

Kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg

Samenvatting. In dit artikel worden eerst enkele markante ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid in de periode 1960-1990 beschreven. Daarna volgt een uiteenzetting van het voorgenomen beleid met betrekking tot de kwaliteit in de gezondheidszorg.

VAN ETTEN GM. Kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 329-30.

1 Inleiding

Als hoofd van het bureau Tandheelkundige Gezondheidszorg was de heer Kranenburg zijn tijd ver vooruit. Hij had behalve een secretaresse geen medewerkers en op hem rustte derhalve de gehele verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van het beleid op het gebied van de tandheelkunde. Hij verzorgde ook de noodzakelijke contacten met alle relevante partijen in het veld, die op hun beurt de weg naar Kranenburg op het ministerie goed konden vinden. Hij bracht, zowel in de oude gebouwen van V en M (voormalig ministerie Volkshuisvesting en Milieu) te Leidschendam als in de nieuwe behuizing van WVC te Rijswijk het – vele jaren later geformuleerde – principe van een terugtrekkende overheid in de praktijk. Aan deze ontwikkeling naar een overheid op afstand zullen enkele beschouwingen worden gewijd.

2 Ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid 1960 - 1990

Met een regelmaat van ongeveer eens in de tien jaar zijn over de laatste 30 jaar enkele 'grote' beleidsnota's over de volksgezondheid verschenen. De eerste is de Volksgezondheidsnota 1966 van minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels. Het document werd aangekondigd als 'een breed opgezette beleidsnota aangaande de volksgezondheid' en pretendeerde een goed inzicht te bieden in de vele facetten van het volksgezondheidsbeleid van de jaren zestig. De bijzondere betekenis van de Volksgezondheidsnota was dat de aandacht in het beleid werd verbreed van de gezondheidszorg naar de gezondheidsbescherming. Anderzijds sprak uit de nota de geest van die tijd: uitbreiding van voorzieningen, verruiming van de financiële middelen en vooral ook uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de overheid.

De tweede is de Structuurnota 1974 van staatssecretaris Hendriks. In deze nota stond de beheersing van het systeem van de gezondheidszorg centraal. Belangrijkste doelstellingen van het beleid waren het bevorderen van de samenhang van de voor-

zieningen, alsmede het beheersen van het volume (door middel van planning), de prijzen en tarieven, en de kosten. Voor dit 'drieluik' van systeembeheersing werd een omvangrijk wetgevingsprogramma voorgesteld en grotendeels ook ontwikkeld: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Wet Tarieven Gezondheidszorg en de Algemene Wet Volksverzekering. De overheid was in deze herstructureringsoperatie prominent aanwezig.

De derde is de Nota 2000 inzake het Gezondheidsbeleid 1986 van staatssecretaris Dees. Deze nota betekende een belangrijke verschuiving in het overheidsbeleid van een meer organisatorische en financieel-technische naar een inhoudelijke benadering, uitgaande van gezondheid en ziekte. Voor het voeren van dit beleid was voor de overheid een substantiële rol weggelegd, maar uit de nota sprak tevens een bewustzijn van de noodzaak van een terugtrekkende overheid.

De vierde is de nota Verandering Verzekerd 1988 (plan Dees) alsmede de nota Werken aan Zorgvernieuwing 1990 (plan Simons). Beide nota's vormen ingrijpende wijzigingen in het stelsel van zorg en betreffen voorstellen mede naar aanleiding van het rapport van de in 1986 ingestelde Commissie Dekker. Beide nota's hebben ook gemeenschappelijk als uitgangspunt dat de voorgestelde ingrijpende wijziging in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg niet gerealiseerd kan worden zonder een herijking van de huidige bestuurlijke vormgeving: minder overheid, meer verantwoordelijkheden voor partijen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de eerste twee decennia na de Tweede Wereldoorlog gekenmerkt kunnen worden door een expansie van de gezondheidszorg, en de daaropvolgende decennia door een beheersing van de gezondheidszorg. Gemeenschappelijk voor de gehele periode is echter de grote rol van de overheid in de besturing van het systeem van de gezondheidszorg.

G.M. van Etten, hoofd stafbureau Beleidsontwikkeling van het ministerie van WVC

Trefwoorden: **Sociale Tandheelkunde – Gezondheidszorg – Kwaliteitszorg**

Datum van acceptatie: 10 mei 1991.

Adres: Dr. G.M. van Etten, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

3 Kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg

In het tweede deel van deze beschouwing wordt een deelreële besproken, te weten het voorgenomen kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Deze beschouwing biedt een goede illustratie van de wijze waarop de eerdergenoemde herijking van de bestuurlijke vormgeving op een specifiek onderdeel van het algemene volksgezondheidsbeleid gestalte zal krijgen.

Het onderwerp 'kwaliteit van zorg' geniet de laatste jaren een grote belangstelling. Hoewel het onderwerp niet nieuw is, (herinnerd mag worden aan de nota Kwaliteitsbewaking 1982 van staatssecretaris Veder-Smit) vormt het niettemin een van de belangrijkste onderwerpen in de maatschappelijke en politieke discussie over de gezondheidszorg alsmede op de politieke agenda. Het onderwerp wordt – met recht – een nieuw paradigma in de gezondheidszorg genoemd.¹ Deze hernieuwde aandacht voor het onderwerp dateert van het verschijnen van het rapport van de Commissie Dekker, getiteld 'Bereidheid tot verandering'. Verder noemen wij de twee – in 1989 en 1990 – door de KNMG georganiseerde conferenties over de kwaliteit van zorg, alsmede de in 1990 door het NIZW georganiseerde conferentie voor de ouderen- en gehandicaptensectoren. De bijzondere betekenis van deze conferenties was dat alle betrokken partijen, te weten zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten/consumënten en overheid gezamenlijk de basis hebben gelegd voor een samenhangend beleid inzake de kwaliteit van de zorgverlening in de komende jaren. Inmiddels functioneert bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een commissie die tot taak heeft om de tijdens de conferentie gemaakte afspraken te bewaken. Ook heeft staatssecretaris Simons in de nota Werken aan Zorgvernieuwing voor 1991 een nota Kwaliteitsbeleid alsmede een wet op de kwaliteit van instellingen aangekondigd. Kortom, de grotere belangstelling voor kwaliteit van zorg is derhalve bij alle partijen aantoonbaar.

Overeenkomstig de bestuurlijke uitgangspunten in de stelselwijziging zal de

taak van de overheid op het gebied van de kwaliteit beperkt blijven tot het formuleren van randvoorwaarden en het stimuleren van gewenste ontwikkelingen, terwijl het veld de primaire verantwoordelijkheid voor de invulling van de zorgverlening zal krijgen.

De wijze waarop het veld gestalte kan geven aan zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit komt vooral tot uitdrukking in twee zaken, te weten de ontwikkeling en toepassing van standaarden, normen of criteria, alsmede de ontwikkeling van en deelname aan kwaliteitsbewakingssystemen. Het is de bedoeling dat de drie betrokken partijen (aanbieders, verzekeraars, patiënten/consumenten) – voorzover nog niet gebeurd – kwaliteitscriteria ontwikkelen en die onderling afstemmen. De standaarden die zijn ontwikkeld voor de huisartsen, vormen een voorbeeld van deze normen. Verder zullen de aanbieders (de beroepsbeoefenaren en instellingen) moeten werken aan het opzetten van een intern kwaliteitsbewakingssysteem dat gericht is op het bevorderen, bewaken en beheersen van de kwaliteit. Deze interne kwaliteitsbewaking omvat onder meer een beoordeling van de kwaliteit aan de hand van te voren ontwikkelde kwaliteitscriteria, en met behulp van instrumenten zoals intercollegiale toetsing, Fona-commissie, etc. Het zal duidelijk zijn dat deze systematische beoordeling niet kan geschieden zonder dat gegevens over de kwaliteit van zorg geregistreerd en verzameld zijn.

Een volgend element in het stelsel van kwaliteit van zorg is de externe kwaliteitsbeoordeling. Deze dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij het interne bewakingssysteem, welk systeem op zijn beurt zodanig moet zijn ingericht dat zij externe beoordeling van de kwaliteit mogelijk maakt. De ontwikkeling van een certificeringssysteem is van belang voor alle partijen en biedt ook prikkels voor een goede zorgverlening. Naar verwachting zal dit certificeringssysteem een privaatrechtelijk karakter hebben.

Ten slotte wordt tot de verantwoordelijkheid van veldpartijen gerekend dat zij kwaliteit van zorg een onderdeel laten zijn van de tussen aanbieders en verzekeraars te sluiten overeenkomsten. De recente be-

handeling in de Tweede Kamer van het wetsontwerp inzake de beperking van de contracteerplicht en invoering van maximumtarieven heeft op het punt van de kwaliteit in de individuele overeenkomst en modelovereenkomst tot nadere afspraken geleid.

4 De rol van de overheid

Gezien de aan partijen toebedachte rol heeft de overheid een taak in de voorwaardenscheppende sfeer, en zij zal zich derhalve in de regelgeving zo terughoudend mogelijk opstellen. Het wetgevingsprogramma op het gebied van kwaliteit bestaat uit de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg voor beroepsbeoefenaren, de regeling met betrekking tot geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (in EG-kader), en de aangekondigde wet op de kwaliteit van instellingen. De genoemde wet inzake de kwaliteit van instellingen zal slechts een beperkt aantal essentiële kwaliteitseisen formuleren, die echter algemene gelding zullen hebben ongeacht de financieringswijze van instellingen. Deze eisen zullen vooral betrekking hebben op de plicht tot het aanbieden van een verantwoorde zorg, de aanwezigheid en het goed functioneren van een intern kwaliteitsbewakingssysteem, alsmede een openbare verslaglegging. De globale kwaliteitseisen moeten de – vaak gedetailleerde – erkenningseisen vervangen.

In verband met de rol van de overheid in het kader van de kwaliteit van de zorg is het goed ook nog even stil te staan bij de taak van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Die taak is, evenals die van alle andere factoren, als gevolg van de stelselwijziging aan verandering onderhevig en nog onlangs heeft staatssecretaris Simons ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan van de Geneeskundige Hoofdinspectie hierover nadere uitspraken gedaan.² Ook heeft

hij gewezen op de noodzaak van een versterking van het systematisch toezicht, gericht op de interne kwaliteitswaarborging, alsmede van het thematisch toezicht, dat zich niet zozeer richt op individuele instellingen, maar op een (deel)sector als geheel. Daarentegen zou het crisistoezicht naar aanleiding van een incident minder aandacht moeten krijgen.

5 Slot

Bij de bevordering, bewaking en beheersing van de kwaliteit van zorg rust een zware verantwoordelijkheid op de schouders van partijen in het veld, terwijl de overheid de noodzakelijke randvoorwaarden formuleert en faciliteert. De hierboven beschreven elementen vormen dan ook in essentie de ingrediënten van de nota Kwaliteitsbeleid en het wetsontwerp op de kwaliteit van instellingen die binnenkort gepubliceerd zullen worden.

Getuige de publikaties in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde ontbreekt het de laatste jaren niet aan beschouwingen over aspecten van de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening. Ook is het kwaliteitsbeleid onderwerp van bespreking van de NMT geweest. Van een structurele kwaliteitsbewaking is het echter tot voor kort niet gekomen, al is met het Alpha-project een eerste stap in die richting gezet.

Gehoopt mag worden dat de KNMG-conferenties en – in vervolg hierop – de instelling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NVR)-commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid alsmede de recente initiatieven van de NMT voor alle partijen in de tandheelkundige zorg een inspiratiebron voor verbetering van de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening zullen zijn. Het afscheid van Kranenburg zal daarmee tegelijkertijd een einde en een nieuw begin markeren.

Literatuur

¹ HARTELOH PPM, CASPARIE AF, TOUW PPJ. Het begrip kwaliteit van zorg. Medisch Contact 1991; 46: 18-20.

² STAATSCOURANT, 188, 27-09-1990, pp. 6 en 7.