

# Een duurzaam zorgbestel

KNMG EN BEROEPSVERENIGINGEN PLEITEN VOOR DUIDELIJKE VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN

*In juni verscheen de KNMG-nota 'Een duurzaam zorgbestel met instrumenten voor een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod en een beheersbare vraag'. De nota pleit voor duidelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden in ons stelsel van gezondheidszorg. Een samenvatting.*

M.A.G. Frissen en Chr.R.J. Laffr e

**E**EN BELANGRIJK uitgangspunt van de stelselherziening is de invoering van *functionele decentralisatie*. Dit betekent: minder sturing door de overheid en meer ruimte voor de (organisaties van) aanbieders van zorg (zoals artsen en ziekenhuizen), verzekeraars en patiënten/consumenten om zelf vraag en aanbod in de gezondheidszorg op elkaar af te stemmen. Een ander uitgangspunt is het realiseren van *kostenbeheersing*.

## KNMG en stelselherziening

De KNMG en de beroepsverenigingen onderschrijven de algemene uitgangspunten van de stelselherziening: een overheid op afstand, meer verantwoordelijkheden voor de betrokken partijen, een goed toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen en een doelmatige zorg. De KNMG\* plaatst echter vraagtekens bij de manier waarop de stelselherziening wordt ingevuld. Vanaf januari 1992 zijn binnen de Nederlandse zorgsector belangrijke structurele wijzigingen doorgevoerd:

- afschaffing van de contracteerverplichting;
- afschaffing van de werkgebieden van de ziekenfondsen, waardoor zij landelijk kunnen opereren;
- invoering van de maximumtarieven;
- gedeeltelijke invoering van de budgettering van de verzekeraars;
- afschaffing van het vestigingsbeleid voor huisartsen.

De KNMG vindt deze maatregelen ontoereikend. Er kan volgens haar pas van een feitelijke realisatie van de stelselherziening worden gesproken als onder meer aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- deregulering van de planningswetgeving;
- deregulering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG);
- volledige invoering van de vraagbudgettering (dat wil zeggen: budgettering van de zorgverzekeraars).

De KNMG constateert, dat het politieke

debat zich te veel heeft toegespitst op de vorming van de basisverzekering en de invoering van eigen betalingen. Daarmee is een ander essentieel onderdeel: de toedeling van verantwoordelijkheden, naar de achtergrond verdwenen. Deze verantwoordelijkheden worden pas duidelijk als aan de voorgaande voorwaarden wordt voldaan.

De KNMG is van oordeel, dat de tot dusver doorgevoerde maatregelen de indruk geven van een *hapsnap-beleid*, dat voornamelijk wordt geïdentificeerd met kostenbeheersende maatregelen (de invoering van nieuwe en verhoogde eigen betalingen) en met inkomenspolitiek jegens de medische professie. In de visie van de KNMG zijn dit niet de essentiële aspecten van de totale stelselwijziging. Van veel grotere betekenis zijn de verdere structurele wijzigingen die het voornaamste deel van de stelselwijziging vormen: het toedelen van verantwoordelijkheden aan de aanbieders van zorg en de verzekeraars en de verankering daarvan in wetgeving.

## Knelpunten

De KNMG is van mening, dat de problematiek binnen het zorgbestel met betrekking tot de kostenbeheersing en de afstemming tussen vraag en aanbod wordt veroorzaakt door vier essentiële knelpunten:

*- De onderling strijdige principes die aan het stelsel ten grondslag liggen: het principe van de marktwerking naast het principe van het overeenkomstenstelsel.*

Binnen dit overeenkomstenstelsel moeten tussen de aanbieders van zorg en de verzekeraars afspraken worden gemaakt over kwaliteit, volume en prijs. De KNMG vreest, dat door de beperking van de contracteerplicht, in combinatie met de opheffing van de werkgebieden van de ziekenfondsen, een situatie zal ontstaan waarin de aanbieders en de verzekeraars niet als gelijkwaardige partijen inhoud kunnen geven aan het overeenkomstenstelsel. Doordat de verzekeraars worden gedwongen op de landelijke markt met elkaar te gaan concurreren, zal de *prijs* van de zorg belangrijker worden dan de *inhoud* van

de zorg. Deze situatie zou kunnen leiden tot een uitholling van de hun wettelijk opgedragen zorgplicht. De KNMG acht dit een zeer slechte ontwikkeling: de overeenkomst tussen aanbieders en verzekeraars zal verworden tot een betaalaafpraak en de kwaliteit van de geleverde zorg zal oncontroleerbaar worden.

*- Het feit dat niet is geregeld op welk niveau afstemming tussen vraag en aanbod van zorg moet plaatsvinden.*

De KNMG concludeert, dat de tot op heden doorgevoerde maatregelen een omissie in het stelsel blootleggen: het ontbreken van een regionale oriëntatie. De regio (in casu de WZV-regio) was immers altijd het niveau waarop de zorg zich in samenhang heeft gemanifesteerd. De regionale oriëntatie is noodzakelijk om kwalitatief goede, doelmatige en continue zorg te kunnen garanderen. Bovendien is de regionale oriëntatie van verzekeraars van belang om inzicht te verkrijgen in de noodzakelijke investeringen op de lange termijn.

*- Het hanteren van het 'Financieel Overzicht Zorg' (FOZ) als macrobudget.*

Oorspronkelijk had het FOZ het karakter van een inzicht verschaffende nota over het kostenverloop in de gezondheidszorg; deze werd als bijlage bij het Begrotingshoofdstuk 'Volksgezondheid' gevoegd. Vervolgens werd het taakstellende karakter geïntroduceerd. Inmiddels fungeert het FOZ als macrobudget en vindt een minutieuze toedeling van de middelen, via de zogeheten deelbudgetten, per zorgonderdeel plaats. Deze deelbudgetten fungeren in feite als begrotingsposten, omdat iedere overschrijding moet worden gecompenseerd binnen de betrokken sector. Over-

budbudgettering) werken niet, omdat de zorgaanbieders, die verantwoordelijk worden gesteld voor de overschrijdingen van hun budgetten, geen invloed kunnen uitoefenen op autonome ontwikkelingen binnen de vraag. Daarnaast kan de zorgaanbieder bij het verlenen van individuele zorg geen relatie leggen tussen de afzonderlijke noodzakelijke medische handelingen en het 'macro' beschikbare budget; met andere woorden: de aanbieders zijn eenvoudigweg niet in staat de omvang van de overschrijdingen te bepalen. Het is merkwaardig dat de zorgverzekeraars weliswaar de zorgplicht hebben, maar dat de zorgaanbieders de consequenties moeten dragen wanneer door anderen (c.q. verzekeraars) gestelde doelen in financieel opzicht niet worden gehaald. Het gaat hier om het ware om een onwerkbare scheiding tussen verantwoordelijkheid en bevoegdheid.

Hier doet zich bovendien een vreemd fenomeen voor. In de gedachtengang die aan de stelselwijziging ten grondslag ligt, worden aan de zorgverzekeraars belangrijke verantwoordelijkheden toebedeeld op het gebied van de kostenbeheersing. De budgettering van de verzekeraars speelt hierin een cruciale rol. Om die verantwoordelijkheden te kunnen waarmaken, beschikken zij reeds over belangrijke instrumenten, zoals de contracteervrijheid en het maximumtarief. Zolang echter over een verdere doorvoering van de budgettering van de verzekeraars wordt geaarzeld, verkeren zij in een uitermate riant positie. Immers, overschrijdingen van de budgetten worden niet de verzekeraars aangerekend, maar de aanbieders.

*Doordat de verzekeraars worden gedwongen op de landelijke markt met elkaar te gaan concurreren, zal de prijs van de zorg belangrijker worden dan de inhoud van de zorg*

schrijdingen zijn aan de orde van de dag; deze situatie heeft een negatieve uitwerking op de verhouding tussen de overheid en de maatschappelijke organisaties. Er is hierdoor geen plaats meer voor innovatief handelen om zo tot doelmatigheid te komen. Daarnaast kan worden vastgesteld dat het FOZ als beheersinstrument niet voldoet, omdat het aggregatieniveau (landelijk) niet overeenstemt met het inzicht verschaffende niveau, namelijk de regio waarin de zorg feitelijk wordt geleverd.

*- Het uitstel van de volledige invoering van de budgettering van de verzekeraars.*  
De huidige instrumenten voor kostenbeheersing (FOZ als macrobudget en aan-

De KNMG concludeert, dat de gezondheidszorg op dit moment voor een dilemma staat. Aan de ene kant worden marktwerking en concurrentie bevorderd, aan de andere kant dienen verzekeraars op de vraag afgestemde zorg te contracteren binnen het kader van het op nationaal niveau vastgesteld macrobudget. Dit dilemma is binnen de huidige regelgeving niet op te lossen.

#### **Oplossingen**

De KNMG heeft een aantal oplossingen voor de zojuist omschreven knelpunten. Een eerste oplossing betreft de *noodzaak tot regionalisatie*.

Op tal van maatschappelijke terreinen tracht de overheid op regionaal niveau vraag en aanbod op elkaar te laten afstemmen.

Ook binnen de gezondheidszorg is er in belangrijke mate sprake van regionaal samenhangende patronen van voorzieningen. Inzicht in de samenhang van het functioneren van deze voorzieningen (denk aan verpleeghuizen, vormen van thuiszorg, dagbehandeling ziekenhuizen) is van belang voor de wijze waarop inhoud wordt gegeven aan de indicatiestelling en de daaraan gekoppelde verwijzing. In dit verband refereert de KNMG ook aan een belangrijke doelstelling van de stelselwijziging: het streven naar *zorg op maat*, zorg die is toegesneden op de behoefte van de patiënt. Het regionale niveau is bij uitstek geschikt voor de inzet van beheerssystemen op het terrein van de gezondheidszorg. De KNMG is van mening, dat naast het overeenkomstenstelsel een situatie moet worden gecreëerd waardoor op regionaal niveau een onderhandelings situatie tussen de aanbieders en de verzekeraars ontstaat zodanig dat met het zorgaanbod binnen de regio de totale zorgbehoefte van de burgers wordt gedekt, ook op de lange termijn.

Het instrument om vraag en aanbod op regionaal niveau bij elkaar te brengen is de *regiovisie*, waarin het noodzakelijke aanbod van voorzieningen wordt aangegeven. Op basis van goede ervaringen pleit de KNMG ervoor de wettelijke verplichting voor het vaststellen van regiovisies neer te leggen bij de partijen in het veld, conform de uitgangspunten van functionele decentralisatie. De KNMG wijst er in dit verband nogmaals op dat de provincies hierin geen rol dienen te vervullen. De landelijke afspraken tussen aanbieders en verzekeraars dienen uiteraard het kader te vormen waarbinnen de totstandkoming van regiovisies moet worden gerealiseerd. De KNMG pleit er nadrukkelijk voor aan dit kader een *meerjarig* perspectief te verbinden, met name met het oog op de noodzakelijke investeringen op de lange termijn in zorgvoorzieningen, zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen en revalidatievoorzieningen.

Een tweede oplossing is de *budgettering van de verzekeraars*.

Het huidige disfunctioneren van het zorgbestel en met name het hinken op twee gedachten - het marktmodel enerzijds en het overeenkomstenstelsel anderzijds - moet naar de mening van de KNMG worden doorbroken. De KNMG pleit ervoor binnen de gezondheidszorg af te stappen van het denken in termen van 'marktmechanisme' en 'concurrentie', hetgeen een sterke oriëntatie op 'financiële baten' veronderstelt en consumptiemisme in de hand werkt. De KNMG meent, dat het zorgstelsel meer moet worden ingericht op basis van het

*competitiebeginsel*, dat wil zeggen een wedijver om een kwalitatief zo hoogwaardig mogelijke zorg te realiseren tegen zo laag mogelijke kosten. Deze competitie dient gestalte te krijgen binnen de spelregels die de overheid vaststelt. Een belangrijk instrument voor het realiseren van competitie in plaats van concurrentie acht de KNMG een vraagbudgettering (budgettering van verzekeraars) die aan nadere regelgeving wordt onderworpen. Deze regelgeving moet betrekking hebben op de kwaliteit en de kwantiteit van de noodzakelijke door verzekeraars in te kopen zorg, alsmede op de op de lange termijn noodzakelijke investeringen in de zorg.

De budgettering van de verzekeraars zal leiden tot een regionale oriëntatie. Door de budgettering zullen verzekeraars genoodzaakt worden daadwerkelijk verantwoord 'inkoopgedrag' te vertonen. Dit betekent, dat zij rekening moeten houden met de zorgbehoefte op regionaal niveau: alleen dan kunnen zij de hen toegedachte wettelijke zorgplicht realiseren.

Een derde oplossing is streven naar een *hanteerbaar vergoedingensysteem*. Het systeem van betaling per verrichting heeft voor- en nadelen. Bekend is dat de totstandkoming, de controle en de uitvoering van de tarieven tot een enorme bureaucratistische rompslomp leiden. Tevens kan worden gesproken van 'administratieve tarieven' die nauwelijks gerelateerd zijn aan de reële kosten. De KNMG is van mening, dat de beheersmogelijkheden groter worden als het betaalsysteem wordt geënt op een vergoeding van bijvoorbeeld het aantal gewerkte uren en/of een abonnementssysteem, met inbegrip van een normatieve werkweek. Uiteraard zouden in dit vergoedingensysteem zowel de reële kosten als de maatschappelijke waardering verdisconteerd moeten zijn.

Tot slot, als vierde oplossing, denkt de KNMG dat verantwoorde zorg niet wordt bereikt met concurrentie op basis van de prijs. Zij stelt zich op het standpunt, dat op termijn de kosten op verantwoorde wijze kunnen worden beheerst door het *kwaliteitsbeleid en volumebeheer als primair sturingsbeginsel* te hanteren. De aanbieders en de verzekeraars, maar ook de burgers en de politiek, dienen zich ervoor in te zetten het volume een beheerste ontwikkeling te laten doormaken. Het volgen van deze lijn betekent overigens niet dat de kosten niet meer zullen stijgen. Volumebeheer betekent als het ware, dat via een permanente 'monitoring' van de kostenbepalende factoren binnen de gezondheidszorg (bijvoorbeeld toenemende vraag, vergrijzing en technologie) zowel de partijen als de overheid periodiek inzicht hebben in de factoren die de kostenstijging veroorzaken. Op basis van dit inzicht dienen de sa-

menleving en de politiek keuzes te maken over de macro-allocatie van de financiële middelen voor de gezondheidszorg. Hierbij zal de vraag moeten worden beantwoord, hoeveel de samenleving bereid is uit te geven aan de gezondheidszorg. Kortom, het streven is een *gepast gebruik*, waarbij

zorgbestel gericht moeten zijn op het toedelen van verantwoordelijkheden aan verzekeraars en aanbieders van zorg binnen het kader van de flexibilisering en het realiseren van zorg op maat en de verankering van deze verantwoordelijkheden in wetgeving.

### *De KNMG pleit ervoor binnen de gezondheidszorg af te stappen van het denken in termen van 'marktmechanisme' en 'concurrentie'*

de overheid en vooral de partijen de instrumenten hebben om corrigerend op te treden ten aanzien van onnodig aanbod en onnodige vraag.

Als het gaat om kwaliteit en volumebeheer, ligt er duidelijk een belangrijke verantwoordelijkheid bij de partijen in de gezondheidszorg: de aanbieders en de verzekeraars. Artsen werken vanuit het gegeven dat zij een publieke functie in zelfstandigheid vervullen. Dat betekent ook dat zij mede verantwoordelijk zijn voor het zorgbestel. Een belangrijke voorwaarde is, dat zij zich *toetsbaar opstellen* en verantwoording afleggen voor hun handelen. Dat is dan ook een essentieel onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de KNMG en de beroepsverenigingen.

Naast het kwaliteitsbeleid nemen de artsorganisaties in het kader van hun publieke functie ook het vraagstuk van een beheerste kostenontwikkeling serieus. Eén van de uitingen van dit groeiend bewustzijn is de ontwikkeling van de *Stichting Zorgformule*, een gezamenlijk initiatief van de artsorganisaties, de VVAA en de zorgverzekeraar VGZ om te komen tot een beheerste volumeontwikkeling door middel van 'incentives'. De uitwerking van dit initiatief is inmiddels ter hand genomen. Tevens wordt in dit verband verwezen naar de in februari van dit jaar geformaliseerde samenwerking tussen de zogenoemde *Meandergroep* (samenwerking tussen vijf ziekenfondsen) en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Dit initiatief is gebaseerd op het uitgangspunt dat ziekenfondsen regionaal moeten blijven werken om de hun toebedeelde wettelijke zorgplicht daadwerkelijk te kunnen vervullen.

#### **Rol overheid**

De belangrijkste reden voor de problematiek binnen het huidige zorgbestel is volgens de KNMG de onduidelijkheid over de (wettelijke) verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de maatschappelijke organisaties binnen dit zorgbestel. De KNMG is van mening, dat de discussies over de structurele wijzigingen van het

Ook wat betreft de rol van de landelijke overheid dient er meer duidelijkheid te komen.

In de eerste plaats draagt de overheid (i.c. de politiek) zorg voor het maken van de voornaamste keuzes over de *inhoud van het basispakket*. De KNMG vindt dat hierbij het criterium 'zinnige zorg' moet worden gehanteerd. Voor de uitwerking en de toepassing van dit criterium moet de overheid advies inwinnen bij de aanbieders van zorg en bij de patiëntengroeperingen. In de tweede plaats dient de rijksoverheid verantwoordelijk te blijven voor de *randvoorwaarden* van het gezondheidszorgbestel, zoals toezicht op de kwaliteit en de (financiële) toegankelijkheid van de zorg. Ook moet zij erop toezien dat alle partijen vanuit hun specifieke verantwoordelijkheid tot afspraken komen over de inhoud en de organisatie van het regionale zorgaanbod. Tenslotte is het aan de Rijksoverheid, op grond van macro-economische overwegingen en keuzes wat betreft de collectieve lastendruk, het *budget* vast te stellen dat beschikbaar is voor het vervullen van de zorgplicht van verzekeraars. Hierbij wijst de KNMG erop, dat de overheid instrumenten als eigen bijdrage en eigen risico alleen mag introduceren als ze geen afbreuk doen aan de toegankelijkheid van zorg, met name voor de minder draagkrachtigen in de samenleving. •

*MW DRS M.A.G. FRISSEN,*  
stafmedewerker KNMG

*DRS CHR. R. J. LAFFRÉE,*  
algemeen directeur LHV

\* Waar KNMG staat vermeld, moet worden gelezen: KNMG en haar beroepsverenigingen

*De nota 'Een duurzaam zorgbestel met instrumenten voor een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod en een beheersbare vraag' kan bij het secretariaat van de KNMG worden opgevraagd.*