het AO over het Kwaliteitsinstituut hebben wij hier reeds over gesproken en in het antwoord op vraag 6 ga ik hier ook reeds op in. Ik zie geen aanleiding om hierover nog een reactie naar Uw Kamer te sturen.

² Boston Consultancy Group, september 2011.