

Vergaderjaar 2001–2002

28 439

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2002

Bij brief van 27 november 2001, (VWS000-1633) heb ik u de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) aangeboden. In deze brief zegde ik u toe voorjaar 2002 mijn standpunt op het rapport toe te zenden. Onderstaand zet ik, mede namens de staatssecretaris, dit standpunt uiteen.

Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid in de zorg gaat sinds begin jaren negentig vooral uit van professionele zelfregulering, versterking van de positie van de consument en die van de verzekeraar.

Tijdens de eerste Leidschendamconferenties in 1989/1990 hebben de veldpartijen afspraken gemaakt over de ontwikkeling van het gezamenlijk kwaliteitsbeleid voor de zorgsector. Dat betekende onder meer dat zij zelf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de zorgverlening op zich namen. In de nota Kwaliteit van zorg (1991) sloot de overheid aan bij deze afspraken. De overheid nam hiermee het tripartiete model over: zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten als eerstverantwoordelijken voor de zorg. De overheid zelf kreeg de rol van kaderstellende en randvoorwaarden scheppende partij. Gedetailleerde regelgeving werd vervangen door een zogenoemde kaderwet, waarbij veldpartijen zelf zorgen voor invulling van details. De eerste Leidschendamconferentie kreeg in 1995 en in 2000 een vervolg.

Kwaliteitswet zorginstellingen

In 1996 trad de Kwaliteitswet zorginstellingen (Stb. 1996, 80) in werking, als kaderwet, die de verantwoordelijkheid voor de formuleringen van normen voor kwalitatief goede zorg (veldnormen) en de vormgeving van systemen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in eerste instantie bij de zorgaanbieders zelf legt. De Kwaliteitswet kwam in de plaats van het systeem van erkenningseisen op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene wet bijzondere ziektenkosten (AWBZ). Kenmerkend voor de

Kwaliteitswet is dat de concretisering van de normstelling geen statisch gegeven is, maar een dynamisch karakter heeft. Wat vandaag als kwalitatief goed en «state-of-the-art» geldt, kan morgen of overmorgen door veranderende (wetenschappelijke) inzichten, nieuwe technologieën, betere methoden, etc. als matig of slecht worden beoordeeld. Het gaat daarom om een voortdurend proces van ontwikkeling van normen en standaarden, van handelen en toetsen, en op basis van dit laatste het (eventueel) bijstellen van handelen. Dit proces moet leiden tot verantwoorde zorg. Om dit gestructureerd te laten verlopen, dienen zorgaanbieders – zoals in de wet staat vermeld – een systeem van kwaliteitsborging toe te passen.

Evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen voorziet in art. 26 ook in een evaluatie van de wet. Op grond daarvan is zij vorig jaar geëvalueerd. De evaluatie is uitgevoerd door het Verwey-Jonker instituut te Utrecht en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

De probleemstelling van het evaluatieonderzoek was tweeledig:

1. In hoeverre draagt de Kwaliteitswet ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking en -bevordering – dat wil zeggen: verantwoorde zorg – wordt bereikt?
2. In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking en -bevordering?

Hoofdpijnen van de evaluatie

Algemene conclusies en aanbevelingen

De belangrijkste doelstelling van Kwaliteitswet is dat instellingen verantwoorde zorg leveren. Beoogd wordt het bestaande hoge niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland te handhaven, en zo mogelijk een verbetering van de kwaliteit van zorg te stimuleren. Zoals gezegd zijn diegenen die daaraan in de praktijk gestalte kunnen geven de eerstverantwoordelijken: zorgaanbieders in samenspraak met andere veldpartijen. Daartoe zijn in de wet een aantal kaderstellende bepalingen opgenomen die de zorgaanbieder zelf moet invullen.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de wet een goed kader biedt voor het vormgeven en implementeren van een kwaliteitsbeleid binnen zorginstellingen, dit in samenhang met de andere spelers in de regio. In zoverre blijkt de wet toereikend. Maar tegelijk concluderen de onderzoekers dat het proces van implementatie van kwaliteitsbeleid nog in volle gang is: «Het samenspel tussen landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars enerzijds en de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders anderzijds, alsmede de implementatie van de KZI door de zorgaanbieders, zijn de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleven».

De gesignaleerde vertragingen in de implementatie is volgens de onderzoekers wellicht terug te voeren op het uitgangspunt van de wet, de geconditioneerde zelfregulering door instellingen. «Het lijkt erop dat de koppeling die de wet beoogt tussen de activiteiten van de zorginstellingen zelf en de voorzetten en systemen die worden ontwikkeld op landelijk of sectoraal niveau, nog onvoldoende goed functioneert, waardoor een of meer spelers uit het veld een afwachtende houding aannemen». Het antwoord op de vraag of de systematiek van geconditioneerde zelfregulering voldoet wordt in dit rapport echter niet beantwoord.

Samengevat komt het er op neer dat:

1. de zorgaanbieders veel aandacht hebben besteed aan het ontwikkelen van instrumenten en aan procedurele aspecten, maar te weinig aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid (c.q. aan methoden om deze resultaten te bepalen). Het gaat dan om de kern van de wet: kwaliteitsbeleid moet leiden tot verantwoorde zorg. De aanbeveling luidt dat zorgaanbieders actiever moeten zijn bij het realiseren van het cyclisch proces van kwaliteitsbewaking (dus toetsing) en vervolgens kwaliteitsverbetering. Taak van de brancheorganisaties van zorgaanbieders zou zijn om, al dan niet sectorgewijs, inhoud te geven aan een regiefunctie;
2. het patiëntenperspectief onvoldoende ruimte krijgt binnen het kwaliteitsbeleid. De betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties is gering. De aanbeveling is hier dat de patiënten/consumentenorganisaties op landelijk niveau, RP/CP's op regionaal niveau en cliëntenraden op instellingsniveau dienen te worden betrokken bij de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en normen;
3. taken en verantwoordelijkheden van patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars/zorgkantoren binnen het kwaliteitsbeleid komen nog onvoldoende uit de verf. Volgens de onderzoekers dient de overheid de patiëntenorganisaties beter toe te rusten om hun toetsende rol met betrekking tot kwaliteitsbeleid beter invulling te kunnen geven. Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar wordt gesteld dat dit duidelijker in de wetgeving verankerd dient te worden.

Standpunt op hoofdlijnen

Alles overziend: de Kwaliteitswet heeft zonder meer resultaten opgeleverd. Er is hard gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en -normen binnen de instellingen. Instellingen gaan ook bewuster om met kwaliteit en de toetsing daarvan. Aan een brede implementatie van kwaliteitssystemen en vooral aan de band tussen kwaliteitssysteemverantwoorde zorg kan echter nog veel verbeterd worden. Ook is de betrokkenheid van patiënten/consumenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren in de afgelopen periode niet meegegroeid in deze ontwikkeling. Daardoor bleef het geheel een te geïsoleerd karakter houden. Dit heeft vanuit de patiëntenorganisaties geleid tot reacties waardoor een eigen ontwikkeling in gang is gezet. Voorbeelden zijn de externe toetsingsinstrumenten vanuit patiëntenperspectief in de care-sector en bij ziekenhuizen. Ik ben van mening dat vanuit de drie afzonderlijke partijen meer interactie op dit terrein moet plaatsvinden. Invulling van het tripartiete gedachtegoed zoals dat ruim tien jaar gelden door de partijen is afgesproken, is vandaag de dag des te meer noodzakelijk. Instrumenten hiervoor liggen al gereed: de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (SHKZ) biedt volgens dit principe sectorgewijs een ISO-goedgekeurd beoordelingsmodel met toetsbare normen.

Om de gezamenlijke rol van partijen te benadrukken in dit proces van verbetering en toetsbaarheid van geboden kwaliteit van zorg, hecht ik veel waarde aan het initiatief om te komen een platform Landelijk Kwaliteitsbeleid Zorgsector. Dit platform krijgt een signalerende, stimulerende en informatieve functie. Ik ben bereid activiteiten van dit platform te ondersteunen.

De tegenhanger van het kaderkarakter van de Kwaliteitswet is zelfregulering. Deze zelfregulering moet dan wel in de praktijk plaatsvinden. Hier ontbreekt volgens de evaluatie nog het nodige aan. Indien niet binnen afzienbare tijd sterker en met duidelijke resultaten gestalte wordt gegeven aan deze verantwoordelijkheid, dan zal ik op een aantal punten mijn beleid scherper vastleggen.

Uit het onderzoek blijkt dat in alle sectoren systemen en methodieken zijn ontwikkeld en dat bijna alle zorgaanbieders op enigerlei wijze bezig zijn met de invoering hiervan. Duidelijk is dat het overgrote deel van de zorgaanbieders de afgelopen jaren bezig is geweest met oriëntatie en ontwikkeling, maar dat implementatie nog maar mondjesmaat heeft plaatsgevonden. Het meten van resultaten en het verbeteren naar aanleiding van de uitkomsten van de meting is nog vrijwel niet van de grond gekomen. De doelstelling: komen tot verantwoorde zorg en zo mogelijk tot verbetering van de bestaande zorg, komt daardoor niet goed uit de verf. Tijdens de Leidschendamconferentie van 2000 hebben partijen gezamenlijk afgesproken dat het ingezette kwaliteitsbeleid zal worden gecontinueerd, dat vooral aandacht naar implementatie zal uitgaan en dat het accent komt te liggen op de effecten en resultaten van kwaliteitszorg. Dit veronderstelt tevens dat meer openbare informatie beschikbaar komt over daadwerkelijke prestaties.

Momenteel worden er initiatieven genomen, die aan het verwezenlijken van deze Leidschendam-doelstellingen bijdragen.

- Om de implementatie van «best practices» en toepassing van bewezen kwaliteitsverbeterende instrumenten te bevorderen, ben ik voornemens een programma «Zorg van Betekenis» op te zetten. Over de financiering van dit programma zijn nog geen besluiten genomen. Wel is duidelijk dat uitvoering van dit programma in een alliantie van partijen (zoals ZON MW, CBO en verzekeraars) moet plaatsvinden.
- De koepels van ziekenhuizen en medisch specialisten nemen het initiatief om voor de organisatie en inhoud van te leveren zorg indicatoren ter verbetering en bevordering van onderlinge vergelijking te ontwikkelen. Deze moeten onder andere gerelateerd zijn aan de uitkomsten van grote zorgprocessen en mede gebaseerd zijn op wat internationaal op dit gebied al bestaat. Deze indicatoren dienen in de meerderheid van de ziekenhuizen te worden toegepast, waarbij gestreefd wordt naar externe publicatie en verantwoording. Hiermee wordt tevens voor een deel tegemoet gekomen aan de in het evaluatierapport gemaakte opmerking dat brancheorganisaties meer inhoud moeten geven aan hun regiefunctie en dat VWS hen daar meer op zou kunnen aanspreken.
- In het kader van de moderniseringstrajecten van de AWBZ en van de Curatieve Zorg, en teneinde publiek verantwoording te kunnen afleggen over de kwaliteit en prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg heb ik onlangs een ontwikkelingstraject gestart om te komen tot een raamwerk van prestatie-indicatoren voor de zorg. De afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum gaat dit traject wetenschappelijk ondersteunen.

In het verlengde van de kwaliteitssystemen binnen instellingen – de zogenoemde interne kwaliteitsbewaking – wil ik de waarde benadrukken van certificatie en accreditatie: de zogenoemde externe kwaliteitsbewaking. Vanuit het oogpunt van de wet: het beschikken over een kwaliteitssysteem is verplicht voor een instelling, de toepassing van deze twee laatste instrumenten niet. Hoewel de evaluatie zich niet uitspreekt over toepassing van certificatie en accreditatie, ben ik van mening dat deze instrumenten nog onvoldoende door de zorginstellingen worden opgepakt als extern verantwoordingsinstrument over de kwaliteit van zorg aan patiënten, inspectie, verzekeraars/zorgkantoren en overheid. Ik wil onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om te bevorderen dat meer zorginstellingen dan tot nu toe zich voor inzet van deze instrumenten gaan inspannen. Bij het doorzetten van de thans in gang zijnde deregulering in AWBZ-zorg en Curatieve Zorg, moeten zorgverzekeraars/zorgkantoren als doelmatige,

klantgerichte inkoper van zorg via hun overeenkomsten met instellingen noodzakelijk een intensievere rol hierbij spelen. Dat zelfde geldt voor patiënten/consumentenorganisaties. De onderzoekers stellen dat «de taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen in de Kwaliteitswet helder benoemd zijn, maar dat ook hier geldt dat deze in de praktijk nog verdere gestalte moeten krijgen». In het licht van de grote bestuurlijke veranderingen binnen de cure en de care waarbij de rol van de zorgverzekeraars steeds belangrijker wordt, zullen de taken en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars des te scherper benoemd moeten worden. Ik ga er dan ook vanuit dat de verzekeraars/zorgkantoren hun rol als «kwaliteitstoetsers en -verbeteraars» verder vorm geven en daar middels contractering uiting aan geven. Ik zal dit onderwerp in het overleg met de koepelorganisaties bespreken en vragen welke rol de koepels ten aanzien van dit aspect kunnen vervullen.

Patiëntenperspectief en de betrokkenheid van patiënten/cliënten bij het kwaliteitsbeleid

Uit het evaluatierapport blijkt, dat de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid nog moeizaam verloopt. Patiënten- en cliëntenorganisaties benadrukken ook, dat pas als zij vanaf het begin betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid, het begrip verantwoorde zorg geoperationaliseerd wordt. Die betrokkenheid van patiënten/consumenten komt slechts in beperkte mate voor. De Kwaliteitswet was bedoeld als een instrument dat de veldpartijen gebruiken voor een goede ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. De conclusie over de te geringe inbreng vanuit patiënten/cliënten stemt daarom tot nadenken, zeker gezien tegen de achtergrond dat in een vraaggestuurd stelsel, zoals dat thans in ontwikkeling is, de betrokkenheid van patiënten uitgangspunt is. Ik moet daarom vaststellen dat de instellingen en de overige spelers in het veld hun inspanningen ten aanzien van dit punt dienen te vergroten. Ik beraad mij daarom op mogelijke randvoorwaarden die door de overheid kunnen worden vervuld. Vooral de positie van de patiënt/cliënt is een aandachtspunt. In de nota «Met zorg kiezen»¹ wordt aangegeven hoe de versterking van de positie van patiënten/cliënten op individueel en collectief niveau kan worden bereikt. Een verdere ontwikkeling van kwaliteitstoetsen vanuit patiëntenperspectief en de daarop volgende verbetertrajecten draagt daaraan bij. De patiëntenbeweging heeft inmiddels zelf een aantal instrumenten ontwikkeld, maar deze worden op nog te zeer beperkte schaal structureel in de zorg toegepast. In bovengenoemde Nota is aangekondigd dat het structureel gebruik van deze instrumenten wordt ondersteund. Voorts wordt bewerkstelligd dat deze instrumenten worden opgenomen in de benchmarks van de verschillende zorgsectoren. Afstemming met de beoordelings- en certificatieschema's van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (SHKZ; zie eerder) is eveneens een doelstelling.

In een aantal sectoren echter – en dat mag zeker niet onvermeld blijven – blijkt de inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit goed op gang te komen, aldus de evaluatie. Het gaat om de sectoren verpleging en verzorging, om geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg, met andere woorden dus vooral de care-sectoren. In een aantal gevallen vervult de cliëntenraad, ondersteund door de landelijke brancheorganisatie, daarbij een belangrijke rol. Maar de toetsende rol van aan patiënten/consumentenorganisaties gelieerde instituten als Cliënt & Kwaliteit (thuiszorg, verpleging en verzorging) en Perspectief (gehandicaptenzorg) is voor de instellingen nog te vrijblijvend van karakter. Dit zou op ruimere schaal en meer professioneel aangepakt moeten worden. Een positieve factor is dat zorginstellingen in deze sectoren veel waarde hechten aan de oordelen van de cliëntenraad bij de

¹ Nota «Met zorg kiezen», Tweede Kamer, juni 2001.

toetsing van de kwaliteit van zorg en het doorvoeren van verbeteringen in de organisatie van de zorg. De cure-sector loopt op dit punt (ver) achter. Het onlangs aangekondigde initiatief van de NPCF om vanuit patiëntenperspectief een overzicht te geven van best-practices juist ook in de cure-sector kan daarom op mijn steun rekenen. Zo heb ik het initiatief van de Consumentenbond gesteund om een vergelijkingsstelsel van ziekenhuizen op te zetten. Gegevens uit dit ziekenhuisvergelijkingsstelsel zullen worden betrokken bij het eerder genoemde initiatief van de NPCF.

Specifieke conclusies en aanbevelingen

Reikwijdte van de wet

GGD

De invoering van de Kwaliteitswet heeft volgens de evaluatie geleid tot een organisatorische verbetering in het functioneren van GGD'en. De positie van de GGD in het kader van de Kwaliteitswet is evenwel complex. Bij AMvB is een deel van de taken van de GGD'en onder het regime van deze wet gebracht. Het gaat om de uitvoering van twee taken waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), te weten de jeugdgezondheidszorg en de bestrijding van infectieziekten. Het feit dat slechts twee van de taken die de GGD uitvoert, onder het regime van de Kwaliteitswet vallen, leidt echter tot een fragmentarische aanpak binnen GGD'en, wat ertoe kan leiden dat de ene afdeling wel kwaliteitssystemen hanteert en de andere niet. Het realiseren van een integraal kwaliteitsbeleid wordt hierdoor niet bevorderd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt dit eveneens als een nadeel bij het uitoefenen van de toezichtsfunctie. In de evaluatie wordt geconstateerd dat de meeste GGD'en zodanig zijn gegroeid dat het merendeel van de gemeenten steeds minder in staat is om de toezichthoudende taak uit te oefenen. Omdat ik het van groot belang vind dat het toezicht op de kwaliteit van de uitvoering van de GGD-taken op een uniforme wijze plaatsvindt, ondersteun ik de aanbeveling om alle GGD-taken onder de Kwaliteitswet te brengen. Ik ben van mening dat daarmee geen afbreuk wordt gedaan aan de beleidsvrijheid van de gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering of bevordering van genoemde taken. Voor alle duidelijkheid betreft het taken die worden uitgevoerd op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Door deze aanpassing kan ook de IGZ beter haar toezichthoudende taak ten aanzien van de GGD'en vervullen. Op dit punt zal aanpassing van de regelgeving plaatsvinden.

Ketenzorg

De omslag van een aanbodgerichte naar een meer vraaggerichte zorg begint langzamerhand zichtbaar te worden. Een goed voorbeeld is de invoering van het persoonsgebondenbudget in de AWBZ. Een betere ketenzorg hoort hierbij eveneens thuis. In zorgprogramma's of disease-management staat de integrale behandeling van en zorg aan de patiënt met een bepaalde aandoening centraal. Meerdere hulpverleners en/of instellingen werken daarbij samen. De kwaliteit van de verleende zorg wordt gewaarborgd door ieder van de bij de keten betrokken instellingen. Toch kunnen op de grensvlakken problemen ontstaan. Voorts is er een ontwikkeling gaande dat ketens niet ophouden bij de grenzen van de gezondheidszorg, maar dat ook wonen en welzijn hierbij betrokken zijn. In de care-sector zijn dergelijke grensoverschrijdende ketens aan het ontstaan. Dat zie ik als heel positieve ontwikkeling. De betrokken partijen blijven in dit geval niet beperkt tot de «klassieke» drie partijen: aanbieders, vragers en verzekeraars, maar ook andere instanties zoals

woningbouwcoöperaties, welzijnsinstanties en gemeenten maken deel uit van deze ketens. De aanbeveling in de evaluatie om een keten als instelling te beschouwen, neem ik niet over. Ik ben van mening dat partijen op regionaal niveau een heldere visie moeten ontwikkelen op kwaliteitsbeleid en vooral ook op zorgoverschrijdende ketenkwaliteit. Dit sluit prima aan bij de afspraken die tijdens de Leidschendamconferentie 2000 door de diverse partijen gemaakt zijn in het kader van regionalisering en ketenkwaliteit.

Kwaliteitsjaarverslag: afleggen van verantwoording

De wet eist dat instellingen jaarlijks een openbaar verslag uitbrengen van het door hen gevoerde kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsjaarverslag moet onder meer worden aangegeven de doelstelling van en de zorgverlening door de instelling, de omschrijving van het integrale kwaliteitsbeleid en de opzet en werking van het kwaliteitsbewakende systeem. Een dergelijk verslag vergroot de transparantie, zowel intern als extern. Dat maakt aldus externe toetsing mogelijk. Uit het onderzoek blijkt dat er ten aanzien van de kwaliteit van de verslaglegging nog een grote variatie bestaat. Eveneens blijkt dat de verslagen nog onvoldoende inzicht geven in het daadwerkelijk gevoerde kwaliteitsbeleid. Het doel dat destijds beoogd werd met de kwaliteitsjaarverslagen, namelijk als een extern verantwoordingsinstrument, dat inzicht biedt in de kwaliteit van de geleverde zorg, wordt dan ook bij lange na niet gehaald. Dit vind ik een teleurstellend, zeker gezien het feit dat tijdens de Leidschendamconferenties door de zorgaanbieders van het begin af aan de bereidheid is uitgesproken om zich toetsbaar op te stellen.

Om dit instrument beter te laten functioneren ben ik van mening dat het op een aantal onderdelen aangescherpt dient te worden. Het instrument kan pas als extern verantwoordingsinstrument dienen als het ook een realistisch inzicht geeft in het functioneren op kwaliteitsgebied. Het gaat daarbij allereerst om de effecten van het kwaliteitsbeleid op de uiteindelijke patiëntenzorg en ook om de resultaten uit de FONA (fouten, ongevallen, near-accidents) en MIP (Meldingen Incidenten in de Patiëntenzorg)-commissies. Ik denk ook aan de al eerder genoemde moderniseringstrajecten (curatieve zorg en AWBZ). Hierdoor komt voor de terugtrekkende overheid extra nadruk te liggen op zekerstelling van de publieke belangen. Aspecten als informatievoorziening, transparantie en verantwoording zijn daarbij onmisbaar. Aanscherping van de verslaglegging is dan noodzakelijk. De aanbeveling om richtlijnen te ontwikkelen voor kwaliteitsjaarverslagen neem ik dan ook gaarne over, waarbij ik een wettelijke verankering niet uitsluit. In de onlangs aan de Raad van State voorgelegde wetswijziging heb ik vooruitlopend hierop reeds een nieuw lid ingevoegd in artikel 5 van de Kwaliteitswet. Daarin wordt aangegeven dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld aan de verslaglegging. Ik beraad mij nog over de specifieke invulling hiervan.

Momenteel voert het Verwey-Jonker Instituut een project uit dat moet resulteren in een standaard voor het kwaliteitsjaarverslag waardoor de zorgaanbieders beter aan hun wettelijke taak kunnen voldoen. Voordat ik verder initiatief onderneem wil ik eerst de resultaten van dit project afwachten.

Ook bij recente evaluaties van andere wetgeving speelde het punt verantwoording afleggen een belangrijke rol. Ik noem de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)¹ en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)². Bij deze twee wetgevingen functioneert het instrument verslaglegging evenmin naar behoren. Verbetering van de informatievoorziening is van essentieel belang. Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat instellingen te veel worden belast met administratieve lasten. Zie daarbij ook de bevindingen van de Commissie de Beer³.

¹ Standpunt Wet klachtrecht cliënten zorgsector, 17 februari 2000, kenmerk GZB/PCZ 2040967.

² Standpunt op evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, kenmerk DBO/2238665, 11 december 2001.

³ Minder regels, meer zorg: commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector, 29 januari 2002.

Een oplossing is om verantwoordingsinformatie over de drie bovengenoemde wetten, de KZI, WKCZ en WMCZ, te integreren, zoals ik al eerder heb gesteld. Ondersteuning door ICT is hierbij van cruciaal belang. Ik zal mij nader bezinnen op de mogelijkheden om deze integratie te bevorderen. Dat ligt ook in de rede aangezien medezeggenschap en klachtrecht onderdeel uitmaken van een goed kwaliteitsbeleid. Het laat onverlet dat in het kader van transparantie zorgaanbieders nu al via internet hun kwaliteitsjaarverslagen openbaar (kunnen) maken.

Naast de aanscherping van het instrument zelf dient ook de inhoudelijke feedback op het kwaliteitsjaarverslag te worden verbeterd. Geconcludeerd wordt «dat de mogelijkheden tot het geven van feedback op het kwaliteitsjaarverslag door de externe partijen nog niet voldoende worden benut». Voor een deel is dit te wijten aan de informatie die het kwaliteitsjaarverslag momenteel verschaft. Zolang het ontbreekt aan daadwerkelijke resultaten van kwaliteitsbeleid is toetsing vanuit de IGZ en RP/CP een lastige zaak. Gezien de nauwe samenhang met het bovengenoemde informatiekarakter van het kwaliteitsjaarverslag zal ik dit onderdeel daarin meenemen.

In het evaluatierapport wordt de positie van de zorgverzekeraar ter discussie gesteld. De zorgverzekeraar is echter tot op heden niet een partij waaraan men op basis van een kwaliteitsjaarverslag verantwoording dient af te leggen. Dit wil ik graag zo laten. Ik zie dit in het licht van de huidige ontwikkelingen rond het stelsel. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in alle activiteiten die de kwaliteit van zorg en met name de doelmatigheid en transparantie kunnen bevorderen en bewaken. Met een vernieuwing van het zorgstelsel in het vooruitzicht zal een verscherping van de zorginkoop plaatsvinden op basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding. In het verlengde van het contracteren van verantwoorde zorg, lijkt het een logische volgende stap dat kwaliteitsjaarverslagen in de contractering als instrument worden meegenomen. De eerste initiatieven op dit terrein zijn al genomen. Apothekers bijvoorbeeld leggen hun plannen ten aanzien van zorgvernieuwing in een (kwaliteits)jaarplan vast, in afstemming met de regionaal dominante zorgverzekeraar. Het resultaat kan zijn een cyclisch verbeterproces zoals ook bedoeld in een kwaliteitssysteem. Ik juich deze onderlinge afspraken toe en acht een wettelijke aanpassing op dit punt daarom niet noodzakelijk. Ik ga er vanuit dat zorgverzekeraars/zorgkantoren hun verantwoordelijkheid in deze oppakken en de rol van «kwaliteitstoetsers» verder vormgeven.

Toezicht en handhaving

In de Kwaliteitswet vormen de bepalingen inzake toezicht en handhaving een belangrijk onderdeel. Door de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid nadrukkelijk bij de zorgaanbieders neer te leggen zou ook de rol van het toezicht veranderen. De IGZ zou zich gaan toeleggen op het toetsen van de aanwezigheid van kwaliteitssystemen en veldnormen. Dit systeemtoezicht kan de IGZ echter niet of nauwelijks uitvoeren, doordat, zoals uit het onderzoek blijkt, de invoering van kwaliteitssystemen veel langzamer verloopt dan destijds werd verwacht. Zolang geen sprake is van een brede implementatie van kwaliteitssystemen, moet de inspectie haar toezicht afstemmen op wat in het veld aanwezig is aan kwaliteitssystemen en veldnormen. Wel zijn inmiddels voor een aantal sectoren certificatieschema's en accreditatiegidsen opgesteld, die weliswaar niet binnen het directe bereik van de Kwaliteitswet vallen, maar die door de inspectie wel gebruikt kunnen worden als grondslag voor het toezicht. Nog los gezien van bovenstaande, behoeft de rol van de inspectie verduidelijking en aanscherping, door de omslag die op dit moment wordt gemaakt van aanbodsturing naar vraagsturing. In het vervolg van «Vraag aan bod» heb ik u onlangs een notitie¹ gezonden waarin ik onder meer

¹ Nadere uitwerking Vraag aan bod, 15 april 2002, kenmerk PTZ-2275112.

aangeef hoe het toezicht op kwaliteit er in een situatie van vraagsturing uit kan zien, en welke stappen nodig zijn om die situatie te bereiken. De inspectie beraadt zich thans hoe zij optimaal hierop in kan spelen, en welke mogelijk ingrijpende veranderingen in haar strategie en werkwijze noodzakelijk zijn. Ik ondersteun deze ontwikkeling naar een krachtige toezichthouder, zoals ik ook in mijn standpunt op het advies van de Commissie Abeln¹ reeds heb gesteld. Het accent van de activiteiten komt meer te liggen op signaleren en corrigeren. Mijn uitgangspunt is ook, zoals ik hierboven al ruimschoots heb toegelicht dat de veldpartijen meer energie steken in de ontwikkeling van veldnormen en kwaliteitssystemen. Dat dat hard nodig is, zie ik als de belangrijkste conclusie van de evaluatie. De inspectie kan hierbij een positieve rol spelen, door deze ontwikkeling te volgen en waar nodig te stimuleren, signaleren en corrigeren.

Relatie Kwaliteitswet en andere wetten

Ik concludeer dat de relatie tussen de Kwaliteitswet en andere regelingen op het gebied van kwaliteit van zorg geen grote problemen oplevert. In het veld wordt de beoogde samenhang tussen de KZI en andere wettelijke regelingen herkend en erkend. Wel vragen sommige aspecten extra aandacht, bijvoorbeeld de wettelijke termijnen voor het uitbrengen van het jaarlijkse openbare verslag. In mijn standpunt op de evaluatie van de WKCZ heb ik reeds gesteld dat de termijnen van de KZI en WKCZ gelijk worden getrokken. Dit onderdeel is meegenomen in het onlangs naar de Raad van State gestuurde voorstel van wet betreffende wijzigingen van de KZI en WKCZ.

Ik ben me er van bewust dat de mate waarin de kwaliteit van zorg gerealiseerd wordt, niet alleen afhankelijk is van de wijze waarop de zorgaanbieder en andere betrokken partijen met de KZI omgaan, maar ook van de wijze waarop andere wettelijke regelingen worden geïmplementeerd en uitgevoerd. Het is duidelijk dat bij alle wetgevingen de implementatie op onderdelen nog onvoldoende van de grond is gekomen. Ik ben dan ook van mening dat de komende tijd alle aandacht en energie moet worden gestoken in de implementatie.

Slotoverweging

De evaluatie van de kwaliteitswet biedt inzicht in de werking en acceptatie van de wet in het veld, waarbij de hoofdlijn is dat het organiseren van kwaliteit tijd kost en dat er nog wat meer tijd nodig is wil de wet in volle breedte geïmplementeerd zijn. In bovenstaand standpunt heb ik aangegeven dat alle toekomstige activiteiten erop gericht zijn het gehele zorgveld, zowel aanbieders, verzekeraars/zorgkantoren als patiënten/consumenten, aan te zetten tot meer actie. Dit moet worden aangetoond met concrete resultaten. Wij kunnen het ons niet meer veroorloven in het tempo van de afgelopen bijna 15 jaar door te gaan. De overheid is met vele partijen in het zorgveld, niet in het minst met de verzekeraars, druk bezig de rollen te herijken. Deze ontwikkelingen zullen zeker ook gevolgen hebben voor de wettelijke invulling van het kwaliteitsbeleid. Het is vervolgens aan het nieuwe kabinet een verdergaande visie op het kwaliteitsbeleid te verwoorden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

¹ Standpunt rapport Adviescommissie IGZ, 9 juli 2001.