

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

1105

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het uitvoeren van onnodige operaties door artsen* (ingezonden 15 december 2010).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 januari 2011).

Vraag 1

Wat is uw oordeel over de TV-uitzending over het feit dat er grote verschillen bestaan in behandelingen tussen artsen, tot wel een factor vier?¹

Antwoord 1

In de uitzending van Nieuwsuur van 11 december jl. is uitgebreid ingegaan op het fenomeen «praktijkvariatie». Dat er variatie bestaat tussen de wijze waarop artsen hun patiënten behandelen is op zich geen nieuw gegeven. Vergelijkbare verschillen worden ook in het buitenland gesignaleerd. Mijn ambtsvoorganger heeft er in de vorige kabinetsperiode ook meerdere malen aandacht voor gevraagd.

Variatie is niet per definitie «slecht». Verschillen in behandelpatronen kunnen bijvoorbeeld worden veroorzaakt doordat bepaalde zorginstellingen of artsen zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen en daarom ook zwaardere patiënten te behandelen krijgen. In die gevallen is het niet raar, en niet ongewenst, dat deze ziekenhuizen of artsen zwaarder behandelen dan andere.

Voorzover er echter verschil in behandeling bestaat die niet terug te voeren is op verschil in kenmerken van de patiëntenpopulatie, is (grote) variatie in behandeling ongewenst. Van artsen mag immers worden verwacht dat zij handelen volgens de professionele standaarden van de eigen beroepsgroep. Het feit dat de media aandacht aan dit verschijnsel geven, juich ik toe. Het bevordert de bewustwording over dit verschijnsel en stimuleert de direct betrokken partijen (de artsen zelf, de patiënten, de zorgverzekeraars en de inspectie) om vragen te stellen aan die instellingen of artsen die een afwijkend behandelpatroon hebben.

Vraag 2

Wat zegt dit over de kwaliteit van de geboden zorg door artsen?

¹ Nieuwsuur, 11 december 2010.

Antwoord 2

De relatie tussen enerzijds verschillen in behandelmethoden en anderzijds de kwaliteit van de aangeboden zorg is niet te veralgemeniseren. Elke behandelingsbeslissing is een individuele beslissing en soms zijn er goede redenen om af te wijken van professionele standaarden. In het verleden daarvan kunnen klinieken die kwalitatief goede zorg leveren ook zwaardere patiënten aantrekken/doorverwezen krijgen en daardoor relatief vaak of zwaar inter-venières. Waargenomen verschillen in behandelgedrag zijn dan ook vooral een eerste aanleiding om vragen te stellen aan de betrokken artsen en instellingen («pas toe of leg uit-principe»).

Ik juich daarom de toenemende transparantie over praktijkvariatie toe. Het stelt partijen (artsen, bestuurders, verzekeraars, patiënten en inspectie) in staat de juiste vragen te stellen en zo artsen en instellingen scherp te houden over hun werkwijze.

Vraag 3

Welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag?

Antwoord 3

Het is lastig om hier een uitputtende verklaring voor te geven. Zoals eerder aangegeven kan de variatie waarschijnlijk deels worden verklaard door verschillen in de samenstelling van patiëntenpopulaties. De variatie die hierdoor wordt verklaard kan dan ook heel legitiem zijn.

Daarnaast kan het behandelgedrag ook voortvloeien uit gewoonten van artsen, al dan niet in combinatie met onwetendheid over het bestaan van nieuwere en betere behandeltechnieken. Dat laatste is natuurlijk ongewenst. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van artsen en instellingen de zorg zo veel mogelijk volgens professionele standaarden vorm te geven en daar ook transparant over te zijn.

Als laatste wijs ik op de mogelijkheid dat voor bepaalde aandoeningen of behandelingen geen professionele standaarden beschikbaar zijn. Dat kan reden zijn voor waargenomen spreiding in behandelgedrag. In dat geval is het van belang dat beroepsgroepen dergelijke standaarden gaan opstellen.

Vraag 4

Welke maatregelen staan u voor ogen om deze verschillen te verkleinen?

Antwoord 4

Zorgaanbieders (artsen en instellingen) zijn zelf primair verantwoordelijk voor het handelen volgens professionele standaarden. Zij nemen de behandelbesluiten en voeren die ook uit. Tegelijk blijkt in de praktijk, zoals de Nieuwsuuruitzending laat zien, dat die verantwoordelijkheid niet overal ten volle wordt genomen.

In dat licht vind ik het allereerst van groot belang dat de transparantie over de geleverde kwaliteit van artsen en instellingen toeneemt. Transparantie-vergroting maakt in eerste instantie de artsen zelf meer alert. Zoals ook in Nieuwsuur vanuit de specialisten werd aangegeven, zoeken zij zelf naar vergelijkingsinformatie om hun eigen handelen aan te spiegelen en zo te komen tot kwaliteitsverbetering. In nauwe samenwerking met alle betrokken veldpartijen wordt via het programma Zichtbare Zorg hard gewerkt aan vergroting van het inzicht in de geleverde kwaliteit.

Daarnaast zijn ook verzekeraars aan zet. Zij kunnen, aan de hand van eigen informatie over het gedrag van zorgaanbieders, waargenomen verschillen in behandelgedrag betrekken bij hun contractonderhandelingen met zorgaanbieders.

Als derde noem ik het ontwikkelen van nieuwe, betere en meer actuele professionele standaarden en het stimuleren van de toepassing van deze standaarden. Daartoe wil ik een Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg oprichten, dat op dit terrein een belangrijke agenderende en stimulerende rol moet krijgen.

En ten slotte heeft natuurlijk ook de toezichthouder op de kwaliteit van zorg, de inspectie, een rol. De IGZ houdt toezicht op basis van risicoanalyses. Praktijkvariatie kan een indicatie zijn voor onnodige risico's voor de kwaliteit van zorg: immers, iedere operatie kent een zeker risico en dus brengen onnodige operaties ook onnodige risico's voor de patiënt met zich mee. In dat

kader roept de IGZ verzekeraars op signalen over onnodige behandeling te melden aan de IGZ.

Vraag 5

Klopt de bewering van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied dat verzekeraars en overheid wel de cijfers hebben over de verschillen in behandelingen tussen specialisten, maar de beroepsgroep niet? Zo ja, hoe gaat u ervoor zorgen dat de verschillen tussen artsen in behandelingen wel ter beschikking komen van de beroepsgroepen?

Antwoord 5

De gegevens over de behandelingen in de ziekenhuizen zijn opgeslagen in het DBC-informatiesysteem (DIS). Deze gegevens zijn het gezamenlijk eigendom van ziekenhuizen en specialisten. Het is aan deze partijen (i.c. de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en de Orde van Medisch Specialisten) om te beoordelen of een verzoek om deze gegevens te mogen gebruiken wordt ingewilligd of niet. Ik ga daar niet over. Dat neemt niet weg dat ik het vreemd zou vinden als beroepsgroepen van medisch specialisten, met het doel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, de toegang tot de benodigde gegevens zou worden ontzegd. Immers, de besturen van de Nederlandse ziekenhuizen en de daar werkzame artsen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg in die instellingen. Ik zal dit punt met de ziekenhuizen bespreken.

Vraag 6

Wiens taak is het om de verschillen tussen artsen inzichtelijk te maken: de ziekenhuizen, de verzekeraars of de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

Antwoord 6

Het is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om transparant te zijn over hun prestaties. Daartoe behoort ook het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Verzekeraars dienen daarnaast hun (potentiële) verzekerden te laten zien hoe zij met hun zorgplicht voor die verzekerden omgaan. Daartoe behoort ook het verschaffen van inzicht in de achtergronden van hun contracteerbeleid, zeker als dat gebaseerd is op waargenomen verschillen in de kwaliteit van de ingekochte zorg. De overheid heeft in dat kader vooral een aanjagende rol. Sinds eind 2006 worden veldpartijen via het programma Zichtbare Zorg, ondergebracht bij de IGZ, ondersteund om te komen tot transparantie over kwaliteit. In dat programma zijn de afgelopen jaren, in nauwe samenwerking met alle betrokken partijen, forse stappen gezet. In het verlengde hiervan wijs ik op mijn hiervoor reeds gememoreerde voornemen te komen tot een Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, waar meerdere taken ten aanzien van het stimuleren van kwaliteit en transparantie worden gebundeld. Hierover zal ik de Tweede Kamer dit voorjaar nader informeren.

Vraag 7

Bent u bereid u in te zetten om intercollegiale toetsing en benchmarking tussen specialisten en ziekenhuizen, bijvoorbeeld als het gaat om verschillen in behandeling, te institutionaliseren?

Antwoord 7

Zoals ik in de voorgaande antwoorden heb verwoord ligt de primaire verantwoordelijkheid voor het transparant zijn bij de zorgaanbieders. Tegelijkertijd zie ik de noodzaak dat de overheid hier een aanjagende rol vervult. Het initiatief van Zichtbare Zorg is hiervan een voorbeeld evenals de aangekondigde oprichting van een Kwaliteitsinstituut. Met dit soort initiatieven en door initiatieven van zorgverzekeraars worden specialisten en ziekenhuizen benchmarks aangereikt en worden ze geprikkeld tot intercollegiale toetsing. Anders dan door dit soort initiatieven – en natuurlijk het toezicht door de IGZ – zie ik voor mijzelf geen rol weggelegd om benchmarking en intercollegiale toetsing te institutionaliseren.

Vraag 8

In hoeverre speelt volgens u de financiering van de ziekenhuiszorg een rol, waarbij het doen van operaties extra geld oplevert in tegenstelling tot een meer terughoudende behandeling? Bent u bereid het financieringssysteem zodanig aan te passen dat niet het doen van veel operaties wordt beloond, maar verstandig handelen gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap? Zo ja, hoe gaat u dit realiseren?

Antwoord 8

Op dit moment wordt een groot deel van de ziekenhuiszorg bekostigd op basis van een budget. Hierdoor ontbreken de juiste prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid. Daarom wil ik overstappen op een model, waarin de prestaties van ziekenhuizen worden beloond. Ziekenhuizen die een kwalitatief beter en efficiënter zorgaanbod hebben, kunnen daardoor groeien. In sommige situaties is (nog) niet behandelen de beste behandeling; overbehandeling levert immers (onnodige) risico's op. Voor het voorkomen daarvan moet het ziekenhuis beloond kunnen worden. Ik zie hier een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars maar ook voor de medici en ziekenhuisorganisaties zelf. Cruciaal daarvoor is, zoals ik in de antwoorden op de voorgaande vragen heb aangegeven, dat er betere en meer volledige standaarden komen voor het medisch handelen en dat er goede publieke informatie is over hoe het medisch handelen zich tot de standaarden verhoudt.

Vraag 9

Is het toekomstige DOT-systeem², zoals u dat voorstaat, hiervoor wel geschikt?

Antwoord 9

Ja, het DOT-systeem is hier geschikt voor. Allereerst geven de DOT-zorgproducten net als de huidige DBC's meer zicht op wat een ziekenhuis aan zorg levert. Het DBC-systeem en het DOT-systeem maken het mogelijk om prestaties te belonen en afspraken te maken over de zorg rond een bepaalde diagnose. Door het bekostigen van ziekenhuiszorg op basis van DBC's of straks DOT-zorgproducten kunnen er ook afspraken worden gemaakt over degressieve tarieven. Bij een bepaald volume zijn namelijk de vaste kosten van een zorgaanbieder terugverdiend. Door afspraken te maken over degressieve tarieven wordt het minder winstgevend om onnodige extra operaties uit te voeren. Een groot voordeel van het DOT-systeem boven het DBC-systeem is de medische herkenbaarheid van de DOT-zorgproducten. Hierdoor wordt het, beter dan bij het DBC-systeem, mogelijk om richtlijnen en kwaliteitsinformatie te koppelen aan zorgproducten.

In het verlengde van het antwoord op vraag 8 merk ik op dat, ook met de verbetering die DOT ten opzichte van het huidige DBC-systeem teweegbrengt, het hebben van goede medische standaarden en transparantie in medisch handelen niet kunnen worden gemist.

² DBC's op weg naar Transparantie.
DBC's: Diagnose Behandeling Combinatie.