

Vergaderjaar 2002–2003

**28 439**

## **Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen**

**Nr. 2**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 december 2002

#### **Inleiding**

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft in de jaren negentig een impuls gegeven aan het tot stand brengen en verbeteren van kwaliteitsbeleid binnen de zorginstellingen. In alle sectoren is men aan de slag gegaan met het ontwikkelen van kwaliteitssystemen en -methodieken. Veruit de meeste zorgaanbieders zijn bezig geweest met oriëntatie op en ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg. De «Leidschendam-conferenties» hebben hier een belangrijke bijdrage aan geleverd.

Bij het kwaliteitsbeleid staan de patiënt en diens gezondheid centraal. De Kwaliteitswet stelt dat instellingen gehouden zijn «verantwoorde zorg» te leveren. Verantwoorde zorg betekent het scheppen van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand voor de patiënt. Hiervoor moeten, in lijn met het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) «Volksgezondheid en zorg» (december 2001), concrete gezondheidsdoelen worden gesteld. Dat zijn ijkpunten voor activiteiten in zowel de individuele als openbare gezondheidszorg. Bij de individuele gezondheidszorg staat het genezen van ziekte voorop, bij de openbare gezondheidszorg preventie.

De Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002 van 21 november 2002 (kamerstuk 28 600 XVI, nr. 22) wijst ons nadrukkelijk op de noodzaak niet alleen de focus te richten op de verbetering van de individuele gezondheidszorg, maar ook op het voorkomen van (verdere) ongezondheid. Dat wil zeggen: bij een verantwoorde kwaliteit van zorg staat preventie voorop.

Thans, bijna zeven jaar na invoering van de Kwaliteitswet, is duidelijk dat er nog aanzienlijk meer moet gebeuren. Dit bleek afgelopen zomer al uit de evaluatie van de wet, zoals u deze op 10 juni jl. met een kabinetsstandpunt is toegezonden (kamerstuk 28 439, nr. 1). Hieruit bleek onder

meer dat nog maar een klein deel van de instellingen over een volledig kwaliteitssysteem beschikt, en dat ook toepast.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft dit negatieve beeld zeer recent nog eens bevestigd in de Staat van de Gezondheidszorg (29 november 2002), waarin staat: «Kwaliteitsborging in de zorg is nog steeds onvoldoende. (...) Slechts een fractie van de zorginstellingen beschikt anno 2002 over een integraal kwaliteitssysteem als borg voor verantwoorde zorg.» Met andere woorden: de Kwaliteitswet heeft onvoldoende geleid tot een actieve, integrale aanpak van kwaliteit door het veld.

De eis dat zorg van een kwalitatief verantwoord niveau is, mag niet langer vrijblijvend zijn. De overheid gaat er vanuit dat collectieve middelen doelmatig, en dus ook aan verbetering van de kwaliteit, worden besteed. Tevens is sprake van een maatschappelijke ontwikkeling waarbij patiënten en consumenten in de zorg meer voor hun rechten gaan opkomen. Ze willen weten welke zorg zij voor hun geld krijgen. Dit acht ik een terechte eis.

Uitgangspunt van de Kwaliteitswet is zelfregulering voor zorginstellingen. De vraag is: voldoet dit nog in alle opzichten aan de eisen van de huidige tijd, of is bijsturing gewenst?

In deze brief doe ik voorstellen voor een aanpak op hoofdlijnen, met als inzet: een betere naleving van de Kwaliteitswet, en betere waarborgen voor goede zorg. Een actieve aanpak van het kwaliteitsbeleid is hard nodig. Doorslaggevend voor de patiënt is immers dat alle goede ideeën over kwaliteit ook in de praktijk verwezenlijkt worden, met andere woorden: dat de daadwerkelijke zorg voor de patiënt er op vooruit gaat. Vaak betekent ook tijdige goede zorg preventie, in de zin dat later lijden kan worden voorkomen.

### **Goede voorbeelden van innovatie**

De zorg beslaat een zeer omvangrijk terrein van zeer uiteenlopende deelmarkten. Dat is één van de oorzaken waarom de ontwikkelingen op kwaliteitsgebied sterk uiteenlopen. Over de volle breedte van de zorg zijn overigens uitstekende voorbeelden te vinden hoe het aanzienlijk beter kan. Ik noem: de zorg voor zwangere vrouwen met verhoogde risico's, de zorg voor oncologiepatiënten, de thuiszorg aan specifieke doelgroepen, of verpleeghuiszorg voor dementerende bejaarden. Hier is op diverse plaatsen in Nederland de afgelopen jaren belangrijke vooruitgang geboekt in de kwaliteit van de geleverde zorg. Doorslaggevend bij deze verbeteringen is dat het «zorgproces» zelf als het ware opnieuw is «ontworpen». Zo is niet alleen goed gekeken naar wat optimale zorg is voor de patiënt, maar ook hoe deze zorg logistiek en organisatorisch het best vertaald kan worden. Het gaat om zorginnovatie die het hele zorgproces omvat.

Bij deze voorbeelden valt op dat het nooit gaat om verbetering van de kwaliteit alleen. Er is vrijwel altijd sprake van: betere veiligheid van de (medische) zorg zelf, een tevredener cliënt, meer elan bij de hulpverleners (leuker om te doen) en een, soms spectaculaire, toename van de doelmatigheid van de inzet van middelen (kosteneffectiviteit). Kortom: kwalitatief betere zorg, klantvriendelijk, aantrekkelijk voor de artsen en verpleegkundigen, tegen een lagere productprijs.

Opvallend is dat in de meeste gevallen van succesvolle zorginnovatie de zogeheten «nieuwe beroepen», zoals praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen (voor decubitus, oncologie, longziekten,

diabetes etc.) en Physician Assistant ofwel «tussendokter», een belangrijke rol spelen. Deskundigheid wordt hier uitgekend gebruikt.

Van belang is ook dat bij innovatie in de zorg er meer aandacht komt voor vroegtijdige opsporing van gezondheidsklachten, en vervolgens voor gerichte preventie. Zo is bij innovatieve ketenzorg in Utrecht voor patiënten met longaandoeningen (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) een longverpleegkundige verantwoordelijk voor een ontwenningprogramma roken, één van de belangrijkste oorzaken van COPD. Vroegtijdige opsporing is onderdeel van de zorgketen: in een vroeg stadium is de kans op genezing het grootst.

Deze en andere positieve voorbeelden – in totaal 21 – zijn onlangs gebundeld in een publicatie «Moderne Patiëntenzorg in Nederland; van kennis naar actie» van de Universiteit Utrecht. Deze publicatie is in opdracht van en samen met het ministerie van VWS opgesteld en verschijnt deze week. Ik stuur u hem separaat toe. De bedoeling van het boek is vooral te laten zien hoe de zorg op de werkvloer aanzienlijk beter kan, en hoe anderen hiervan kunnen leren. Tevens bevat het boek een analyse waarom verbeteringen zo moeizaam verlopen, maar ook welke randvoorwaarden juist bevorderlijk zijn.

Ik zie ook een positieve relatie tussen zorginnovatie – waar men in alle gevallen uitgaat van een heldere analyse van de zorg die men levert, en hoe deze verbeterd kan worden – en kwaliteitssystemen. Een kwaliteitssysteem immers gaat ervan uit dat de zorg op het eigen terrein helder beschreven is, zodat patiënten, behandelaars en andere geïnteresseerde partijen (zoals verzekeraars) weten waar ze aan toe zijn. Leveren van verantwoorde zorg gaat hand in hand met het beschikken over een goed kwaliteitssysteem. Zo bevestigt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Staat voor de Gezondheidszorg 2002 dat in die sectoren waar sprake is van een stijgende lijn in de kwaliteit van zorg, het ook gaat om koplopers in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Dat is vooral zo in de farmaceutische zorg en de thuiszorg. Maar de ontwikkelingen over de volle breedte van de zorg gaan te langzaam en er zijn te grote verschillen.

### **Kwaliteit van de zorg blijft achter**

Duidelijk is dat de ontwikkeling van kwaliteitssystemen binnen de instellingen nog in de kinderschoenen staat. Maar ook de kwaliteit van de daadwerkelijke zorg blijft op diverse fronten helaas achter bij wat we mogen verwachten. De IGZ onderstreept dat in haar signaleringen. Zo is de kwaliteitsborging van medische apparatuur onvoldoende, de farmaceutische zorg in verzorgingshuizen onder de maat en is meer kwaliteit gewenst bij de nucleaire geneeskunde. Dit zijn maar enkele voorbeelden uit de afgelopen maanden. Het gaat vaak om tekortschieten op punten die eigenlijk vanzelfsprekend zouden moeten zijn: veiligheid, eigentijdse zorg, hygiënische zorg.

Een concreet voorbeeld. Decubitus («doorliggen») bij in bed verpleegde patiënten blijkt in ons land veel meer voor te komen dan in bijvoorbeeld Duitsland. Het gaat om een onaangename aandoening, waarbij in de laatste fase open wonden ontstaan. Uit een recent onderzoek van de Universiteit Maastricht blijkt dat landelijk 22,3 procent van alle onderzochte patiënten in ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en thuiszorginstellingen doorligplekken heeft. Speciale aandacht kan dit percentage en daarmee het ongemak voor de patiënten aanzienlijk terugbrengen.

Onderzoek toont aan dat instellingen door een gerichte aandacht voor hun bedrijfsproces en betere materialen (geprotocolleerde aandacht) aanzienlijke verbeteringen én besparingen kunnen bereiken. Een verlaging in bijvoorbeeld verpleeghuizen tot de onvermijdelijke twee tot drie procent is dan mogelijk. Ook dit laat zien dat preventie loont.

Een ander voorbeeld van sterk wisselende en achterblijvende kwaliteit is het percentage wondinfecties na operaties in ziekenhuizen. Ook hier hetzelfde beeld. Een paar procent is volgens alle deskundigen onvermijdelijk, maar in een aantal ziekenhuizen ligt het percentage postoperatieve wondinfecties aanzienlijk hoger.

Daarbij komt dat de verspreiding van innovatie, met andere woorden: van ingrijpende verbeteringen in de zorg moeizaam en traag verloopt. Een willekeurig gekozen voorbeeld: zeven jaar geleden ontwikkelde één van de academische ziekenhuizen samen met twee algemene ziekenhuizen een alternatief voor zwangere vrouwen met een verhoogde kans op complicaties. Deze vrouwen waren volledig aangewezen op een, vaak langdurig, verblijf in het ziekenhuis. Het alternatief is een verblijf thuis met specifieke zorg en controle op afstand. Het experiment slaagde in alle opzichten: de kwaliteit van de zorg is gelijkwaardig aan die in het ziekenhuis en de patiënt is veel meer tevreden. Voor artsen en verpleegkundigen bleek het aantrekkelijk om op deze manier te werken. De kosteneffectiviteit was hoog: de behandeling thuis is half zo duur als de behandeling in het ziekenhuis. De drie betrokken ziekenhuizen hebben dankzij hun innovatie 12 000 (ziekenhuis)verpleegdagen bespaard.

Het CTG heeft, om brede toepassing mogelijk te maken, een speciaal tarief (aanvankelijk werd de behandeling thuis niet adequaat vergoed), ontwikkeld. Helaas moet worden vastgesteld dat anno 2002 slechts een paar ziekenhuizen dit goede voorbeeld heeft gevolgd. Ruim 90 ziekenhuizen werken nog op de oude, dure en klantvriendelijke manier.

### **Omslag in kwaliteitsbeleid nodig**

De zorg kan en moet beter, is mijn conclusie. Het achterlopen met de invoering van geborgde kwaliteitssystemen acht ik onaanvaardbaar. Ook de trage ontwikkeling in de toepassing van innovaties is een slechte zaak. Ik onderschrijf op die punten volledig de conclusies van de IGZ in de Staat van de Gezondheidszorg.

Dit klemmt des te meer nu we op weg zijn naar een stelselherziening in de zorg. Aandacht voor kwaliteit en het versterken van het innovatief vermogen van de zorgsector is daarbij essentieel, mede om de publieke belangen te borgen. Verbetering van de kwaliteit gekoppeld aan innovatie van de zorg maakt het mogelijk én betere zorg én efficiency te realiseren. De huidige moderniseringstrajecten in de zorg – modernisering AWBZ, modernisering curatieve zorg – gaan uit van een gedecentraliseerd stelsel met vraagsturing. De klant staat centraal en dat betekent dat voortdurende verbeteringen noodzakelijk zijn. Deze ontwikkeling is onomkeerbaar. Systematische kwaliteitsborging is daarvoor een belangrijk middel.

De overheid heeft een belangrijke taak om op dit punt een omslag mogelijk te maken. Zij moet immers bij uitstek borg staan voor het publieke belang. Dit kan alleen in samenwerking met de partijen in «het veld»: instellingen en andere zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties, ondersteunende en toezichthoudende instanties. Ik spreek over een omslag, omdat het naar mijn stellige overtuiging vooral gaat om een cultuurverandering. Het huidige wettelijk instrumentarium en de instrumenten voor verbetering van kwaliteit van zorg zijn toereikend. Slechts op een enkel onderdeel is bijstelling nodig. Het gaat

dus niet om «nieuw» beleid maar om consequent doen wat in de regelgeving al langer is vastgelegd, ofwel om adequate naleving en verantwoording.

De kwaliteit van de zorg moet vooral verbeteren door betere en snellere toepassing van vernieuwingen in de praktijk, door samen verantwoordelijkheid te nemen, ruimte daarvoor te scheppen, door transparantie en verantwoording. Het sluitstuk is: effectief toezicht en afrekenen. Uitgangspunt is wat mij betreft: samen werken aan betere, veilige, klantvriendelijke en kosteneffectieve zorg.

### **Hoofdpijnen vernieuwend kwaliteitsbeleid**

De evaluatie van de Kwaliteitswet, de Staat van de Gezondheidszorg van de IGZ en de eerder genoemde publicatie over innovatie, brengen een aantal concrete knelpunten aan het licht die de noodzakelijke ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid belemmeren. Dit verklaart tevens waarom zowel kwaliteitsbeleid in engere zin (bij instellingen) als brede toepassing van innovatie in de zorg traag van de grond komt.

Alleen een actieve en vernieuwende, en waar nodig repressieve, aanpak van deze knelpunten kan ertoe leiden dat we binnen redelijke termijn de noodzakelijke omslag kunnen maken. Onderstaand werk ik de hoofdpijnen van deze nieuwe aanpak nader uit. Deze hoofdpijnen zijn wat mij betreft de basis voor een nader in te vullen kwaliteitsbeleid per sector.

Daarbij gelden twee uitgangspunten: de zorg voor de cliënt/patiënt moet er beter door worden en (dus) het werk voor de zorgverleners aantrekkelijker, en het geld, dat voornamelijk via collectief geheven premies voor de zorg beschikbaar is, moet doelmatig worden besteed.

Met deze uitgangspunten en de geconstateerde tekortkomingen en knelpunten, ga ik in het kwaliteitsbeleid uit van de volgende hoofdpijnen:

- **Partijen meer aanspreken op hun verantwoordelijkheid**

In de zorg is niet altijd goed duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Er is een sterke neiging om eerst af te wachten wat een ander doet. Zo werken instellingen op onderdelen weliswaar aan door de IGZ aanbevolen verbeteringen, maar het algemene beeld is dat er geen goed klimaat is voor een stevige aanpak van verbetering van de zorg. Zorgaanbieders geven daarbij vaak de ingewikkelde regelgeving en beperkingen in het bekostigingssysteem de schuld. Alleen al de grote onderlinge verschillen in de zorg zelf tonen aan dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn.

De overheid mag van partijen in de zorg eisen dat zij hun wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheden waarmaken en dat zij gebruik maken van de mogelijkheden die zij nu al hebben. De huidige vrijblijvendheid maakt het voor mij en de Inspectie nodig om scherper toe te zien dat die verantwoordelijkheden voldoende waargemaakt worden.

Bij de kwaliteit en veiligheid van de zorg liggen de verantwoordelijkheden als volgt:

- Zorgaanbieders zijn, als producenten van zorg, op basis van de Kwaliteitswet en de wet BIG, de eerste en belangrijkste verantwoordelijken voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgproducten. Deze producten dienen eigentijds te zijn, kwalitatief goed, veilig, doelmatig en kosteneffectief en vooral ook aan te sluiten bij de zorgvraag van de patiënt.
- Zorgverzekeraars, als inkopers van zorg, dienen op basis van de

verzekeringwetgeving kwalitatief verantwoorde, veilige en eigentijdse zorg in te kopen en er op toe te zien dat de cliënt of patiënt daadwerkelijk krijgt wat de verzekeraar heeft ingekocht. Kortom dat de aanspraak ook gerealiseerd wordt.

- De ervaringen en wensen van patiënten zijn cruciaal om te bepalen wat goede zorg is. De waarborg voor deze inbreng ligt vast in diverse patiëntenwetten, zoals de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector of de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Niet op alle fronten wordt hetgeen in deze wetten vastligt ook thans gerealiseerd. Ook hier zullen wij een actiever en zondig repressief beleid voeren.
- Fabrikanten zijn zelf verantwoordelijk voor de veiligheid en kwaliteit van hun producten, en in toenemende mate ook voor het toezien op de kwaliteit ervan. Dit ligt vast in een groot aantal productwetten.

De overheid is verantwoordelijk voor het systeem en de daarvoor benodigde wet- en regelgeving. Van de overheid mag verwacht worden dat ze initiatieven neemt om de ondersteuning van kwaliteitsverbetering in de zorg in overleg met veld, uitvoeringsorganen volksgezondheid (ZBO's) en ontwikkel- en onderzoeksinstituten met elkaar in overeenstemming te brengen. Dat is nodig voor een gerichte inzet van de aanzienlijke hoeveelheid beschikbare menskracht en middelen, met als doel verbetering van de zorg in de dagelijkse praktijk.

- **Meer ruimte voor het veld**

Instellingen in de zorg klagen vaak over belemmerende regelgeving en trage besluitvorming. Dat zou ook negatief zijn voor daadwerkelijke vernieuwingen in de zorg. Zo wordt het leveren van meer zorg soms bestraft en moeten vernieuwende zorgmethodes vaak lang wachten op reguliere financiering.

De «kernspelers» (aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten) moeten in hun eigen regio ruimte hebben om kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid in de zorg ook echt te verbeteren. Daarom zet ik de lijn van deregulering, vermindering van de administratieve lasten (Commissie de Beer) en aanpassing van de financieringsarrangementen door. Het doel is om met minder regels meer zorg te leveren. Ik heb recent over dit onderwerp een brief naar uw Kamer gestuurd (kamerstuk 24 036, nr. 272).

- **Meer transparantie en afleggen van verantwoording**

Een ander knelpunt is de informatievoorziening. In de brief bij de aanbidding van de brancherapporten (VWS-02-1293) schreven de minister en ik onder meer: «Wat opvalt is dat er wel incidentele informatie over de kwaliteit van zorg is te vinden (...) maar dat een structureel landelijk beeld ontbreekt.»

Publiekelijk verantwoording afleggen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg is de keerzijde van de medaille van «meer ruimte, minder regulering en minder knellende kaders vooraf». Dit betekent: duidelijke en vergelijkbare indicatoren om de prestaties te meten, bedrijfsvergelijkingen (benchmarking), monitoring, transparant inzicht. De informatie is openbaar en voor iedereen toegankelijk. Aanbieders van zorg hebben een sluitend en geborgd kwaliteitssysteem. Dit komt neer op allereerst een beschrijving van de zorg die men levert, en een voortdurende bewuste aandacht voor de kwaliteit van de zorg en de verbetering daarvan.

Deze eisen gelden niet alleen voor zorgaanbieders. Ook verzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties en industrie moeten transparant zijn en openbaar duidelijk maken welke bijdrage zij ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid leveren. Bij ondermaatse prestaties worden aanbieders en verzekeraars hierop afgerekend. Van patiënten- en consumentenorganisaties verwacht ik een actieve rol.

- **Betere borging van kwaliteit**

Een belangrijk knelpunt in het kwaliteitsbeleid is dat instellingen nauwelijks systematisch gebruik maken van bestaande instrumenten voor kwaliteitsborging: kwaliteitssystemen, certificatie en accreditatie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wijst hier terecht op. Ik acht dit niet aanvaardbaar.

Daarom zal op verschillende niveaus betere borging moeten plaatsvinden:

- binnen instellingen zelf, door middel van geborgde kwaliteitssystemen en onafhankelijke externe certificatie en accreditatie van instellingen. Hier kan goed aangesloten worden op hetgeen hiervoor door de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) is ontwikkeld. Ook de structurele inbreng van patiënten/consumenten is hierbij gewaarborgd.
- toetsing door formele toezichthouders. De Inspectie voor de gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van zorg door de aanbieders. Het College van Toezicht Zorgverzekeringen ziet erop toe dat zorgverzekeraars de Ziekenfondswet en de AWBZ goed uitvoeren en bij de zorginkoop nadrukkelijk ook kwaliteitseisen stellen.
- Ernstige (medische) missers en grove nalatigheden met ernstige gevolgen moeten door de directie aan de inspectie gemeld worden. Deze verplichting is ook opgenomen in een wetswijziging die momenteel bij de Tweede Kamer in behandeling is. Daarnaast kunnen cliënten of patiënten naar de inspectie gaan om te melden dat de kwaliteit van zorg niet in orde is of in gevaar komt. Het is van groot maatschappelijk belang dat de inspectie, via deze meldingen of via jaarverslagen van instellingen over afhandeling van klachten, op de hoogte is van structurele fouten bij instellingen en dat zij zonedig actie kan ondernemen.

Ik onderstreef de rol van de IGZ in deze (niet alleen meer «stimuleren en corrigeren» maar ook strenger en zonedig repressief optreden) voluit. Terecht stelt de Inspecteur-Generaal dat de samenleving dit ook van de overheid verwacht, gelet op het grote belang dat met een goede kwaliteit van de zorg gemoeid is.

De Inspecteur-generaal geeft daarbij aan dat de IGZ voor een adequate uitvoering van het toezicht bestuurlijke boetes moet kunnen opleggen. Op basis van de huidige wetgeving is dat niet mogelijk. Maar zeker in het licht van de geconstateerde tekortkomingen, acht ik deze suggestie zonder meer waardevol, en overweeg ik die over te nemen. Op zeer korte termijn laat ik mij hierover adviseren. Ik overweeg eveneens om extern en onafhankelijk certificeren en accrediteren wettelijk te verankeren.

- **Opleidingen en kwaliteitsbeleid**

De opleidingen in de zorg besteden op dit moment nauwelijks aandacht aan kwaliteitsbeleid en het hanteren van kwaliteitsinstrumenten. Dit betekent dat de professionals-in-spé niet of nauwelijks geconfronteerd worden met de mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Pas afgestudeerde artsen, verpleegkundigen etc. staan hier dus vaak blanco tegenover wanneer zij in de zorg aan de slag gaan. Dit is een slechte ontwikkeling: het staat op termijn een goed kwaliteitsbeleid in de weg.

Kwaliteitsbeleid en innovatie zullen een plek krijgen in het lopende traject modernisering beroepenstructuur («De arts van straks», KNMG, 30-10-2002).

- **ICT onmisbaar hulpmiddel bij kwaliteit**

ICT is bij vrijwel alle acties om de kwaliteit van zorg te verbeteren een belangrijk hulpmiddel. Dat geldt bijvoorbeeld voor de invoering van kwaliteitssystemen, het op orde brengen van zorgketens en het transparanter en inzichtelijker maken van de zorg. De praktijk laat zien dat toepassing van ICT een voorwaarde is voor verspreiding van innovaties.

### **Concrete aanpak**

Ik vraag partijen in de zorg de komende maanden per sector plannen van aanpak voor een actiever kwaliteitsbeleid op te stellen. Dat betekent dat ik van de brancheorganisaties op dit punt initiatieven en een actieve inzet verwacht. Dit laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van iedere aanbieder afzonderlijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Het is van belang dat bij het opstellen van de plannen gebruik gemaakt wordt van de kennis en ervaring van de patiënten en consumentenorganisaties en van de ervaringen met bestaande goede initiatieven in de zorg.

Ik stel mij voor om samen met de brancheorganisaties de eerste maanden van 2003 rond een aantal thema's uit deze brief regionale conferenties te beleggen.

Voor de noodzakelijke omslag acht ik de volgende concrete acties bij de op te stellen plannen van aanpak van belang:

1. Elke sector in de gezondheidszorg maakt een concreet plan om te zorgen dat alle aanbieders een goed werkend en geborgd kwaliteitssysteem hebben. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van activiteiten en kennis van het CBO, het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), HKZ en NIAZ. Ik denk daarbij aan een periode van twee jaar om op dit punt een forse slag te maken. De IGZ wordt nauw betrokken bij de uitwerking hiervan.
2. Zorgverzekeraars gaan serieus aan de slag met het inkopen van kwalitatief goede, veilige, eigentijdse en kosteneffectieve zorg. Het College Toezicht Zorgverzekeringen ziet hierop toe in het kader van haar wettelijke taak. Binnen twee jaar is dit in de contracten met de aanbieders goed vastgelegd.
3. Meer inbreng voor patiënten- en consumentenorganisaties. Het oordeel van de patiënten/consumenten moet een structurele plaats krijgen (en vooral ook houden!) in het opstellen en bewaken van kwaliteitssystemen in instellingen, bij het ontwikkelen van protocollen etc., bij het inkoopbeleid van verzekeraars.
4. Elke sector in de zorg kiest jaarlijks minimaal twee onderwerpen als speerpunt van concrete verbetering. Het gaat vooral om die onderdelen van de zorg waar de kwaliteit thans, mede op basis van de signalen van de IGZ ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)), gebrekkig is. De IGZ gaat deze speerpunten actief monitoren. De nadruk dient wat mij betreft te liggen op innovatie, waarbij preventie ook nadrukkelijk aandacht krijgt.
5. De informatievoorziening moet sterk verbeterd worden, waardoor een sluitend beeld ontstaat over de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Binnen twee jaar is in iedere sector van de zorg een beperkte set prestatie-indicatoren ingevoerd, die goed zicht geeft op de kwaliteitsontwikkeling. Deze zal met een zekere regelmaat geactualiseerd en bijgesteld moeten worden. Ik verwijs hier naar de eerder genoemde brief van 15 november over de brancherapporten.
6. Het bevorderen van gebruik van ICT in de zorgsector, als belangrijk

hulpmiddelen bij kwaliteitsverbetering en innovatie, wordt voortgezet. Zo krijgt het NICTIZ al steun bij de invoering van de landelijke randvoorwaarden (zorgidentificatienummer, elektronisch patiëntendossier etc.) en bij het ondersteunen en faciliteren van regio's die op dit terrein vooroplopen (koploper regio's). Ik ga verzekeraars aanspreken op hun specifieke rol hierbij.

7. Innovatie moet een belangrijkere plek krijgen in de zorg en «bewezen» innovaties moeten op grotere schaal nu het geval is, doorgevoerd worden.

De geschetste aanpak langs de aangegeven hoofdlijnen is hard nodig om het kwaliteitsbeleid in de zorg snel te verbeteren. Ik doe daarom een beroep op alle partijen om de handschoen op te pakken: draag de goede voorbeelden uit, neem ze over, en werk de geconstateerde tekortkomingen zoveel mogelijk weg. De uitdaging ligt vooral bij de professionals in de zorg, de ondersteunende beroepen, de patiënten- en consumentenorganisaties en de leidinggevende in de zorg. De overheid zal dit ondersteunen en als de hoeder van het publieke belang bij tekortschieten verantwoordelijkheid nemen.

Samen de zorg vernieuwen: een prachtige uitdaging!

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp