

Vergaderjaar 2009–2010

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 19

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2010

Op 14 april en 12 mei jongstleden spraken we in het Algemeen Overleg Kwaliteitszorg (Kamerstuk 31 765, nr. 17) over het door mij gevoerde kwaliteitsbeleid. Tijdens dat overleg kwam ook aan de orde het oprichten van een publiekrechtelijk nationaal instituut dat zich bezig houdt met het samenhangende geheel van kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de gezondheidszorg en de koppeling van doelmatige kwaliteit aan de te declareren zorgproducten. Ter zake zijn door het lid Van Gerven (SP) en het lid Van der Veen (PvdA) moties¹ ingediend. Voorstellen heb ik niet meer in missionaire status kunnen doen. U heeft mij gevraagd niettemin binnen twee weken een brief te sturen waarin ik mijn ideeën daaromtrent aan u ontvouw. Ik heb u dat toegezegd. Middels deze brief kom ik die toezegging na.

Waarom een nationaal kwaliteitsinstituut

De afgelopen jaren is in toenemende mate het inzicht ontstaan dat een duidelijker koppeling van veiligheid en kwaliteit aan doeltreffendheid en doelmatigheid een belangrijke bijdrage kan leveren aan de houdbaarheid van de gezondheidszorg op langere termijn. Dat is niet alleen van belang voor patiënten zelf maar ook voor de beheersing van de collectieve uitgaven en dus voor alle burgers in dit land. Bovendien kan doelmatige kwaliteit in belangrijke mate bijdragen aan een zo doelmatig mogelijke inzet van schaarse zorgcapaciteit in de toekomst.

Naarmate we steeds meer zicht krijgen op wat er daadwerkelijk in de gezondheidszorg aan kwaliteit wordt geleverd, wordt ook steeds duidelijker dat sprake is van grote verschillen in de soort behandeling die wordt geleverd en de kwaliteit. Met andere woorden, we zien een grote praktijkvariatie.

¹ Tweede Kamer 2009–2010, 31 765, nr. 12 en nr. 14

In 1986 publiceerde de Gezondheidsraad onder leiding van mevrouw Borst een advies met voor het eerst schokkende informatie over niet-verklaarbare interdoktervariatie. Diverse publicaties zijn sindsdien verschenen. Er is uitgebreide evidentie dat ook in Nederland op aanzienlijke schaal richtlijnen *niet of onvoldoende worden nageleefd*, met als gevolg suboptimale zorg en onvoldoende veiligheid (Grol, EMGO/NIVEL, HARM). In 2004 publiceerde de RVZ een rapport over *praktijkvariatie*. Voor veel aandoeningen bestaat tussen regio's een verschil van tientallen, soms honderden procenten. Zo werd een factor 80 gevonden als het gaat om opnames voor lage rugpijn. Of een factor 6 voor opname voor gynaecologie, een factor 8 voor hysterectomie (verwijdering baarmoeder), een factor 3 voor coronaire bypassoperaties etc. etc. (zie ook Medisch Contact 3 oktober 2008). Een onderzoek dat in 2007 werd gepubliceerd in The New England Journal of Medicine gaf aan dat de meest voorkomende hartchirurgie bij de behandeling van stabiele angine pectoris waarbij een stent wordt geplaatst geen extra voordeel oplevert als dat wordt toegepast in combinatie met een cocktail van geneesmiddelen bij patiënten die aan chronische pijn op de borst lijden. Nader onderzoek (zie Wall Street Journal 10 februari 2010) leerde dat het volgen van de richtlijn met deze bevindingen één derde van de kosten van stentprocedures kan besparen. In de behandeling van stabiele angina pectoris (in beginsel met medicatie behandelbaar) gaat in Nederland circa 220 mln. om. Als dezelfde resultaten van toepassing zouden zijn in Nederland, zou hier een besparingspotentieel van tientallen miljoenen zitten.

Deze praktijkvariatie kan duiden op zowel over- als onderbehandeling. Niet goed valt bijvoorbeeld in te zien waarom in sommige gebieden drie maal zoveel bypassoperaties of zes maal zoveel gynaecologische opnamen moeten plaatsvinden vergeleken met andere gebieden in Nederland met een vergelijkbare populatie. Er is bovendien nog geen dekkende set van behandelrichtlijnen. De richtlijnen die er wel zijn blijken niet altijd voldoende toegespitst op doelmatig zorggebruik en worden bovendien lang niet altijd nageleefd.

Dat kan tot onveilige zorgsituaties leiden. Patientveiligheid wordt immers gezien als het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van de zorgverlener.

Ook op het gebied van veiligheid valt mede daarom nog veel te verbeteren. Het potentieel aan vermijdbare schade en daarmee vermijdbare kosten als gevolg van niet veilig werken is aanzienlijk.

Alleen al het vermijden van postoperatieve wondinfecties bijvoorbeeld en daarmee het vermijden van vervelende en kostbare complicaties die daaruit voortvloeien (aanzienlijk verlengde ligduur of heropname) zou daaraan bijdragen.

Hetzelfde geldt voor onnodige heropnames bij hartfalen en COPD.

Veiligheid draagt dus in belangrijke mate bij aan doelmatigheid.

Het consequent sturen op en borgen van het complex van kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van zorg en de koppeling daarvan aan de te vergoeden zorgproducten», vergt een adequate institutionele organisatie op nationaal niveau. In het Verenigd Koninkrijk gebeurt dat al langer via het National Institute for Clinical Excellence (NICE). In Duitsland door de «Gemeinsame Bundesausschuss», daarin ondersteund door het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In Nederland is het sturen op kwaliteit institutioneel echter sterk gefragmenteerd. Bovendien ontbreekt het aan doorzettingsmacht in de gevallen dat een adequaat kwaliteitskader niet of niet tijdig tot stand komt. Een

koppeling naar het al dan niet declarabel zijn van niet-richtlijnconforme (over- c.q. onder-) behandelingen of van behandelingen die niet aan de (veiligheids)normen voldoen is nu ook niet goed mogelijk.

Door:

- a. verminderde fragmentatie van activiteiten gericht op het verbinden van kwaliteit en doelmatigheid;
- b. het organiseren van doorzettingsmacht waar nodig;
- c. publiekrechtelijke autorisatie van behandelrichtlijnen en -protocollen, veiligheidsnormen en kwaliteitsindicatoren;
- d. gesteund door een krachtig toezicht op de naleving door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ),

kan de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg hand in hand krachtiger en in een versneld tempo verbeteren. Bovendien kan door bundeling de bureaucratie aanzienlijk worden verminderd.

Fragmentatie

De totstandkoming van doelmatige richtlijnen, protocollen, normen en kwaliteitsindicatoren in de gezondheidszorg is geen eenvoudige zaak. Het formuleren van richtlijnen e.d. is een zaak van verschillende **wetenschappelijke organisaties** van professionals. **ZonMw** vervult een rol bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. In de eerste lijn heeft ZonMw bovendien een standaard voor zorgstandaarden opgesteld. De **IGZ** handhaaft datgene wat door de zorgprofessionals zelf is vastgesteld. In sommige gevallen ontbreken richtlijnen omdat de beroepsgroep het onderling niet eens kan worden. Het ontbreekt in die gevallen dus ook aan een duidelijk handhavingkader voor de IGZ. Ik heb vorig jaar een **Regieraad** geïnstalleerd om voortgang te organiseren in de richtlijnontwikkeling. Analoot aan de rol van ZonMw bij zorgstandaarden heeft de Regieraad onlangs een richtlijn voor richtlijnen ontwikkeld. Het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is een verantwoordelijkheid van de vele partijen in het veld. Daarin worden zij gefaciliteerd door het project **ZiZo** (Zichtbare Zorg) dat nu onderdeel is van de IGZ. ZiZo voert publieke taken uit die op de nominatie staan om in het kader van de afslankingstaakstelling te worden geprivatiseerd.

Onze belangrijkste conclusie is dat de zelfregulering binnen de zorgsectoren niet tot het beoogde resultaat heeft geleid. De zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten zijn er tussen 1996 en 2006 onvoldoende in geslaagd een gedeelde visie (kwaliteitskaders met indicatoren en normen) te ontwikkelen over wat moet worden verstaan onder verantwoorde zorg. Daarnaast heeft de zelfregulering in die periode niet bij alle zorgaanbieders geleid tot goed functionerende kwaliteitssystemen.

Algemene Rekenkamer

10 juni 2009

De Kamer heeft mij in het AO van 14 april jongstleden echter verzocht nu geen onomkeerbare stappen te nemen en heeft de ingediende motie van het lid Van Gerven (SP)¹ ondersteund, dat plannen tot privatisering van kwaliteitsinformatie ongewenst zijn. Dat respecteer ik.

KiesBeter draagt zorg voor het transparant aanbieden van kwaliteitsinformatie. KiesBeter is nu gestationeerd bij het **RIVM**.

Het ontwikkelen van veiligheidsnormen is een zaak van het veld zelf. De IGZ handhaaft de norm die door het veld zelf is opgesteld. Inmiddels heb

¹ Tweede kamer 2009–2010, nr. 31 765, nr. 12.

ik het veld wel laten weten dat ik veiligheidnormen desnoods zelf – na advies van de IGZ – zal vaststellen als het veld er zelf niet tijdig mee komt. Het gaat daarbij in eerste instantie om een tiental normen waarvan vaststaat dat de risico's simpelweg en altijd voorkomen moeten en kunnen worden.

Het vertalen in declarabele DBC's van wat goede zorg rond een bepaalde aandoening is wordt gedaan door de stichting **DBC-onderhoud**. DBC-O op haar beurt levert de zorgproducten aan de Nederlandse Zorgautoriteit aan. Die heeft tot taak de zorgproducten vast te stellen. Wettelijk mag zonder vastgesteld product geen zorg door de zorgaanbieder in rekening gebracht worden, verzekerd of niet. Voor de AWBZ-zorg zijn de zorgproducten weer door een particulier adviesbureau ontwikkeld en door de **NZa** vastgesteld.

Het doorvertalen van doelmatige kwaliteit (lees veilig en richtlijnconform) in het al dan niet verzekerd zijn is eveneens niet goed geregeld. Dat verband zou sterker gelegd moeten worden om onnodige volumeop-drijving («supply induced demand») te voorkomen. Afwijken van richtlijnen moet natuurlijk wel mogelijk blijven. Dat zou bijvoorbeeld kunnen in overleg met de verzekeraar. In dat geval moeten er wel publiek geautoriseerde richtlijnen zijn die uitgaan van het doelmatigheidsprincipe, bijvoorbeeld volgens de «stepped care» benadering. Hier zou het **CVZ** in zijn hoedanigheid van pakketbeheerder een steviger rol moeten kunnen spelen.

Kortom het sturen op doelmatige en doeltreffende kwaliteit gebeurt door vele partijen. Deze fragmentatie leidt ertoe, dat op het nationale niveau onvoldoende effectief wordt geopereerd om doelmatige kwaliteit van zorg de belangrijke drager te laten zijn van een houdbare gezondheidszorg op termijn met maximale baten voor de patiënt en de samenleving.

Eén Nationaal Instituut voor doelmatige Kwaliteit van de Gezondheidszorg

Daarom stel ik voor (delen van een aantal) bovengenoemde instituties te bundelen in een nationaal instituut dat krachtig stuurt op de brug tussen kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg. Voorshands gaat het daarbij om taken en onderdelen van het CVZ (pakket/aanspraakbeheer), de IGZ (advies over normontwikkeling), de NZa (productautorisatie), ZonMW (ontwikkeling meta standaarden, multidisciplinaire richtlijnen), de Regieraad (bevordering richtlijnenontwikkeling), ZiZo (ontwikkeling kwaliteitsindicatoren) en DBC-Onderhoud (productdefiniëring). Hiermee wordt tevens een krachtige structurele invulling gegeven aan het verzoek dat de leden Sap, van der Veen en Agema deden tijdens de begrotingsbehandeling in november 2008 (zie TK, 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 58). We zullen er rekening mee houden dat veranderingen bij deze organisaties uitstralingseffecten kunnen hebben naar andere organen.

De effectiviteit van een dergelijk orgaan valt of staat echter met de naleving van protocollen, richtlijnen, zorgstandaarden, normen, transparantievereisten etc. Dat is natuurlijk primair de taak van zorginstellingen en zorgverleners zelf. Een krachtige Inspectie moet daar ook voor zorg dragen.

Een dergelijk Instituut zal gebruik kunnen (moeten) blijven maken van de (wetenschappelijke) infrastructuur die zich in Nederland heeft ontwikkeld. Uitgangspunt blijft dat de beroepsgroepen eerst zelf aan zet zijn voor het opstellen van protocollen, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren, veiligheidsnormen etc. De Wetenschappelijke Verenigingen van medisch specia-

listen, het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Trimbos instituut, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging en anderen, zullen hun verantwoordelijkheid ten volle moeten blijven waarmaken. Maar de autorisatie en het creëren van doorzettingsmacht ten aanzien van de tijdige totstandkoming moet in publieke handen worden gelegd.

Een dergelijk instituut zou onder andere tot taken moeten hebben:

- het formuleren van kaders voor normen, richtlijnen, protocollen, standaarden en indicatoren inclusief het doelmatigheidsaspect;
- het aansporen van het veld (oa wetenschappelijke verenigingen) om normen, richtlijnen, protocollen, standaarden, indicatoren conform de kaders te formuleren;
- het zonodig onder eigen gezag opstellen van normen, richtlijnen, protocollen, standaarden, indicatoren indien veldpartijen onvoldoende of niet tijdig hun verantwoordelijkheid nemen;
- het monitoren en openbaar maken van de uitkomsten ten aanzien van veilige zorg (o.a. sterftcijfers, infectiecijfers), scores op kwaliteitsindicatoren, richtlijnconformiteit (praktijkvariatie) en outcome daarvan;
- het faciliteren van implementaties en programma's in het veld op het gebied van veiligheid en kwaliteit;
- het formuleren en vaststellen van (medisch) herkenbare zorgproducten (diagnose-behandelingcombinaties, zorgzwaartepakketten);
- mogelijkheden voor taakherschikking (als onderdeel van doelmatigheid);
- het beoordelen van (nieuwe) behandelingen en technieken in relatie tot het verzekerde basispakket;
- het adviseren aan de minister over de samenstelling, systematiek en opname in het verzekerde basispakket;
- het presenteren van vergelijkings- cq. feedbackinformatie (bijvoorbeeld ten aanzien van over- en onderbehandeling);
- het maken van internationale vergelijkingen;
- het voorlichten aan cliënten, aanbieders en verzekeraars.

Ik zou bij een dergelijk orgaan ook bevoegdheden willen neerleggen ten aanzien van het ontwikkelen en laten uitvoeren van experimenten. Bovendien wil ik hiermee uitdrukken dat een dergelijk instituut ook over verandercompetenties moet beschikken. Het bedoelde orgaan moet de regels beheren, niet de regels het orgaan.

Het instituut moet ten behoeve van de uitoefening van de genoemde taken over wettelijke bevoegdheden beschikken.

Indicatieve planning

Wat ik u in deze brief voorleg is slechts een richting en een uitwerking daarvan in een «houtschoolschets». De precieze reikwijdte zal nader afgebakend moeten worden. Bijvoorbeeld geldt dat voor de zorg die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning valt of ten aanzien van taken op het gebied van de collectieve preventie. Met de ontwikkeling zijn vele belangen gemoeid, niet in de laatste plaats van de mensen die nu werkzaam zijn bij de vele verschillende instituten. Ik wil daar zorgvuldig mee om gaan. Ik zal de komende periode intensief gebruiken om met alle relevante partijen in overleg te gaan over de verdere uitwerking van deze houtschoolschets. Ik hecht aan een breed draagvlak. Het zal immers een aanpak worden waarbij ook van veldpartijen grote inzet wordt gevraagd. Bovendien gaat tijdens de verbouwing de verkoop gewoon door. Ik ga ervan uit dat dit jaar vooral besteed gaat worden aan nadere analyses. Bijvoorbeeld ten aanzien van de nu bestaande taken van de verschillende organen, van de wettelijke en juridische context, van ICT systemen en dergelijke.

Het jaar 2011 zal vooral in het teken staan van het treffen van alle noodzakelijke voorbereidingen, inclusief de bijbehorende wetgeving.

Het jaar 2012 zal het jaar van de daadwerkelijke implementatie zijn. Ik ga er van uit dat het instituut per 1 januari 2013 volledig operationeel kan zijn.

Uiteraard zal ik de Kamer – en naar ik mag aannemen zal dat ook voor mijn opvolger gelden – periodiek op de hoogte stellen van de voortgang. Ik stel mij voor in het najaar van 2010 met een eerste tussenrapportage te komen. Daarna kan ik mij zo voorstellen dat elk kwartaal wordt gerapporteerd.

Een en ander impliceert dat ik afzie van het eerdere voornemen Zichtbare Zorg uit te plaatsen en te privatiseren. ZiZo zal in afwachting van de ontwikkeling van het nieuw op te richten instituut tijdelijk publiek gepositioneerd blijven bij de IGZ. Dat impliceert wel dat de personele taakstelling die met uitplaatsing zou worden bereikt niet gerealiseerd zal worden. Wel zal worden gewerkt aan een werkwijze waarbij de verantwoordelijkheid voor het formuleren van indicatoren primair bij de sectorpartijen zelf ligt. Om die verantwoordelijkheid uit te drukken, zullen de stuurgroepen in de verschillende sectoren in het vervolg een onafhankelijk voorzitter krijgen. Publieke interventies (doorzettingmacht) zijn aan de orde als de sector zijn verantwoordelijkheid niet neemt.

Ik ben ervan overtuigd, dat we hiermee een belangrijke stap voorwaarts kunnen maken in een coherente en consistente sturing op doelmatige kwaliteit van zorg en daarmee een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg als zodanig, maar ook aan de houdbaarheid van de gezondheidszorg en de toegankelijkheid daarvan op langere termijn.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink