

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
103431-100568-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
31 mei 2012

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 12 juli 2012
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over de onbetrouwbaarheid van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) als indicator van kwaliteit van zorg (2012Z10863).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over de onbetrouwbaarheid van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) als indicator van kwaliteit van zorg (2012Z10863)

1.

Herinnert u zich uw antwoorden op eerdere vragen, waarin u stelde dat de openbaarmaking van de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) van ziekenhuizen zou leiden tot betere kwaliteit van zorg? Wat is in dit verband uw reactie op een recente wetenschappelijke publicatie, waaruit blijkt dat de HSMR zeer onbetrouwbaar is en derhalve niet gebruikt zou moeten worden voor vergelijking van de kwaliteit van zorg? 1) 2)

1.

Ik herinner mij dat ik in mijn antwoorden op eerdere vragen van de leden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) vooral heb benadrukt dat variatie in HSMR door andere bronnen kan worden veroorzaakt dan door de kwaliteit van zorg. Voorts heb ik aangegeven dat de HSMR een signaalfunctie kan vervullen voor de instelling zelf en voor gesprekken met de zorgverzekeraar en de inspectie. Het openbaar maken van gegevens zoals de HSMR kan op die wijze een prikkel vormen om de registratie van kwaliteit verder te verbeteren en daaruit voortvloeiend ook de kwaliteit van zorg. Deze antwoorden heb ik op 4 november 2011 aan uw Kamer gestuurd.

In Publicatie 2) wordt gesteld dat de huidige HSMR als zodanig niet bruikbaar is voor een rechtstreekse één op één vergelijking tussen ziekenhuizen. Deze conclusie sluit aan bij de visie van brancheorganisaties van ziekenhuizen, de NVZ (Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen) en de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische Centra).

Verder vind ik het goed dat in wetenschappelijke literatuur gerapporteerd wordt over het huidige HSMR model, over de beperkingen van het model en over de vraag hoe het model verder te verbeteren is door alle factoren die bijdragen aan de kwaliteit in de casemix correctie daarin te betrekken.

Ik verwijs ook naar mijn antwoord op vraag 2.

2.

Herinnert u zich uw antwoorden, waarin u stelde dat de HSMR een signaalfunctie heeft die aanleiding kan geven tot een gesprek tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de vraag in welke mate een bijzonder hoge of lage HSMR wordt veroorzaakt door verschillen in kwaliteit van zorg of door andere oorzaken? Op grond waarvan kunt u staande houden dat openbaarmaking van HSMR de kwaliteit van zorg dient, terwijl dit instrument als zodanig helemaal niets zegt over de kwaliteit van zorg? Wilt u uw antwoord toelichten?

2.

Ja, dat herinner ik mij. Ik wil benadrukken dat het de ziekenhuizen zelf zijn die de HSMR en andere gegevens over hun functioneren publiceren. De Nederlandse ziekenhuizen hebben op 20 december 2011 bij monde van de NVZ en de NFU de publicatie van de gestandaardiseerde sterftcijfers over 2010 voorzien van een uitgebreide toelichting. Zij geven daarin aan dat het berekenen van sterftcijfers een ontwikkeling is die past binnen het streven naar verbetering en zichtbaarheid van kwaliteit en dat ondanks de beperkingen van het model toch gekozen is voor

publicatie. Veel ziekenhuizen lichten op hun eigen website het gepubliceerde sterftecijfer toe.

3.

Wat is uw reactie op de bevinding dat opnames van patiënten vanuit een ander ziekenhuis veelal opnames betreft in verband met complexe gespecialiseerde zorg met hogere overlijdenskans, terwijl de HSMR niet corrigeert voor een verblijf thuis door de patiënt tussen beide opnames? Vindt u het niet bizar dat in dit voorbeeld het doorverwijzende ziekenhuis punten scoort omdat de patiënt het ziekenhuis levend verlaat, terwijl het behandelende ziekenhuis strafpunten krijgt als de patiënt daar overlijdt? Wilt u uw antwoord toelichten?

3.

Mijns inziens onderstreept dit voorbeeld het belang om door casemixcorrectie tot betere interpretatie van sterftecijfers te komen. Het principe van casemixcorrectie is een zeer gangbaar middel om te corrigeren voor reële verschillen tussen ziekenhuizen. Dat beperkt zich overigens niet tot sterftecijfers alleen maar kan ook voor interpretatie van andere uitkomsten van medische zorg bruikbaar zijn. Daarnaast pleit ik ervoor om niet alleen de HSMR, maar ook verschillende SMR's te publiceren. SMR's zijn sterftecijfers per ziekenhuis per diagnose. Door beide te optimaliseren krijgen de cijfers meer zeggenschap. Publicatie is echter niet mijn verantwoordelijkheid, maar die van de Nederlandse ziekenhuizen zelf.

4.

Wat is uw reactie op de conclusie dat het aanbieden van terminale zorg en de mogelijkheid om in het ziekenhuis te overlijden een stijgende HSMR tot gevolg heeft? Deelt u de mening dat een systeem waarin zorgverzekeraars ziekenhuizen publiekelijk afrekenen op hun HSMR kan leiden tot het weigeren van patiënten met een te hoog sterfterisico? Zo nee, op welke wijze voorkomt u dit?

4.

Ik vind dat de discussie over (door)behandelen in terminale fase en de betere kennis en voorlichting over palliatieve zorgverlening voorop zou moeten staan. Ik kan me dan ook voorstellen dat niet alleen de sterfte *in* ziekenhuizen wordt meegenomen, maar ook de sterfte binnen 30 dagen na ontslag, zoals dat ook in het Verenigd Koninkrijk wordt gedaan.

Van verzekeraars verwacht ik dat zij bij de zorginkoop verantwoord om zullen gaan met de complexe werkelijkheid achter de cijfers en het belang van een goede onderbouwing van de kwaliteitseisen die zij hanteren. Verder ga ik er vanuit dat zij zorgvuldig zullen zijn in hun communicatie naar zowel hun verzekerden als de zorgaanbieders.

5.

Hoe voorkomt u dat publicatie van oordelen over kwaliteit van zorg op basis van onbetrouwbare gegevens leidt tot beschadiging van patiënten, ziekenhuizen en het vertrouwen in de zorg? Wilt u uw antwoord toelichten?

5.

Ik ben, zoals gezegd, niet primair verantwoordelijk voor het publiceren van de HSMR en andere gegevens over het functioneren van ziekenhuizen. In mijn optiek ligt er een verantwoordelijkheid voor alle betrokken partijen, ziekenhuizen,

zorgverzekeraars, overheid en patiëntenorganisaties, om op een verantwoorde manier met deze openbare gegevens om te gaan, om te voorkomen dat deze informatie zou kunnen leiden tot een afname van vertrouwen in de zorg. Ik beschik overigens niet over signalen die erop duiden dat van een dergelijke afname sprake is. Transparantie in de zorg is anderzijds belangrijk om te zien wat er gebeurt, wie wat levert en van welke kwaliteit. Er is bij de start van de publicatie van de HSMR heel helder gemaakt dat dit gezien moet worden als een eerste stap in een ontwikkeling. Op basis van de HSMR is een één-op-één vergelijking van ziekenhuizen niet mogelijk. Wel kan op basis van de HSMR beter worden benaderd wat er in ziekenhuizen gebeurt en kunnen ziekenhuizen leren van elkaars ervaringen.

6.

Deelt u de mening dat de HSMR niet eerder gepubliceerd moet worden door zorgverzekeraars voordat de tekortkomingen door onvolledige data zijn opgelost, zoals casemix, codeervariatie tussen ziekenhuizen, ziekte-ernst, doorverwijspatronen, palliatieve zorg en de plaats van overlijden?

6.

De publicatie van de HSMR wordt door de ziekenhuizen zelf verzorgd. De HSMR is vooral voor het interne kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen van belang, naast de betekenis die derden eraan hechten. Wat betreft de codeerpraktijken en de kwaliteit en volledigheid van de gegevens zijn de instellingen zelf aan zet om op dat punt orde op zaken te stellen. Van ziekenhuizen mag ook verwacht worden dat zij in staat zijn om relevante gegevens op verantwoorde wijze te produceren die kunnen bijdragen aan landelijke kwaliteitsdata over zorgprocessen en zorguitkomsten.

7.

Kan de Kamer een afschrift ontvangen van uw reactie op de brief die de schrijvers van het artikel in Medical Care aan u hebben gericht? 3)

7.

Deze brief is mij niet bekend.

8.

Hoe kunt u marktwerking en concurrentie tussen ziekenhuizen bepleiten, wanneer deze op basis van ondeugdelijke gegevens met elkaar worden vergeleken? Is het niet beter om met dit schadelijke beleid te stoppen? Wilt u uw antwoord toelichten?

8.

Het is wel degelijk mogelijk om ziekenhuizen betekenisvol met elkaar te vergelijken. De HSMR is slechts één van de vele parameters die beschikbaar zijn. Het beleid om betekenisvolle transparantie-informatie te genereren en (onder andere) te gebruiken bij selectieve zorginkoop en keuze informatie zal naar verwachting de komende tijd alleen maar versterkt gaan worden. Er is een lange weg te gaan. Te lang is er naar ziekenhuizen gekeken alsof overal dezelfde zorg wordt geleverd. Dat is onjuist. Het publiek, de patiënt mag dat ook weten. U moet deze ontwikkeling zien als een ontwikkeling die pas is begonnen.

9.

Over welke sanctiemogelijkheden beschikt u voor zorgverzekeraars die ongefundeerd ziekenhuizen in een kwaad daglicht zetten en daarmee onrust en angst veroorzaken bij patiënten en burgers? Indien u niet over mogelijkheden beschikt, wordt het dan niet tijd om hier wel voor te zorgen? Zo nee, waarom niet?

9.

Ik ga ervan uit dat u doelt op de situatie waarbij zorgverzekeraars op basis van beschikbare gegevens (zoals HSMR) tot selectieve zorginkoop besluiten. Een dergelijke situatie heeft zich voorgedaan bij de selectieve inkoop van borstkankerzorg en is toen door betrokken partijen aan de rechter voorgelegd. Dat is een zaak tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is waar ik buiten sta. Ik heb ook geen sanctiemogelijkheden. De opvatting dat in een dergelijke situatie sprake is van in een kwaad daglicht stellen en onrust en angst zaaien deel ik niet. Zie ook mijn antwoord op vraag 5

- 1) Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, Aangangsels van de Handelingen nr. 919
- 2) The Hospital Standardized Mortality Ratio Fallacy, Medical Care 2012
- 3) Brief aan minister Schippers over het nut van de HSMR. Eindhoven, 5 april. Van Gestel et al.