

# Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie

De betekenis van de kwaliteitsdiscussie voor de medische beroepsgroep

M.A.G. Frissen en  
S. van der Lans

## Van 'Leidschendam' I en II naar 'Leidschendam' III.

OP 7 EN 8 JUNI organiseert de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in samenwerking met onder andere de KNMG de zogenoemde derde Leidschendam-conferentie. Het doel van deze landelijke conferentie is onder andere de afspraken die gemaakt zijn tijdens de Leidschendam-conferentie van 1990 te bevestigen. In dat jaar hebben de verantwoordelijke partijen in de gezondheidszorg, te weten: de aanbieders van zorg, verzekeraars en patiënten/consumenten, samen met de overheid afspraken gemaakt over een landelijk kwaliteitsbeleid. Deze eerste Leidschendam-conferentie was georganiseerd door de KNMG. Waar nodig zullen nu nieuwe afspraken worden gemaakt. Anno 1995, vijf jaar nadat de afspraken tot stand zijn gekomen, blijkt dat in belangrijke mate uitwerking wordt gegeven aan de indertijd geformuleerde principes. Ook de medische beroepsgroep - de KNMG, beroepsverenigingen en maatschappelijke verenigingen - heeft op dit terrein belangrijke initiatieven ontplooid.

Als voorschot op de Leidschendam-conferentie op 7 juni (vrij toegankelijk) en 8 juni (alleen voor genodigden) wordt in dit artikel ingegaan op de betekenis van de kwaliteitsdiscussie voor de medische beroepsgroep en de relatie met andere ontwikkelingen in het gezondheidszorgbestel. Hiertoe wordt allereerst ingegaan op de opkomst van het kwaliteitsdenken medio jaren tachtig. Vervolgens wordt dit gerelateerd aan de uitkomsten van de eerste en tweede Leidschendam-conferentie en de afspraken van het Platform Curatieve Zorg van 1994. Tevens wordt ingegaan op de komende, derde Leidschendam-conferentie over kwaliteit. Tot slot wordt beschreven wat dit alles betekent voor de verantwoordelijkheden van partijen, zowel tussen de medische beroepsgroepen onderling als tussen de

KNMG en overige partijen in de gezondheidszorg.

### Kwaliteit: een containerbegrip?

Eerst in algemene bewoordingen nog iets over het begrip 'kwaliteit'.

Het begrip 'kwaliteit' neemt een centrale plaats in binnen de gezondheidszorg. Net zoals in andere sectoren van de samenleving is er in de gezondheidszorg sprake van een groeiend kwaliteitsbesef. Zoals elders wordt gesproken van de kwaliteit van industriële produkten of van de kwaliteit van het drinkwater, zijn ook binnen de gezondheidszorg de discussies over kwaliteit niet meer weg te denken.

Nu iedereen zich zo met het onderwerp bezighoudt, kunnen we ons afvragen of er überhaupt wel zicht is op wat met kwaliteit wordt bedoeld? Is het niet een containerbegrip waar alles onder kan worden geschaard, een etiket dat overal maar op kan worden geplakt, zoals de term 'milieuvriendelijk', die net als groene verpakkingen tegenwoordig overal in de winkels is aan te treffen?

Evenals niet bij voorbaat duidelijk is wat onder kwaliteit moet worden verstaan, is het ook niet altijd duidelijk wie de stempel van goede kwaliteit aan een produkt of dienst mag toekennen. Zeker in de gezondheidszorg is dit een belangrijk vraagstuk: is dit de arts, de instelling, de patiënt, de verzekeraar of de overheid?

### Wat is kwaliteit?

Nogmaals: wat is kwaliteit?

Veel discussies hebben reeds plaatsgevonden over de vraag wat kwaliteit is. Het zal niemand verbazen dat er van dit begrip een groot aantal definities bestaat, en dat niet één daarvan zaligmakend is. In het bestek van deze bijdrage wordt volstaan met het noemen van één definitie, die ook door partijen tijdens de Leidschendam-conferentie is aangenomen. Deze definitie van kwaliteit luidt als volgt: 'kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een produkt of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel'.

Uit deze definitie blijkt dat zorgverlening

beschouwd moet worden als een proces met doelen die ook expliciet gemaakt kunnen worden. Daarnaast onderkent de definitie verschillende kwaliteitsaspecten/eigenschappen en maakt ze daarmee duidelijk dat het ene aspect niet op voorhand belangrijker is dan het andere. Ook blijkt dat kwaliteit een subjectief begrip is: de consument, de financier en de overheid kunnen er ieder iets anders onder verstaan. Verder maakt de definitie duidelijk dat het voor het operationaliseren van kwaliteitsbeleid noodzakelijk is om tot het formuleren van criteria te komen. Tenslotte maakt de definitie duidelijk dat de eisen die voor kwaliteit worden geformuleerd, altijd gerelateerd dienen te zijn aan het gebruiksdoel. Dit betekent dat eisen nooit een eigen leven mogen gaan leiden en doel op zich dienen te zijn: ze dienen in relatie te staan met het doel van de zorgverlening aan de patiënt.

### Meer aandacht voor kwaliteit

Ondanks of misschien wel dankzij de omstandigheid dat er sprake is van schaarse middelen, wordt er in deze tijd veel gedaan aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Wat betreft de vraag waarom er op dit moment zoveel belangstelling voor kwaliteit is, zou men zich kunnen afvragen of tot nu toe niemand zich met het kwaliteitsvraagstuk heeft beziggehouden en of er wellicht onvoldoende kwaliteit is geleverd. Dat is niet het geval. Immers, iedere hulpverlener/instelling is erop gericht kwaliteit van zorg te leveren. Dit ligt al besloten in het woord 'zorg', dat betekent: ervoor zorgen dat iets goed is. Anders dan vroeger echter, toen vooral naar kwaliteit werd gekeken op het moment dat er iets niet deugde, wordt er de laatste jaren vooral naar gestreefd kwaliteit van zorg te *expliciteren*. Eenvoudig gezegd komt dit neer op het volgende: een behandeling bestaat uit een serie keuzes die door de hulpverleners worden gemaakt. Vroeger, toen de samenleving en de gezondheidszorg nog niet zo complex waren als nu, waren die keuzes impliciet en werden er weinig vraagtekens bij gezet. Tegenwoordig, in een steeds ingewikkeldere samenleving, vragen wij van

mensen dat zij de keuzes die zij maken verantwoorden.

Er zijn nog andere oorzaken dan alleen onze complexe samenleving aan te wijzen die het expliciet maken van keuzes vereisen. Eén hiervan is de veranderende zorgvraag: patiënten zijn steeds beter geïnformeerd en hierdoor ook in toenemende mate in staat om kwaliteit te vragen, te eisen dat de hulpverleners de beste keuzes maken bij de behandeling. Patiënten geloven niet meer in alles wat hun wordt aangeboden. Mensen willen sowieso voor alle producten, diensten in steeds toenemende mate een kwaliteitsgarantie krijgen (Kema-keur, certificaten Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen, BOVAG-garantie).

Ook de verandering in het zorgaanbod leidt tot meer aandacht voor kwaliteit. Binnen alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg is er sprake van een tendens tot professionalisering. De artsenstand was hierin de eerste en de artsen behoren inmiddels tot degenen die hiermee het

gen in het bedrijfsleven. Hoogwaardige kwaliteit vormt meer en meer een punt waarop bedrijven met elkaar concurreren. Bij dit kwaliteitsdenken in industriële termen sluiten de plannen aan die eind jaren tachtig in Nederland werden ontwikkeld om het gezondheidszorgsysteem een meer marktgeoriënteerd karakter te geven, eerst in de commissie-Dekker en daarna het plan-Simons.

Als gevolg van de plannen van Dekker en Simons werd de noodzaak manifest om een *vangnet* te maken om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te handhaven en waar mogelijk te verbeteren.

#### Platform Curatieve Zorg

De twee ontwikkelingslijnen die zijn aangegeven, enerzijds het belangrijker worden van het expliciteren van kwaliteit op zich en anderzijds het moeten maken van een vangnet om de risico's van marktwerking op te vangen, zijn ook aan bod gekomen in het zogeheten Platform Curatieve Zorg. Dit platform richtte zich op

### *Tegenwoordig vragen wij van mensen dat zij de keuzes die zij maken verantwoorden*

verst gevorderd zijn. Door het ontwikkelen van gedragscodes en richtlijnen voor de beroepsuitoefening en onderlinge toetsing beoordeelt men het resultaat van het eigen handelen. De beroepsgroepen zijn als het ware voortdurend bezig zowel binnen de eigen kring als naar buiten toe te laten zien dat er op een verantwoorde manier verantwoorde keuzes worden gemaakt, dat wil zeggen 'goed voor de patiënt en niet te duur'. De professionele verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat het voor een beroepsgroep een bepaalde maatschappelijke prestige inhoudt wanneer ze kan aangeven aan kwaliteitsbevordering en -toetsing te doen.

Er zijn ook redenen te noemen die het voor de aanbieders van zorg *noodzakelijk* maken een kwaliteitsbeleid te voeren. Het gaat dan enerzijds om de introductie van nieuwe en verbeterde technologieën op het gebied van diagnostiek en behandeling, en anderzijds om het streven naar kostenbeheersing. In beide gevallen dragen aanbieders van zorg de verantwoordelijkheid de samenleving te laten zien dat er verantwoorde keuzes worden gemaakt en dat er verantwoord met de middelen wordt omgegaan.

Een laatste reden die genoemd moet worden voor het denken over kwaliteit binnen de gezondheidszorg zijn de ontwikkelin-

de werking van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel en kwam met voorstellen voor veranderingen van de organisatie en werkwijze van de curatieve sector. In het platform zaten: KNMG, LAD, LHV, LSV en NVZ, NPCF, KLOZ, VNZ, en WVC. Behalve over de honorerings- en bekostigingsstructuur werden *uitgangspunten* geformuleerd voor kwaliteit van zorg. Deze luiden in essentie als volgt:

- De arts stelt zich toetsbaar op.
- De verzekeraar contracteert voldoende zorg van voldoende kwaliteit. In de Uitkomsten van Overleg - dit zijn landelijke kaderafspraken - worden procedures opgenomen, wanneer een volume/productieafpraak ontoereikend is om kwalitatief voldoende zorg te leveren.
- Het verder ontwikkelen en implementeren van zorginhoudelijke standaarden/protocollen moet financieel worden ondersteund.
- De ontwikkeling van gemeenschappelijke richtlijnen moet worden opgepakt speciaal op schakelpunten tussen huisartsen en specialistische hulp.

Ook, en dat was één van de belangrijkste conclusies, werd vastgesteld dat de eerder in Leidschendam gemaakte afspraken nog steeds het kader vormen waarbinnen partijen de ontwikkeling van kwaliteits-

criteria en -systemen willen laten plaatsvinden.

#### Leidschendam-conferentie 1990

Zoals reeds aangegeven, ontstond door het marktgericht denken in de gezondheidszorg de behoefte om instrumenten voor het behoud van kwaliteit te ontwikkelen als een soort vangnet. In juni 1990 maakten alle partijen in de gezondheidszorg hierover afspraken tijdens een landelijke conferentie, die door de KNMG was georganiseerd op speciaal verzoek van het ministerie van WVC. Deze conferentie was een vervolg op een bijeenkomst die in april 1989 door de KNMG was georganiseerd. Er zijn in 1990 tussen de vier partijen binnen de gezondheidszorg - te weten: aanbieders van zorg, vragers van zorg, financiers en overheid - belangrijke afspraken gemaakt over een samenhangend kwaliteitsbeleid dat in de jaren daarna fasegewijs gestalte zou moeten krijgen. Partijen namen zelf de verantwoordelijkheid op zich, te zoeken naar oplossingen voor vraagstukken als: op basis van welke criteria kwaliteit moet er worden beoordeeld, wie moet welke taak op zich nemen en hoe wordt de voortgang gecontroleerd? Essentieel voor de conferentie was, dat de overheid doelbewust op afstand werd gehouden. Met de conferentie werd binnen de gezondheidszorg voor het eerst een beroep gedaan op het zelfregulerend vermogen van partijen, zeg maar: op hun kwaliteit op het gebied van het beleid. Centraal bij het maken van de afspraken stond de driehoeksrelatie tussen de aanbieders van zorg: beroepsbeoefenaren en instellingen, patiënten/consumenten en verzekeraars. De overheid wordt in deze opzet gezien als de partij die de randvoorwaarden schept en die verantwoordelijk is voor het maken van politieke keuzen over het aanbod van zorg.

De *afspraken* van Leidschendam 1990 hadden betrekking op:

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 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.

Het cruciale element in de Leidschendam-afspraken, en ook het vernieuwende, zat hem erin dat de verantwoordelijkheden van de diverse partijen in de gezondheidszorg voor wat betreft kwaliteit scherp gedefinieerd werden. Op dit kenmerk van

de Leidschendam-conferenties wordt hierna teruggekomen, als het erom gaat te bezien wat er in de nabije toekomst nog verder zou moeten gebeuren.

### Registratie en herregistratie

Een belangrijke afspraak van Leidschendam is, dat het de verantwoordelijkheid van de aanbieders van zorg is, zelf criteria op te stellen voor de gewenste kwaliteit.

Een belangrijk instrument voor de beroepsbeoefenaren om kwaliteit te beoordelen vormt het systeem van registratie en herregistratie. Dit systeem vormt de hoeksteen van het kwaliteitsbeleid van alle aan de KNMG gelieerde organisaties. Zowel de artsen zelf als andere partijen in de gezondheidszorg (overheid, verzekeraars, patiënten/consumenten) zien het herregistratiesysteem als een instrument om de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening te waarborgen. Omdat het systeem van registratie en herregistratie door iedereen als zo cruciaal wordt gezien, wordt hier verder op ingegaan.

Registratie en herregistratie vormen voor de medische beroepsgroep het belangrijkste instrument om de geloofwaardigheid van de kwaliteit van de professie naar buiten toe te waarborgen. Het zou goed zijn als de medische beroepsgroep in de komende periode, zich nog eens nader zou richten op het op elkaar afstemmen van de *procedures en criteria* die voor herregistratie, inclusief visitatie, intercollegiale toetsing en bij- en nascholing, worden gehanteerd. Er zijn drie redenen waarom deze afstemming van belang is:

a. Herregistratie is naar buiten toe het systeem waarmee artsen kunnen aantonen dat zij aan kwalitatief hoogwaardige eisen voldoen.

b. Binnen het systeem van herregistratie is tot op heden ook het systeem waarbij de verantwoordelijkheidstoedeling tussen de interne organisaties - dit zijn: KNMG/beroepsverenigingen, colleges, registratiecommissies en wetenschappelijke verenigingen - nog onvoldoende helder.

c. Herregistratie is een systeem waarbij de andere partijen op enigerlei wijze betrokken willen worden: patiënten/consumenten, verzekeraars en ook de overheid. Het gaat erom de balans te bewaren tussen intern vertrouwen en de externe geloofwaardigheid van onder andere het systeem van herregistratie. Dit zal nog heel wat diplomatie en stuurmanskunst vergen van de bestuurders van koepelorganisaties en van beroepsbeoefenaren.

### Kwaliteitsladder

Herregistratie is niet het enige systeem dat de beroepsbeoefenaren in de afgelopen jaren hebben ontwikkeld. De oud-voor-

## Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid

### Kwaliteitsconferentie 1995

*Ten gerieve van een ieder die zich bezighoudt met het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg en de met zorg verwante welzijnssector wordt op woensdag 7 juni in het Nederlands Congresgebouw aan het Haagse Churchillplein de 'Kwaliteitsconferentie 1995' gehouden, de derde Leidschendam-conferentie. Het gaat om een gezamenlijke onderneming van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), de KNMG, het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).*

*Vijf jaar geleden maakten zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en overheid in Leidschendam afspraken met elkaar over het voor de gezondheidszorg te ontwikkelen kwaliteitsbeleid. De 'Kwaliteitsconferentie 1995' op 7 juni gaat over de vraag wat er van die afspraken is terechtgekomen. Een dag later zullen partijen zich in besloten kring beraden op hun strategie voor de toekomst.*

*Het programma van de 'Kwaliteitsconferentie 1995' vindt deels plenair, deels in parallelsessies plaats.*

*Tijdens het plenaire gedeelte 's ochtends zal prof. dr A.F. Casparie een overzicht geven van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de periode 1990-1995, presenteert mw dr E.M. Sluys de resultaten van het Nivel-onderzoek 'Interne kwaliteitssystemen' en spreekt ziekenhuisdirecteur drs C.R. van Kooijmba over kwaliteitszorg in gezondheidszorg en bedrijfsleven. 's Middags biedt mw mr R. Bering een overzicht en vergelijking van verschillende vormen van externe beoordeling van kwaliteitssystemen, reikt prof. drs J. van Londen de prijs voor het beste kwaliteitsjaarverslag uit en houdt de minister van VWS, mw dr E. Borst-Eilers, de slotrede.*

*Gedurende de parallelsessies, aan het eind van de ochtend en aan het begin van de middag, zal worden ingegaan op thema's die een rol spelen bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Die thema's zijn:*

*sessie 1. Normen en criteria in de thuiszorg (ontwikkeling en toepassing van criteria en bewaking van de kwaliteit*

*van de reguliere en de particuliere thuiszorg) - voorzitter: mw Y. Koster-Dreese, Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad ;*

*sessie 2. Externe beoordeling van de kwaliteit van huisartsenzorg (op welke wijze vindt beoordeling plaats, wie is daarbij betrokken en wat gebeurt er met de resultaten van de externe beoordeling?) - voorzitter: Th.M.G. van Berkestijn, KNMG;*

*sessie 3. Procesbeheersing binnen de instelling (de samenwerking van management en professionals met betrekking tot kwaliteitsbeleid en de mogelijke rol van zorgverzekeraars om de kwaliteit te beïnvloeden) - voorzitter: mr H. Plokker, inspecteur Volksgezondheid;*

*sessie 4. Onderhandelen over de kwaliteit: zorgprogramma's voor chronisch-psychiatrische patiënten (mogelijkheden om een samenhangend zorgaanbod tot stand te brengen en om de bereidheid van alle betrokken partijen mee te werken aan flexibilisering en innovatie te bevorderen) - voorzitter: drs E.M.P. Holman, Zorgverzekeraars Nederland;*

*sessie 5. Onderhandelen over kwaliteit: de ontwikkeling van 'ketenkwaliteit' in de ouderenzorg (hoe komt, vanuit het streven naar 'zorg op maat', inhoudelijke afstemming en samenwerking tussen de verschillende aanbieders tot stand en wat is in dit kader de betekenis van regionale overlegstructuren?) - voorzitter: prof. dr P.A.H. van Lieshout, NIZW;*

*sessie 6. Financiering van het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren (kosten en baten van kwaliteitszorg, welke mogelijkheden zijn er om 'incentives' voor deelname aan intercollegiale toetsing te creëren en op welke wijze kunnen verzekeraars hierbij een stimulerende rol spelen?) - voorzitter: drs R.L.J.M. Scheerder, Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Dagvoorzitter is prof. dr C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur van Medisch Contact.*

*Kosten: f 300,- (inclusief onderzoeksrapport, congresleidraad en lunch).*

*Informatie omtrent de inschrijving: mw E. Zoer, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030 - 319 946.*

zitter van de KNMG-commissie Kwaliteit, N.S. Klazinga, beschreef in zijn lezing tijdens een interne conferentie in 1992 over het thema 'kwaliteit' de kernpunten die sinds jaar en dag van kracht zijn in het kwaliteitsbeleid van de medische beroepsgroep. Letterlijk zei hij bij die gelegenheid: "Hoe te zorgen dat het beroep naar behoren wordt uitgeoefend en dat de buitenwereld daar vertrouwen in heeft?" Vervolgens gaf hij aan de hand van de constructie van een ladder en het gebruik ervan aan uit welke elementen ('sporten') het beleid rond kwaliteit van de medische beroepsuitoefening bestaat en hoe die moeten worden gebruikt: de 'kwaliteitsladder'. De volgende sporten kwamen daarbij over het voetlicht:

- Wet BIG;
- beroepsprofiel;
- tuchtrecht;
- gedragsregels;
- opleiding en vervolgoopleiding;
- onderwijscontinuüm;
- registratie/herregistratie;
- visitatie;
- intercollegiale toetsing;
- richtlijnen/standaarden.

Met al deze sporten wordt de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening gestimuleerd en gehandhaafd.

De medische beroepsgroep heeft om kort te gaan niet stilgezeten. Er is, zo bleek tij-

binnen de medische beroepsgroep kunnen worden betrokken. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van een door de NP/CF ontwikkeld referentiekader voor kwaliteit. De relatie met de verzekeraars op dit terrein is voornamelijk onduidelijk. Eén van de nadelen van de ontwikkelingen in het gezondheidszorgstelsel van de afgelopen jaren is, dat verzekeraars vergeleken met de aanbieders van zorg erg veel vrijheden krijgen en weinig verplichtingen krijgen opgelegd. Juist nu de contracteerverplichting is opgeheven, is het van groot belang dat verzekeraars worden gedwongen kwalitatief hoogwaardige zorg te contracteren en niet te concurreren op prijs alleen. Mogelijk kan op dit punt voortgang worden geboekt tijdens de derde Leidschendam-conferentie.

#### Thema's Leidschendam 1995

De inzet van de derde Leidschendam-conferentie is onder andere het bereiken van samenhang tussen de activiteiten die de verschillende partijen op het terrein van het kwaliteitsbeleid hebben ondernomen. Met het oog hierop wordt op het ogenblik binnen de KNMG en beroepsverenigingen nagedacht over de volgende vragen:

- Wat zijn voor de voornaamste belemmeringen geweest bij het realiseren van een gezamenlijk kwaliteitsbeleid?
- Hoe kunnen deze belemmeringen worden opgelost?

geschetst van de eerste en de tweede Leidschendam-conferentie naar de derde Leidschendam-conferentie, juni 1995.

Het zal duidelijk zijn, dat het denken over kwaliteit niet op zichzelf staat maar gebruikt moet worden als bron waaruit kan worden geput als er goede argumenten moeten worden gevonden om ongewenste ontwikkelingen wat betreft systemen van kostenbeheersing en de inhoud van het verstrekkingenpakket, tegen te gaan. Bezinning op kwaliteit is de basis voor het vinden van goede inhoudelijke elementen om de discussie met de politiek en met de verzekeraars aan te gaan over wat de gezondheidszorg ons waard is. •

Dit artikel is de weergave van een lezing die de voorzitter van de KNMG-commissie Kwaliteit, mw S. Van der Lans, sociaal-geneeskundige, tijdens de interne conferentie 'Kwaliteit van zorg', 9 maart 1995 in Domus Medica te Utrecht, heeft uitgesproken.

*mw drs M.A.G. Frissen,*  
secretaris

*mw S.M.A.G. v.d. Lans,*  
sociaal-geneeskundige,  
voorzitter

KNMG-commissie Kwaliteit

### *Geconstateerd moet worden dat de kwaliteitsafspraken tussen partijen in de gezondheidszorg niet zo snel tot stand komen als het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep zelf*

dens de conferentie in 1992, nogal wat in gang te zijn gezet, bijvoorbeeld op het terrein van de bij- en nascholing, de intercollegiale toetsing en de visitatie. Daarnaast zijn tal van initiatieven ontplooid door wetenschappelijke verenigingen.

#### Vrijheid voor verzekeraars

Helaas moet worden geconstateerd, dat de kwaliteitsafspraken tussen partijen in de gezondheidszorg niet zo snel tot stand komen als het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep zelf. Toch zijn er wel voorbeelden van gevallen waarin het is gelukt langs de zijden van de driehoek van Leidschendam afspraken te maken.

Een paar maanden geleden heeft de KNMG een afspraak gemaakt met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) om, te beginnen op bureau-niveau, na te gaan op welke wijze patiënten/consumenten bij de ontwikkelingen

- Zijn er nog andere afspraken nodig? Tijdens de derde Leidschendam-conferentie zullen daarnaast naar verwachting de volgende thema's worden aangevoerd:
  - de financiering van de activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkelingen;
  - de verantwoordelijkheid die verzekeraars hebben als het gaat om het contracteren van kwaliteit;
  - de uitwerking van het landelijk kwaliteitsbeleid op regionaal niveau.

#### Slot

In dit artikel is ingegaan op de opkomst van het denken over kwaliteit in de gezondheidszorg en op de relatie met de stelselontwikkeling en het Platform Curatieve Zorg. Verder is aandacht besteed aan het buitengewone belang dat door de medische beroepsgroep moet worden gehecht aan het systeem van registratie en herregistratie. Daarnaast is de ontwikkelingslijn

#### Literatuur

- Casparie AF. Vier jaar na de kwaliteitsconferenties. Medisch Contact 1994; 49: 9-10.
- Frissen MAG. Afspraken over Kwaliteitsbeleid. Medisch Contact 1990; 45: 871-5.
- Frissen MAG. Driemaal is scheepsrecht. Medisch Contact 1994; 49: 5.
- Klazinga NS, Casparie AF. Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren. Gezondheid 1993; 1: 211-22.
- Kwaliteitswet Zorginstellingen. TK 1993/1994, 23 633, nrs 1-3.
- Ministerie van WVC Directie Preventie. In gesprek; beroepsinhoudelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Rijswijk, november 1993.
- Nota van Wijziging Kwaliteitswet Zorginstellingen. TK 1994/1995, 23 633, nrs 5-6.