

## Kwaliteit

In de tweede helft van deze maand kunnen we het rapport van de commissie-Dekker verwachten. Over de inhoud ervan is al het een en ander in de dagbladers gekomen, maar het fijne weten we er nog niet van. Het is dus nog te vroeg om er commentaar op te leveren.

Men kan zich wel voorstellen dat met de tot nu toe in de pers gekomen berichten niet iedereen gelukkig zal zijn. Met name zal het advies een aantal ziekenhuizen te sluiten en het eveneens in de pers doorgedrongen bericht dat specialisten onder het ziekenhuisbudget moeten worden gebracht, voor ziekenhuisdirecteur en specialist een bittere pil zijn. In dit nummer van Medisch Contact is een memorandum van het centraal bestuur van de LSV gepubliceerd, waarin een aantal bezwaren tegen een dergelijke maatregel wordt aangedragen (blz. 295). Begrijpelijk: het huidige tariefstelsel biedt aanzienlijk meer zekerheid. Naar het schijnt zal ook worden voorgesteld een volksverzekering in te voeren waarin iedereen verplicht wordt verzekerd tegen een aantal grote risico's. Een aan de hoogte van het inkomen gebonden premie voor een vrijwillig af te sluiten aanvullende verzekering biedt de kans op een rechtvaardige verdeling van de lasten. Veel zal afhangen van de concrete invulling van het voorstel, dat nog op z'n consequenties moet worden doorgerekend.

Het lijkt erop dat de commissie, die in de eerste plaats een besparing van 600 miljoen gulden moest vinden, maar daarnaast ook plannen moest maken voor een beter beheersbaar systeem, daartoe wel aanzetten heeft gegeven. Een eventuele stelselwijziging zal op twee aspecten moeten worden getoetst: financiële consequenties en gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Bij voortdurend staat voor een overheid die het veranderingsproces in de gezondheidszorg op gang brengt, het afremmen van de kosten op de voorgrond, zoals dat ook op andere terreinen – denk aan het onderwijs – het geval is. Voor de overheid dienen echter ook kwalitatieve overwegingen te gelden en in het bijzonder dienen deze ook de zorg van de beroepsgenoten te zijn.

Een probleem is echter dat we voor het beoordelen van de kwaliteit van de gezondheidszorg zowel over betrekkelijk weinig gevalideerde instrumenten als



over weinig gegevens beschikken. De kosten kunnen in guldens worden uitgedrukt; dat is een hard gegeven. Een even hard gegeven is de sterfte, maar daarmee kan in de westerse wereld de kwaliteit van zorg niet meer tot uitdrukking worden gebracht: dat is alleen mogelijk als de gezondheid zich – zoals in een aantal ontwikkelingslanden – op een marginaal niveau bevindt.

Er zijn andere criteria nodig om de kwaliteit van de bij ons geboden gezondheidszorg te meten. De keuze van die criteria wordt uiteindelijk bepaald door de vraag wat men met de gezondheidszorg beoogt, wat de doelstellingen van de gezondheidszorg zijn. Heeft deze tot doel zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de (subjectieve) 'demands' van mensen, of zijn de (meer objectieve) medisch te bepalen 'needs' dan wel de sociaal bepaalde 'needs' doorslaggevende criteria voor de kwaliteit van de gezondheidszorg? Gaat het erom dat iedere patiënt op zijn wenken wordt bediend, of is het van meer belang dat patiënten volgens de nieuwste medische inzichten worden behandeld, of moet het ziekteverzuim zo laag mogelijk zijn?

Voor een belangrijk deel vallen deze doelstellingen samen: als het goed is levert een moderne behandeling minder ziekteverzuim op en voelt een patiënt zich daarmee het best geholpen. Maar de verschillende doelstellingen leveren toch uiteenlopende meetmethoden op. In het eerste geval worden patiënten geënquêteerd, in het tweede geval worden morbiditeitsgegevens geanalyseerd op ziekte-duur, in het derde geval worden verzuimcijfers onder de loep genomen. En dit alles wordt overschaduwd door kostenbatenanalyses waarin de efficiëntie op verzoek van de rekenmeesters wordt bepaald, waar artsen geneigd zouden zijn

met de vraag naar *effectiviteit* van een behandeling genoeg te nemen.

Het beperkte budget dat op alle niveaus bestaat dwingt echter ook behandelaars naar de efficiëntie te kijken teneinde zoveel mogelijk mensen van hun handelen te laten profiteren. Wat dus ook de achtergrond van de kwaliteitsmeting moge zijn, er bestaat toch een zekere overeenstemming over dat het op een verantwoorde wijze goedkoop moet teneinde aan de 'needs' en 'demands' van zoveel mogelijk mensen tegemoet te kunnen komen.

Een van de wegen waarlangs een beter inzicht in de kwaliteit van de zorg kan worden verkregen is een analyse van de verschillen in opnameduur en -frequentie, aantallen ingrepen en aantallen verrichtingen tussen verschillende streken in ons land. Deze verschillen zijn nog niet nader geanalyseerd en verklaard. Zij bieden ons als het ware al 'experimenten in natura', die kunnen bijdragen tot een beter inzicht in de oorzaken van deze verschillen en aldus tot het vaststellen van richtlijnen voor verantwoord handelen, hetgeen ook inhoudt: zo goedkoop mogelijk handelen.

Er lijken weerstanden te bestaan tegen dergelijke analyses. Afgezien van meer triviale overwegingen zou de wezenlijke achtergrond hiervan wel eens kunnen zijn dat het een Nederlandse gewoonte is ieder denken en handelen tot een middelmaat als criterium te herleiden: een gewoonte die nivellerend en kwaliteitsverminderend werkt en bovendien een verkeerd begrepen democratisch beginsel is. Laat er maar een situatie ontstaan waarin onderscheid wordt gemaakt tussen goed, middelmatig en slecht werk en waarin dat onderscheid ook kenbaar wordt gemaakt.

Niet iedere dokter is een goede dokter. Er wordt gepleit voor meer competitie in de gezondheidszorg? Wel, laat er dan vooral een competitie ontstaan ten dienste van de kwaliteit van de zorg. □