

# Partijen in de gezondheidszorg maken afspraken over kwaliteit

## Driehoeksrelatie centraal in opzet kwaliteitsbeleid

Op 14 en 15 juni jongstleden heeft de KNMG op verzoek van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een conferentie georganiseerd over kwaliteit van zorg. Deze conferentie was een vervolg op de startbijeenkomst die in april 1989 plaatsvond.

Tijdens deze startconferentie spraken de representanten van de vier actoren in de gezondheidszorg, te weten patiënten/consumenten, aanbieders, verzekeraars en overheid, de bereidheid uit te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid binnen de gezondheidszorg. Die bereidheid werd neergelegd in een tien punten omvattende intentieverklaring. Deze conferentie had tot doel de intentieverklaring van 1989 om te zetten in concrete afspraken. Hiertoe namen nagenoeg dezelfde organisaties die in de startconferentie hadden geparticipeerd deel aan een intensieve discussiebijeenkomst in Leidschendam. De conferentie leidde tot belangrijke resultaten.

### AANPAK

De stuurgroep die de startconferentie had voorbereid nam tevens de werkzaamheden voor deze conferentie ter hand. De stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de vier betrokken partijen binnen de gezondheidszorg, hield in de eerste maanden van 1990 interviews met alle organisaties die aan de startconferentie hadden deelgenomen. Doel van deze gesprekken was inzicht te krijgen in de initiatieven die op basis van de intentieverklaring van 1989 waren ondernomen. Daarnaast was het de bedoeling er achter te komen welke meningen en visies er bij de organisaties leefden over de nadere concretisering van een kwaliteitsbeleid.

Uit de interviews bleek dat zeer veel activiteiten zijn ondernomen om invulling te geven aan een kwaliteitsbeleid. Voorbeelden hiervan zijn projecten kwaliteitsbevordering binnen instellingen, het hanteren danwel ontwikkelen van protocollen, richtlijnen en dergelijke, de ontwikkeling van een systeem voor herregistratie van medische beroepsbeoefenaren en het stellen van verplichtingen aan het volgen van bij- en nascholing.

Op basis van de interviews kon worden gesteld dat ook in deze tijd van schaarse middelen veel wordt gedaan aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.

### DISCUSSIELEIDRAAD

Onder meer op basis van de interviewresultaten stelde de stuurgroep 'Kwaliteit van Zorg' voor de vervolgonferentie een discussieleidraad op, getiteld: 'Van afspraken naar afspraken'. Centraal in deze leidraad stond de driehoeksrelatie gevormd door de aanbieders van zorg, te onderscheiden in beroepsbeoefenaren en instellingen, de patiënten/consumenten en de verzekeraars. De rol van de overheid, zo was uit de interviews gebleken, werd door velen gezien als die van kaderstellende partij.

In de discussieleidraad kwam naar voren, dat voor een samenhangend kwaliteitsbeleid er afspraken zouden moeten worden gemaakt tussen partijen uit de driehoeksrelatie. Dergelijke afspraken vormen geen nieuw fenomeen in de gezondheidszorg. Bekend zijn reeds de modelovereenkomst KNMG-LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord.

De afspraken die met de conferentie werden beoogd zouden betrekking moeten hebben op een viertal thema's te weten:

1. de verantwoordelijkheden van de afzonderlijke partijen ten aanzien van kwaliteitsbeleid;
2. de criteria aan de hand waarvan kwaliteit in de gezondheidszorg zou moeten worden beoordeeld;
3. de systemen die kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te bevorderen, te waarborgen en te controleren;
4. de middelen die nodig zijn om een goed kwaliteitsbeleid tot stand te brengen en te waarborgen.

In de leidraad stonden over deze thema's uitspraken opgenomen, gebaseerd op de uitkomsten van de interviews. Deze uitspraken waren zodanig opgesteld dat zij enerzijds de grootste gemene deler weergaven van de visies van de geïnterviewde

organisaties en anderzijds voldoende ruimte boden voor discussie. In de leidraad werd aangegeven dat vanuit de koepels van betrokken partijen de verstaalslag zou moeten worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar de concrete uitwerking binnen instellingen, door beroepsbeoefenaren, verzekeraars, regionale patiëntenplatforms e.d.

### GEEN 'RE-REGULERING'

Bijna honderd personen namen deel aan de twee dagen durende conferentie in Leidschendam. Het openingsoord werd gehouden door KNMG-voorzitter W. H. Cense. Hij belichtte de discussie rond de positie van verpleegkundigen en verzorgenden in de gezondheidszorg en plaatste dit in relatie tot het onderwerp 'Kwaliteit van Zorg'. Tevens vroeg hij aandacht voor de toekomstige ontwikkeling in het kader van het openstellen van de Europese binnengrenzen in 1992. Hij vond het komen tot afspraken over samenhangend kwaliteitsbeleid niet alleen voor Nederland belangrijk, maar wees ook op het belang van het op de juiste waarde kunnen schatten van zorgaanbod uit andere Europese landen.

Vervolgens hield staatssecretaris H. J. Simons van WVC een inleiding (zie verderop in dit nummer). De staatssecretaris gaf onder meer aan dat de kwaliteit van zorg niet in de wettelijke omschreven model-overeenkomst tussen aanbieders en verzekeraars zal worden opgenomen, maar dat het bij wet verplicht wordt om afspraken over kwaliteit en doelmatigheid in individuele overeenkomsten op te nemen. De staatssecretaris zei ervan uit te gaan dat er kaderafspraken worden gemaakt over gespecificeerde kwaliteitseisen. Immers, zo stelde hij: 'De afspraak was en de afspraak is nog steeds: deregulering, zelfregulering en géén 're'-regulering.'

### INTENSIEF OVERLEG

Nadat de voorzitter van de stuurgroep, KNMG-secretaris-generaal Th. M. G. van Berkestijn, nader de werkwijze van de stuurgroep had aangegeven en het

doel van de conferentie had belicht, gaf Mw. M. A. G. Frissen voor de conferentiegangers de rode draad van de leidraad aan. Vervolgens vond onder voorzitterschap van oud Tweede-Kamervoorzitter Dr. D. Dolman de discussie over de verschillende thema's plaats. Deze vier discussiethema's werden nader ingeleid door leden van de stuurgroep. De heer J. van der Wilk (LPCP) besteedde aandacht aan het thema verantwoordelijkheden. De onderwerpen criteria, kwaliteitssystemen en middelen werden achtereenvolgens behandeld door de heren F. Lapré (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg), J. Kasdorp (NRV) en C. Glerum (KLOZ). Vervolgens vonden over de uitspraken zoals opgenomen in de leidraad intensieve discussies plaats. Tussen de bedrijven door werkte de stuurgroep aan het vertalen van de resultaten van de discussie naar concrete afspraken. Geleid door de strakke hand van voorzitter Dolman kwamen de partijen na 15 uren van overleg tot een groot aantal van afspraken voor een samenhangend kwaliteitsbeleid.

#### SAMEN VERANTWOORDELIJK

Hieronder vindt u de integrale weergave van de afspraken die tijdens de conferentie zijn gemaakt. Algemeen bestond na afloop van de conferentie het gevoel dat een belangrijke stap was gezet op weg naar verdere samenwerking op het gebied van kwaliteit. Met name de coöperatieve sfeer tijdens de bijeenkomst heeft bijgedragen tot een arrangement waarin alle betrokken partijen zich kunnen vinden. Het centrale element van de discussieleidraad, de driehoeksrelatie tussen aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars, zal de komende jaren de basis vormen voor een actief beleid dat uitgaat van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen in de gezondheidszorg. Concrete afspraken zijn gemaakt over verantwoordelijkheden, criteria, kwaliteitssystemen en middelen. Voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid zijn procedures en termijnen aangegeven. Onder meer is afgesproken dat partijen binnen twee jaar tot afspraken komen over de gebieden waarop criteria betrekking hebben. Het initiatief om te komen tot afspraken over criteria zal binnen een half jaar door de aanbieders worden ondernomen. Binnen een termijn van vijf jaar zullen de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen partijen zijn opgenomen. Tevens zullen binnen een termijn van vijf jaar interne kwaliteitssyste-



men operationeel zijn. Bij de invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg zullen de afspraken omtrent middelen, onder meer het opnemen van kwaliteit in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en de afspraken over financiering van de kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering, operationeel zijn.

Al deze afspraken moeten ervoor zorgdragen dat in de toekomst daadwerkelijk uitvoering wordt gegeven aan samenhangend kwaliteitsbeleid. Door hun verantwoordelijkheden op zich te nemen kunnen de partijen in de gezondheidszorg voorkomen dat de rijksoverheid te zijner tijd met regels zal moeten interveniëren. Gegeven de kwaliteit en intensiteit van de discussie in Leidschendam mag worden verwacht dat de partijen in de gezondheidszorg het niet zover zullen laten komen.

*'Intentieverklaring betreffende een te ontwikkelen kwaliteitsbeleid' – opgesteld tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' – Leidschendam, 6 en 7 april 1989.*

*'Van uitspraken naar afspraken' – programma en leidraad ten behoeve van de discussie over Kwaliteit van Zorg op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam. In deze leidraad zijn als bijlage de resultaten van 27 interviews schematisch opgenomen.*

Drs. M. A. G. Frissen,  
secretaris stuurgroep 'Kwaliteit van Zorg'

## Afspraken over kwaliteitsbeleid

*Opgesteld tijdens de vervolgconferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam*

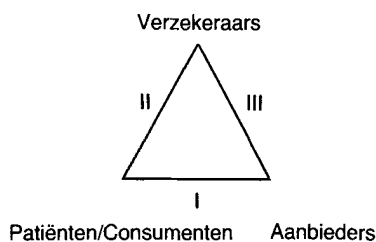
### I Preambule

Binnen het huidige tijdsbestek met zijn herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en kwaliteitswetgeving kan het nader concretiseren van een *samenhangend* kwaliteitsbeleid tussen de vier betrokken actoren worden uitgewerkt aan de hand van de onderstaande driehoeksrelatie. De drie partijen die deel uitmaken van deze relatie zijn de aan-

bieders, de patiënten en de verzekeraars\*. De overheid wordt in deze benadering gezien als een kaderstellende partij. Tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 6 en 7 april 1989 is een aantal uitspraken geformuleerd, welke inhouden dat het beleid van de overheid afhankelijk moet worden gesteld van initiatieven die door aanbieders, patiënten en verzekeraars in

\* Er zijn weliswaar andere zorgfinanciers dan verzekeraars zoals de gemeenten als financiers van GGD-en (Gemeenschappelijke/Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) en het AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk). In deze hoedanigheid passen zij niet in het model dat tijdens de conferentie is besproken.

onderlinge samenhang tot stand komen. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt derhalve in de randvoorwaardelijke sfeer conform het streven naar een meer afstandelijke overheidsbemoeienis. De verantwoordelijkheden van overheid en veld zijn op te vatten als communicerende vaten in die zin dat als de rol van één van deze actoren verandert, dit automatisch ook wijziging voor de anderen tot gevolg heeft.



**IV Overheid (kaderstellend en stimulerend)**

Gesteld kan worden dat om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid er een nadere invulling moet plaatsvinden van de afzonderlijke zijden van de driehoeksrelatie. Deze benadering zou uiteindelijk moeten leiden tot afspraken inzake kwaliteit van zorg tussen patiënten/consumenten – aanbieders – I patiënten/consumenten – verzekeraars – II aanbieders – verzekeraars – III Afspraken in de bovenbeschreven relaties zijn geen nieuw fenomeen binnen de zorg. In dit kader kan verwezen worden naar de modelovereenkomst KNMG-LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord. Dit laatste onderstreept dat de afspraken niet beperkt blijven tot bilaterale overeenkomsten.

*Thema 1: verantwoordelijkheden*

Ten aanzien van het aspect verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg dient allereerst te worden vastgesteld op welk niveau (individueel, koepel, instelling, gemeente, provincie, regio, rijk) deze verantwoordelijkheid ligt. In de intentieverklaring zoals overeengekomen tijdens de startconferentie wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg gelegd bij de aanbieders. Het beleid van de verzekeraars moet het leveren van goede kwaliteit mogelijk maken. Tevens dienen de verzekeraars de gewenste kwaliteit te contracteren. De patiënt krijgt meer verantwoordelijkheid. De overheid voert een zodanig beleid dat partijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen waarmaken. De vraag is op welk niveau die verantwoordelijkheid ligt. Voortvloeiend uit de eerste conferentie kan, ten behoeve van nadere afspraken tijdens de vervolgonferentie, gesteld worden dat de landelijke 'koepels' van de betrokken partijen worden geacht het voortouw te nemen bij de uitvoering van de afspraken van de vervolgonferentie. Vanuit het landelijk niveau dient de

vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op de overige niveaus; dit dient mede te worden gebaseerd op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

*Thema 2: criteria*

criterium is een begrip dat op verschillende manieren wordt uitgelegd. In het kader van het tot stand komen van een samenhangend kwaliteitsbeleid zal een eenduidige definitie moeten worden gehanteerd. Gekozen is voor de definitie zoals geformuleerd in de onlangs verschenen 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' van de NRV: 'Kenmerk of maatstaf, op grond waarvan beoordeling plaatsvindt'. De drie partijen dienen elk hun eigen criteria te ontwikkelen op grond van hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwaliteit. Dit laat onverlet dat ook door of namens de overheid criteria kunnen worden ontwikkeld.

*Thema 3: kwaliteitssystemen*

Gelet op de 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' en het rapport 'Certificatie van Instellingen' (mei 1990, beide van de NRV) wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interne kwaliteitssystemen en externe kwaliteitsbeoordeling. Interne kwaliteitssystemen zijn met name gericht op het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening en van de kwaliteit van de geleverde zorg. Externe kwaliteitsbeoordeling is beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg door een terzake kundige instantie die onafhankelijk staat ten opzichte van degene die beoordeeld wordt.

*Thema 4: middelen*

Voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid kunnen de volgende soorten middelen worden onderscheiden: overeenkomsten, financiële middelen en wetgeving.

**II Afspraken**

*Thema 1: verantwoordelijkheden*

- 1.a. De gewenste kwaliteit van zorg wordt in eerste aanleg door de aanbieders geformuleerd en gewaarborgd. Om het kwaliteitskader voor de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen aangeven dient de beroepsgroep in ieder geval een beroepscode te hebben (hierbij kan ook gedacht worden aan standaarden, criteria en richtlijnen) en een beroepsprofiel.
- b. Aanbieders van zorg dienen zich blijvend toetsbaar op te stellen, hetgeen onder andere tot uiting dient te komen in een periodieke openbare verslaglegging, op een nader te bepalen aggregatieniveau.
- c. Het uitwerken van het kwaliteitsbeleid moet gebeuren aan de hand van de 'Discus-

sienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV (1986) (hoofdingeling hiervan is: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie) en een rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen, dat momenteel wordt voorbereid door de NRV. Afhankelijk van het aan de orde zijnde kwaliteitsaspect gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.

2. Het is enerzijds de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren zelf kwaliteitssystemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en anderzijds van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.

3. Patiënten/consumenten hebben een verantwoordelijkheid bij het medebeoordelen van de kwaliteit van zorg. Voor de te beoordelen aspecten wordt verwezen naar de passage hierboven onder 1.c. Patiënten/consumentenorganisaties zullen vanuit hun specifieke betrokkenheid naar deze kwaliteitsaspecten kijken. Zo kunnen algemene patiëntenverenigingen zich meer richten op de aspecten attitude en organisatie en kunnen de categorale patiëntenverenigingen meer gericht zijn op de beoordeling van het aspect 'methodisch-technisch' handelen. De verantwoordelijkheid van patiënten/consumenten wordt met aanbieders van zorg in afspraken vastgelegd. De in de afspraken vastgelegde verantwoordelijkheden kunnen zowel rechten als plichten voor de patiënt inhouden.

4. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars is het beoordelen van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder wat betreft de aspecten doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van beoordeling door verzekeraars. Tevens is het de verantwoordelijkheid van verzekeraars mede op grond van kwaliteit te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast scheppen de verzekeraars in overleg met patiëntenorganisaties, aanbieders en overheid de voorwaarden om tot een verantwoord kwaliteitsniveau te komen.

5. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen. De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd.

De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk

wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid duidelijkheid te schepen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen. 6. het Staatstoezicht zal naast de gebruikelijke repressieve toezichtstaken controleren of er kwaliteitstoetsings- en kwaliteitsbevorderende systemen zijn en kan tevens, indien het daartoe aanleiding ziet, de deugdelijkheid en effectiviteit daarvan controleren. Daarnaast wordt het Staatstoezicht in adviserende zin betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumënten.

*Thema 2: criteria*

1. Kwaliteitscriteria, zoals bij voorkeur te formuleren door de beroepsgroepen en instellingen, al dan niet in overleg met patiënten/consumënten\* en verzekeraars (zie hiervoor de preambule), dienen betrekking te hebben op de aspecten zoals geformuleerd in de discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening en het rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen (dit laatste is zoals vermeld nog in ontwikkeling). De drie partijen formuleren ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.
2. De kwaliteitscriteria dienen zodanig te worden ontwikkeld dat zij slechts op één manier te duiden zijn en onderwerp kunnen zijn van toetsing.
3. Alle criteria kunnen onderdeel vormen van afspraken die worden overeengekomen tussen de partijen die deel uitmaken van de driehoeksrelatie.
4. Alle criteria dienen onderdeel van kwaliteitsbewakings-, bevorderings- en beheersings-systemen te zijn welke door de overheid wettelijk kunnen worden vastgesteld.

*Thema 3: kwaliteitssystemen*

**Interne kwaliteitssystemen**

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
  - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing; intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
  - b. registratie/herregistratie/re-examinering; ten behoeve van herregistratie kan – ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep – bij- en nascholing verplicht worden gesteld.

c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.

3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systematiek.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

**Externe kwaliteitsbeoordeling**

1. Externe kwaliteitsbeoordeling dient bij voorkeur haar aangrijpingspunt te hebben op interne kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben\*.
2. In de op te stellen afspraken tussen de drie partijen dienen nadere bepalingen te worden opgenomen ten aanzien van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.
3. Ten aanzien van de openbaarheid van gegevens dienen tussen de drie partijen afspraken te worden gemaakt.
4. Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of -behandeling en uitvoering van patiënten/consumëntenonderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling en patiënten/consumëntenonderzoek dienen teruggelinkt te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen.
5. Indien voor een groep beroepsbeoefenaren en/of instellingen wordt besloten tot de invoering van een systeem van certificatie, dienen hieraan de volgende voorwaarden te worden gekoppeld (gebaseerd op het NRV-advies):
  - ‘certificatie is per definitie een vorm van onafhankelijke toetsing’
  - certificatie dient op basis van een groeimodel, zoals gepresenteerd in het rapport van NRV ‘Certificatie van Instellingen’ te worden ingevoerd; bij voorkeur:
    - a. als de ontwikkeling van modellen van interne kwaliteitssystemen heeft plaatsgevonden;
    - b. als de betrokkenheid van potentiële belanghebbenden nader is ingevuld.
 Op korte termijn dient hierover op bestuurlijk niveau tussen de aanbieders, patiënten/consumënten en verzekeraars nader te worden besloten. Het Staatstoezicht dient hierbij in adviserende zin te worden betrokken.

*Thema 4: middelen*

- 1.a. Kwaliteit moet onderdeel uitmaken van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De derde partij (patiënten/

De conferentie ‘Kwaliteit van zorg’ werd voorbereid door representanten van de volgende organisaties en instellingen:

- Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
- Landelijk Patiënten/Consumenten Platform
- Ministerie van WVC
- Nationale Kruisvereniging
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- Nationale Ziekenhuisraad
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
- Raad voor Gezondheidsonderzoek

De volgende organisaties namen deel aan de vervolgcferentie:

- Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale toetsing
- Coördinatie-commissie ter bevordering van de kwaliteitsbeheersing van het Laboratoriumonderzoek op het gebied van de gezondheidszorg (CCKL)
- Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid
- Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid
- Gezamenlijk Overleg Beroepsverenigingen in de gezondheidszorg
- Gezondheidsraad
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Landelijk Patiënten/Consumenten Platform
- Landelijke Specialisten Vereniging
- Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
- Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen
- Ministerie van WVC
- Nationale Kruisvereniging (per 11 juni Landelijke Vereniging voor Thuiszorg)
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- Nationaal Ziekenhuis Instituut
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg
- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde
- Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- Raad voor Gezondheidsonderzoek
- Stichting Centrale Raad voor de Gezinsverzorging
- Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisartsen en eerstelijnszorg (O & O)
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
- Vereniging van Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk (VIVAM)
- Ziekenfondsraad
- Vereniging van Nederlandse gemeenten als waarnemer

\*Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

\*Ten aanzien van het begrip ‘resultaten van zorg’ vindt tussen partijen nader overleg plaats.

consumentenorganisaties) behoort daarbij betrokken te zijn.

b. In overeenkomsten kunnen incentives worden opgenomen tot kwaliteitsbevordering.

2.a. De financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten moet beschikbaar komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen binnen de vier actoren.

b. Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid produkt.

3. Wetgeving kan worden beschouwd als middel om het kwaliteitsbeleid, zoals dit tot stand moet komen tussen partijen in de beschreven driehoeksrelatie, te stimuleren en te waarborgen. Indien wordt gekomen tot een wet op de kwaliteit van zorg, dient deze het karakter te hebben van een raamwet, wat inhoudt dat deze wet niet primair gericht is op de kwaliteitscriteria zelf doch voornamelijk op procedures en verantwoordelijkheden/bevoegdheden via welke totstandkoming van kwaliteitseisen en kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd en gewaarborgd.

4. De aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars maken afspraken ten einde te waarborgen dat voldoende (dat is: valide en relevante) informatie voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking beschikbaar komt en blijft voor alle partijen, met inachtneming van de privacy-voorschriften.

5. De overheid en/of de verzekeraars voeren een beleid dat erop gericht is patiënten/consumentenorganisaties zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de kwaliteit van zorg te beoordelen en dienaangaande activiteiten te ontwikkelen.

6. De verzekeraars zullen overgaan tot het instellen van verzekerdenraden.

7. Verzekerden kunnen een actieve rol vervullen ter zake van kwaliteit, indien zij de vrijheid krijgen om van verzekeraar te wisselen. Daarbij dient een acceptatieplicht (zonder risicoselectie) te gelden.

8. Er is onderzoek nodig ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek dient een onderbouwing te zijn van de inhoudelijke ontwikkeling van criteria en systemen voor kwaliteitsbevordering, waaronder de beoordeling van kosten en baten.

9. De overheid zal in overleg met het veld de totstandkoming van de klachtenwetgeving met kracht continueren.

### III Planning

#### *Thema 1: verantwoordelijkheden*

Tijdsplanning is hierop niet van toepassing.

#### *Thema 2: criteria*

1. Binnen twee jaar zullen partijen – het initiatief hiertoe zal binnen een half jaar door de aanbieders worden genomen – komen tot afspraken over:

- de gebieden waarop de criteria betrekking hebben en de partijen die daarover met elkaar tot afspraken zullen komen;
- een procedure om tot formuleren van de criteria te komen door de ter zake belanghebbende partijen;

- een procedure om te komen tot prioriteitenstelling en de behandeling van de criteria;
- een procedure om geschillen over formulering en prioriteitenstelling op te lossen;

- een procedure om tot implementatie van de – reeds in het verleden – geformuleerde criteria te komen.

2. Binnen een termijn van vijf jaar zullen aan de hand van de onder 1 gestelde procedures de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen betrokken partijen zijn opgenomen:

- specifiek wordt hierbij bedoeld de criteria voor goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap;

- tussen aanbieders en patiënten zullen de positie en de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt hierin worden betrokken;

- in overleg tussen patiëntenorganisaties en verzekeraars zullen kwaliteitsbepalingen ten behoeve van polissen worden opgesteld.

#### *Thema 3: systemen*

1. Analooq aan het ontwikkelingstraject van kwaliteitscriteria (zie thema 2) dienen partijen in de driehoeksrelatie binnen een termijn van twee jaar procedure-afspraken te hebben gemaakt over het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.

2. Binnen een termijn van vijf jaar moeten interne kwaliteitssystemen operationeel zijn.

#### *Thema 4: middelen*

Met uitzondering van de punten 4 en 9 dienen deze afspraken operationeel te zijn bij invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg. De punten 4 en 9 dienen binnen een jaar te zijn gerealiseerd.

### IV Voortgangsbewaking

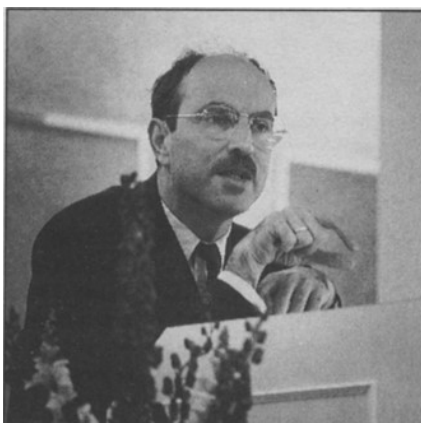
De NRV zal worden gevraagd een commissie te formeren die de voortgang controleert en jaarlijks rapporteert. De NRV zal deze commissie binnen een half jaar samenstellen in overleg met de geledingen binnen de gezondheidszorg.

## Staatssecretaris Simons over kwaliteit

‘Patiënten weten steeds meer en vooral ook beter wat ze willen’

Op de vervolgonferentie ‘Kwaliteit van Zorg’ is staatssecretaris Simons van WVC nader en uitvoerig ingegaan op enkele inhoudelijke vragen met betrekking tot het gespreksthema. Hij stelde bij die gelegenheid onder meer het volgende:

‘Waarom zoveel aandacht voor kwaliteit? Wat is toch het probleem? De samenleving verandert en wat mij opvalt is dat sprake is van een algemene tendens naar kwaliteitsbesef: van de kwaliteit van industriële produkten tot de kwaliteit van het drinkwater. Ik meen dat een eerste reden voor de aandacht van kwaliteit in de gezondheidszorg een veranderende zorgvraag is. Patiënten weten steeds meer en vooral



ook beter wat ze willen. Bovendien geloven patiënten niet alles meer wat hun wordt aangeboden.

‘Ook veranderingen in het zorgaanbod dragen er toe bij dat kwaliteit ‘in’ is. Binnen de beroepsgroepen is sprake van een toenemend kwaliteitsbewustzijn hetgeen tot uitdrukking komt in de tendens tot professionalisering. Professionalisering uit zich door de ontwikkeling van codes en systemen van zelfevaluatie binnen de beroepsgroepen. De aanwezigheid van dit kwaliteitsbewustzijn blijkt ook uit de explosie van artikelen over kwaliteit in de gezondheidszorg. Ik denk dat de recente reeks van artikelen over kwaliteit in Medisch Contact mede daartoe heeft bijgedragen. Binnen de medische beroepsgroep speelt daarbij nog