

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening zorgstelsel

Nr. 361

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 oktober 2011

Bij de Regeling van Werkzaamheden op 6 oktober j.l. heeft de SP bij monde van het lid Leijten het inkoopbeleid van zorgverzekeraar Menzis aan de orde gesteld. Naar aanleiding daarvan heeft de Tweede Kamer mij gevraagd om een brief waarin ik zou moeten ingaan op de volgende drie vragen:

- 1) Hoe werkt het uitsluiten van een derde van de ziekenhuizen door op de acute zorg als iemand geen geplande operatie maar spoedeisende hulp nodig heeft?
- 2) Wat is het gevolg van het hanteren van verschillende kwaliteitscriteria door zorgverzekeraars?
- 3) Hoe is de Inspectie betrokken bij de selectie van Menzis?

Met deze brief kom ik aan het verzoek van de Kamer tegemoet.

Ad 1.

Hoe werkt het uitsluiten van een derde van de ziekenhuizen door op de acute zorg als iemand geen geplande operatie maar spoedeisende hulp nodig heeft?

De vraag gaat uit van de premisse dat een derde van de ziekenhuizen (door Menzis) zal worden uitgesloten van contractering. Ik kan die premisse niet als vertrekpunt voor mijn antwoord nemen omdat ik daarvoor geen overtuigende informatie heb.

Wat mij uit de berichtgeving duidelijk is geworden is dat Zorgverzekeraar Menzis heeft aangekondigd bij een drietal planbare ziekenhuisbehandelingen (heupen, amandelen en rughernia's) selectiever te gaan inkopen omdat men de kwaliteitscriteria wil aanscherpen. Naar mijn mening doet Menzis daarmee precies wat we in het huidige gezondheidszorgstelsel van zorgverzekeraars verwachten.

De toegang tot spoedeisende hulp ondervindt van dit selectieve contracteerbeleid geen belemmering. In de praktijk voorzien alle zorgverzekeringspolissen erin dat als iemand daadwerkelijk op acute hulp is aange-

wezen hij of zij altijd in het op dat moment meest geëigende ziekenhuis terecht kan.

Over de spreiding en beschikbaarheid van spoedeisende hulpafdelingen in Nederland heb ik op 1 juni j.l. (in antwoord op schriftelijke vragen van het lid Van der Veen (Tweede kamer, vergaderjaar 2010–2011, aanhangselnummer 2726) geantwoord «dat ik me kan voorstellen dat de zorgverzekeraars hierin een initiërende rol vervullen. Ik heb hier echter wel een aantal belangrijke voorwaarden aan verbonden. Zo moet de spoedeisende hulp niet alleen van goede kwaliteit zijn, maar dient deze ook binnen 45 minuten na melding met een ambulance bereikbaar te zijn. Met inachtneming van deze voorwaarden kunnen de zorgverzekeraars via hun zorginkoop bepalen bij wie ze wel en niet deze zorg willen inkopen. Ik verwacht dat kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen bij de inkoop doorslaggevend zullen zijn».

Deze lijn is ook terug te vinden in het gesloten hoofdlijnenakkoord met zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Ad 2.

Wat is het gevolg van het hanteren van verschillende kwaliteitscriteria door zorgverzekeraars?

Naar ik verwacht leidt dit tot een geleidelijke verhoging van de kwaliteit van de nederlandse gezondheidszorg. Het laatste dat ik wil is dat ons kwaliteitsbeleid tot een statisch geheel verwordt. Als wat vandaag goed wordt gevonden morgen beter blijkt te kunnen, moet ons stelsel daar op inspelen.

Ter nadere toelichting het volgende. Ik zie een belangrijk onderscheid tussen landelijke kwaliteitsnormen op de naleving waarvan de IGZ toeziet en eventuele scherpere kwaliteitseisen die een verzekeraar voor zijn eigen verzekerden hanteert.

Landelijke kwaliteitsnormen komen tot stand vanuit de medische beroepsgroepen. In mijn brief over het Kwaliteitsinstituut spreek ik over professionele standaarden. Een goed voorbeeld zijn de recente minimumvolumenormen die zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde. Deze normen geven het niveau aan waar beneden geleverde zorg niet verantwoord is. De IGZ bewaakt dit niveau.

Het staat zorgverzekeraars vrij de lat hoger te leggen dan de geldende landelijke minimum norm. Verzekeraars nemen die vrijheid gelukkig ook omdat zij zich op kwaliteit willen onderscheiden van hun concurrenten en omdat zij het perspectief zien dat strengere kwaliteitseisen de doelmatigheid van de zorgverlening ten goede kan komen. Dat laatste is natuurlijk ook interessant voor de kostenontwikkeling.

Natuurlijk zie ik het punt dat burgers het onderscheid tussen deze twee kwaliteitsinvalshoeken niet altijd scherp maken. Goede communicatie op dit punt is dan ook belangrijk. Ik verwacht bijvoorbeeld van verzekeraars dat zij niet bijdragen aan een negatieve beeldvorming van die ziekenhuizen die wel aan de landelijke norm voldoen maar nog niet aan de scherpere normen van henzelf. Een benadering vanuit het positieve heeft altijd de voorkeur. Verzekeraars zijn zich overigens zeer bewust van het belang van een degelijke onderbouwing van hun aangescherpte kwaliteitseisen en van een zorgvuldige communicatie hierover naar zowel hun verzekerden als naar de zorgaanbieders met wie zij zaken doen.

Los van wat ik van verzekeraars verwacht op het communicatieve vlak wil ik ook benadrukken dat we in een stroomversnelling zitten als het gaat om de aandacht voor betere kwaliteit. Gezien de diversiteit van de betrokken partijen en hun aantal is het bijna onvermijdelijk dat de berichten over kwaliteit niet unisono zijn. Vanuit de overheid, en ik denk dan met name aan het op te richten Kwaliteitsinstituut, zullen we aan de communicatie dan ook de nodige aandacht gaan besteden.

Ad 3.

Hoe is de Inspectie betrokken bij de selectie van Menzis?

Voor zover mijn informatie strekt is de Inspectie tot nu toe niet betrokken geweest bij de selectie van Menzis. Op grond van het antwoord op vraag twee is dat wat mij betreft ook geen vereiste.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers