



Het 44ste KNMG-Ledencongres te 's-Hertogenbosch

## Sturen of gestuurd worden?

Jaarrede KNMG-voorzitter Dr. M. van Leeuwen

Vorig jaar besprak ik hoe grote, complexe organisatievormen hun vermogen flexibel te reageren op eisen uit de omgeving te danken hebben aan een in wezen eenvoudig concept van zichzelf regulerende kleine eenheden. De samenhang, en daarmee de beheersbaarheid van dergelijke organisaties wordt gegarandeerd door een *functionele hiërarchie* van zeer veel van deze eenvoudige eenheden. De toplaag, laten we zeggen een raad van bestuur, of een minister, reageert op veranderende eisen van de omgeving door globaal nieuwe doeleinden te formuleren, maar zij behoeft de lagere echelons niet in detail te vertellen hoe zij die moeten bereiken. Sterker, als zo'n raad van bestuur dat wel zou doen, zou dat het spoedige einde van het bedrijf inleiden. Bij overheden ligt dat laatste wat anders, maar niet beter. In deze systeemvisie op organisaties past dan ook bijzonder goed het concept van een terugtrekkende overheid, die op afstand bestuurt en veel overlaat aan partijen en aan mechanismen van zelfregulering. De vraag is of dat in de praktijk ook gebeurt, en voor zover het gebeurt of het dan ook goed gebeurt. Het Plan Simons, voortbouwend op Dekker, is duidelijk een exponent van dit denken. Ik wil enkele recente ontwikkelingen die ons direct aangaan eens nader bezien vanuit systeem perspectief.

*'De komende jaren zullen in het teken staan van (...) de kwaliteit'*

Vrijwel iedereen is het erover eens dat de start van staatssecretaris Simons bijzonder goed was. Voor het eerst sinds staatssecretaris Hendriks met zijn 'Structuurnota' kwam werd hier gesproken vanuit een duidelijke lange-termijnvisie. Ging het bij Hendriks om de financieringsstructuur, bij Simons ging het om de inhoud van de zorg, en dat sprak ons zeer aan. De manier waarop daar in nota's als 'Werken aan de zorg' en het 'Kerndocument Gezondheidsbeleid' de contouren van een beleid werd geschilderd kan bij mij nog steeds het enthousiasme oproepen dat ik toen voelde. 'De komende jaren zullen in het teken staan van onder meer een discussie over de kwaliteit van zorg, de wijze van vaststelling van de kwaliteit, criteria van minimumkwaliteit, alsook de bewaking en bevordering van de kwaliteit', aldus het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid', dat het licht zag in april 1989. Die toonzetting

hadden wij in jaren niet meer gehoord. Het commentaar van de KNMG was dan ook positief, zij het dat wij wel moesten opmerken dat de financiële onderbouwing nog ontbrak. In de loop van de rit raakte de discussie over de inhoud steeds meer op de achtergrond en werd het gesprek meer en meer gedomineerd door de behoefte de kostenontwikkeling in de hand te houden.

Terwijl ik dacht dat wij eindelijk waren verlost van de jarenlange demagogie van de alsmaar stijgende kosten van de gezondheidszorg, worden regering, politiek en de medische beroepsgroep naar het lijkt thans steeds meer gezogen in een debat over beheersing van de kosten.

Echter, al meer dan tien jaar zijn de uitgaven voor gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het Bruto Nationaal Product (BNP) niet meer gestegen.<sup>1</sup> Gezien de sterke stijging in de periode voor 1982 lijkt het geen twijfel dat de budgettering van de ziekenhuizen, ondanks alle onvolkomenheden, daarbij een belangrijke rol heeft vervuld.

### MACRO-BUDGETS

Hoewel de relatieve kostenontwikkeling dus nauwelijks reden kan zijn voor paniek, is het wel zeker dat demografische factoren als de dubbele vergrijzing, met een toeneming van maligniteiten, chronische ziekten en psychogeriatrische problematiek, een opdrijvende kracht zullen uitoefenen op de volume-ontwikkeling. Ook de introductie van nieuwe technologie en het beschikbaar komen van geavanceerde maar kostbare behandelmethoden zullen onvermijdelijk leiden tot een dergelijke opwaartse druk. Toch is er geen fundamentele reden waarom nieuwe medische technologie niet zou kunnen worden ontwikkeld juist met het oog op besparingen. Hier ligt naar mijn idee een grote uitdaging.

Er is dus alle reden om een open-eindfinanciering te schuwen en beheersing van de kosten- en volume-ontwikkeling is een legitieme wens. De vraag is nu hoe dat het best kan gebeuren. Laat ik eerst iets zeggen over hoe het zeker *niet* moet, dat is – ik geef het toe – altijd het gemakkelijkst.

Hoe probeert de overheid in de praktijk de ontwikkeling van kosten en volume te beheersen? De theorie kennen we: de verantwoorde-

lijkheid bij veldpartijen, overeenkomstenstelsel, marktwerking. Wat zien we in de praktijk: het kabinet concludeert dat de taakstellingen van het 'Financieel Overzicht Zorg' (FOZ) niet uitsluitend kunnen worden bereikt door scherpe onderhandelingen tussen contractspartijen en bevordering van de doelmatigheid, en dus wordt de Ziekenfondsraad gevraagd te adviseren over vergoedingen en eigen bijdragen voor brillen en contactlenzen, elastieken kousen, incontinentiemateriaal en steunpessaria! Wie sprak daar van een terugtrekkende overheid, die zich alleen met de grote lijnen zou inlaten? Op zich is het trouwens interessant te zien hoe het vertrouwen in het vrije spel der marktkrachten toch niet al te hecht blijkt te zijn. Dat zou kunnen worden uitgelegd als realiteitszin, alleen is het alternatief dat men biedt weinig creatief.

Naast deze detaillistische regelzucht valt anderzijds een toenemende neiging waar te nemen dokters, tandartsen, apothekers en ziekenhuisdirecties collectief verantwoordelijk te houden voor de kostenontwikkeling.

In dit verband moet de term 'macro-budget' vallen. Die term wordt dezer dagen natuurlijk vooral in verband gebracht met het VijfPartijenAkkoord (VPA). De op 15 september jongstleden gepresenteerde Miljoenennota kondigt aan dat de tarieven van de medisch specialisten volgend jaar opnieuw omlaag moeten, opdat daarmee een overschrijding van 384 miljoen in dit jaar wordt gecompenseerd. Ik wil hier geenszins zeggen dat overeenkomsten niet behoren te worden nagekomen; immers: 'overeenkomsten strekken partijen tot wet'. Als ik de bedragen van de achtereenvolgende overschrijdingen echter op een rij zet en de lijn doortrek naar de toekomst, dan wordt het volstrekt duidelijk dat dit een heilloze route is. De neiging ons te willen afrekenen – zoals de moderne terminologie luidt – op macro-niveau, is echter veel algemener. Vorig jaar nog werden de huisartsen geconfronteerd met een overschrijding van 50 miljoen van de in het 'Financieel Overzicht Zorg' geraamde kosten voor huisartsenhulp. Daarmee is het FOZ de laatste jaren sluipenderwijs geheel aan het veranderen van een *planningsinstrument* in een *budgetteringsinstrument*, met een tamelijk bindend karakter.

Ik denk dat dit een slechte ontwikkeling is, waartegen wij ons moeten verzetten. Tegelijk vind ik dat er iets beters voor in de plaats moet en kan komen.

#### Waarom macro-budgettering niet werkt

Laat ik allereerst mijn bezwaren noemen en daarna wat gedachten aandragen over hoe het wel zou kunnen.

In gecondenseerde vorm komen mijn bezwaren erop neer dat een macro-budget, op deze wijze gehanteerd, niet kan werken als instrument om iets anders te beheersen dan de inkomens van artsen. Als dat de enige bedoeling is, laat men dat dan zeggen. Dat is dan inkomensbeleid, en op zich behoeft daar niets verwerpelijks aan te zijn. Als het echter gaat om beheersing van kosten en volume van de gezondheidszorg, dan is een macro-budget geen goed middel, hoewel budgettering op zich daarbij niet gemist zal kunnen worden.

Om effectief verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor een macro-budget, moet je kunnen sturen. Noch de informatie op basis waarvan, noch de instrumenten waarmee op macro-niveau zou kunnen worden gestuurd zijn aanwezig. Dat geldt voor de overheid trouwens even goed als voor de artsen. Het is ook niet te verwachten dat die beide ontbrekende elementen er komen en het is naar mijn mening zonde van de moeite ze te willen ontwikkelen, want vervolgens zal blijken dat het systeem zo log en traag is dat op z'n best een sterk slingerend traject wordt afgelegd, op dezelfde wijze als een mammoettanker die men met handbesturing door het Nauw van Calais probeert te manoeuvreren.

Dit zou op zich al voldoende redenen moeten zijn om niet op deze

manier de kosten van de gezondheidszorg te willen beheersen. Maar voor wie dat nog niet voldoende is zijn er nog enkele andere 'systeembezwaren':

- Ik noemde al het feit dat de kostenstijgingen voor een belangrijk deel een autonoom karakter hebben. Bovendien plegen fabrikanten van apparatuur, leveranciers, de PTT, architecten en aannemers, schoonmakers, het energiebedrijf en vele anderen hun tarieven regelmatig aan te passen, al was het maar aan de inflatie. Omdat de gezondheidszorg nu eenmaal geen gesloten systeem is werken deze kosten onvermijdelijk door. Die kostencomponenten kunnen de gezondheidszorg niet worden aangerekend.

- Het meest absurde is tenslotte dat maatregelen in de tariefsfeer eerder de neiging zullen hebben de uitgaven voor de gezondheidszorg te doen toenemen dan ze in te dammen. Iemand wiens inkomen onder druk komt te staan probeert dat op peil te houden door individueel of collectief looneisen te stellen als hij in dienstverband werkt, of door harder en/of efficiënter te werken als hij zelfstandig ondernemer is. Ik wil er op wijzen dat zulks op voorhand in het geheel niet slecht behoeft te zijn voor de kwaliteit van het produkt. Misschien is het zelfs wel goed als er harder wordt gewerkt en meer wordt gedaan. Maar met kosten- of volumebeheersing staat dit op gespannen voet.

#### TUSSENBALANS

Het is nu tijd om enkele voorlopige conclusies te trekken:

- De ontwikkelingen van de kosten en de omvang van de gezondheidszorg moet worden beheerst. Daarover zijn KNMG en overheid het eens.

- De verantwoordelijkheid voor macro-budgetten bij de aanbieders leggen is daartoe een onwerkzaam instrument. Het beperken van de volumegroei moet op een andere manier worden gerealiseerd.

Een kanttekening wil ik hierbij wel maken: het zal moeten gaan om *beheersing* van kosten en volume, hetgeen niet hetzelfde is als *beperking*. Onder 'beheersing' valt ook te begrijpen: beheerste groei. Als het verminderen van wachtlijsten ons ernst is – en dat behoort het ons te zijn – dan betekent dat logischerwijs een produktietoename dan wel het stellen van andere prioriteiten.

- Als je het volume wilt beperken, moet je juist *niet* de inkomens onder druk zetten, want dat werkt averechts: regeltechnisch gezien is er sprake van een *inkomenshomeostaat*. Op zich een mooi voorbeeld van negatieve terugkoppeling, een negatieve terugkoppeling die er echter toe leidt dat vervolgens elders in het systeem, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, extra kosten worden gegenereerd die een veelvoud zijn van wat eventueel in de inkomens sfeer wordt bespaard. Wie echt denkt dat hij op deze manier bezig is de volume-expansie af te remmen, zet waarschijnlijk ook 's winters als het te warm is het raam open, om zich vervolgens te verbazen over de hoge gasrekening. Hoewel dat politiek wel moeilijk te verkopen zal zijn, is het helemaal niet moeilijk de stelling te verdedigen dat wie de kosten van de gezondheidszorg wil beheersen, moet zorgen dat de professionals een uitstekend inkomen hebben. Op z'n minst moet onrust op dat punt worden vermeden.

#### EEN STRATEGIE

De macro-budgetverantwoordelijkheid leggen bij zorgaanbieders kan op den duur alleen maar verliezers opleveren. Dat moet toch ook voor een overheid niet moeilijk in te zien zijn. Het is echter belangrijk te constateren dat de overheid en de beroepsgroep misschien wel verschillende *primaire* belangen hebben, maar uiteindelijk wel hetzelfde doel: zorg van hoge kwaliteit tegen acceptabele kosten, toegankelijk voor iedereen. Dat is een potentiële win-

winsituatie. Om die te realiseren moet nu de koers fundamenteel worden verlegd naar een kwaliteitsbeleid. Wij moeten voorkomen dat kwaliteit als een modieuze term wordt gezien; modeverschijnselen zijn namelijk cyclisch, ze komen en gaan, en komen na vele jaren opnieuw terug. Kwaliteit echter moet permanent zijn, want het is het primaire richtinggevendende beginsel van de geneeskunde.

De enige hoop die wij hebben om de ontwikkeling van kosten en volume te beheersen, is de systemen zo te structureren dat ze zelfregelend zijn. Dan kan de overheid waarlijk afstandelijk regeren. De markt is zo'n zelfregelend stelsel, maar al eerder heb ik betoogd, en vele anderen trouwens eveneens, dat net als met macro-budgetten wel eens wat anders wordt geregeld dan men had bedoeld. Ik ben van mening dat een samenhangend kwaliteitsborgingssysteem, zoals dat door KNMG, LHV en LSV wordt ontwikkeld, op den duur aanzienlijk betere perspectieven biedt.

Om dat duidelijk te maken kan ik het best de eindsituatie schilderen die wij naar mijn mening dienen na te streven. Het is misschien goed om vooraf aan te geven dat ik daarmee mijn persoonlijke visie schilder. Ik beschouw het als een voorrecht dat de KNMG-voorzitter in zijn congresrede de gelegenheid heeft zijn eigen meningen en gedachten naar voren te brengen, en dat dit zelfs van hem wordt verwacht. Die persoonlijke visie zal natuurlijk niet fundamenteel verschillen van 'officiële' KNMG-standpunten, maar sommige zaken zijn nog volop in discussie. De eindsituatie die ik graag zou willen bereiken ziet er als volgt uit:

- De arts wordt alom gerespecteerd als een professional die zich bij zijn werk laat leiden door hoge beginselen van ethiek en vakmanschap. Hij is iemand die bereikbaar is en tijd voor je heeft, die je soms vertelt dat je probleem geen behandeling behoeft omdat het met minimaal ongemak ook overgaat of dat het geen medisch probleem is. De arts wordt gezien als advocaat van de patiënt.

- De as huisarts-specialist is tot volle wasdom gekomen. De 'poortwachtersfunctie' van de huisarts is door iets veel beters vervangen. Deze term dateert nog uit een tijd waarin de taak van de huisarts werd gezien als het uit het tweede echelon houden van de patiënt, omdat hij daar in handen dreigde te vallen van de kosten-genererende specialist. 'Zorg op maat' is een realiteit. Gezondheidszorg biedt een breed en diep continuüm aan preventieve, diagnostische en therapeutische mogelijkheden. De huisarts is als generalist de gids voor de patiënt op de meest optimale route door dit heuvellandschap. Als hij meent dat specialistische aandacht gewenst is filtert hij uit de vele mogelijkheden de juiste en als het erg moeilijk wordt, overlegt hij allereerst met de generalistische specialist: de kinderarts, de algemeen internist, de algemeen chirurg. Hij staat niet op wacht voor de poort van het ziekenhuis, maar wie weet houdt hij daar misschien wel spreekuur.

- Er is een sluitend kwaliteitsborgingssysteem door ons opgezet, met als sleutelementen allerlei zaken die in 1992 al werden ontwikkeld, of zelfs al ingevoerd waren, zoals protocollen, standaarden, formularia, toetsing, consensus, visitatie, periodieke herregistratie in samenhang met verplichte bij- en nascholing en met accreditatie van het scholingsaanbod. Intelligente informatica ondersteunt het medisch handelen, zowel in de spreekkamer (protocol- en standaardenbewaking, formularia 'on-line', ondersteuning van diagnostiek en therapie door medische expertsystemen) als na het werk (directe toegang tot medische kennis en de literatuur, elektronische consultatie van deskundigen en communicatie tussen beroepsgenoten, maar ook patiëntensimulatieprogramma's ten behoeve van bijscholing\*). Deze zaken garanderen aldus een hoog gemiddeld kwaliteitsniveau en reductie van de inter-doktersverschillen tot een acceptabele bandbreedte.

- Ons tuchtrecht is gemoderniseerd en volledig gericht op het waarborgen van de kwaliteit.

- Opleidingsklinieken en huisartsinstituten onderhouden netwerken met de opgeleiden.

- Artsen verdienen in een normale werkweek een behoorlijk inkomen, passend bij een professional van dit kaliber. De koppeling tussen inkomen en volume is echter veel indirecter gemaakt.

- De wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, specialisten en sociaal-geneeskundigen zijn toegetreden tot de Federatie KNMG.

- Alle artsen zijn lid van de KNMG.

#### KWALITEIT STURINGSBEGINSEL

Er is weinig fantasie voor nodig om in te zien dat wij onder de geschilderde omstandigheden hebben gekregen wat wij altijd al wilden: een alles en iedereen omvattend systeem van kwaliteitscontrole en -waarborging. Tegelijkertijd heeft de overheid eveneens wat zij, blijkens het kabinetsstandpunt op de rapporten 'Kiezen en delen' van de commissie-Dunning en 'Medisch handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad van het grootste belang acht: gepast gebruik.<sup>2</sup> We moeten elkaar daarom kunnen vinden op kwaliteit, in plaats van kostenbeheersing, als primair sturingsbeginsel. Aangezien doelmatigheid en doeltreffendheid onlosmakelijke onderdelen zijn van een dergelijk kwaliteitsbeleid, is beheersing van kosten c.q. volume een direct gevolg.

Om dit alles te bereiken moet aan een aantal voorwaarden vooraf zijn voldaan: Van de kant van de overheid de erkenning, dat het instrument van het FOZ als macro-budget op deze manier niet alleen niet kan werken, maar zelfs averechts werkt, en dat een kwaliteitsborgingssysteem als boven bedoeld met kracht moet worden gefaciliteerd. Rust aan het inkomensfront zou het mogelijk maken nu eindelijk eens alle energie te steken in de echt belangrijke zaken. Het is veel belangrijker de aandacht te richten op het gegeven dat artsen, zoals collega Borst-Eilers dat wel eens heeft genoemd, de sleutel in handen hebben tot uitgaven die een veelvoud zijn van hun eigen honoraria.

Van de kant van de beroepsgroep zal met grote inzet moeten worden gewerkt aan de verdere implementatie van een lekvrij systeem van kwaliteitsborging. Daarmee bedoel ik, dat het samenhangend en sluitend moet zijn. Dit laatste is de grote uitdaging. Weliswaar is er al zeer veel gebeurd en wordt er nog meer gedacht, geschreven en geëxperimenteerd, maar het werkt pas goed als al die losse elementen in onderlinge samenhang worden gebracht. Ik geef een voorbeeld: het subsysteem van de specialisten heeft binnen het ziekenhuis veel kenmerken van een externe factor. De functionele hiërarchie is nauwelijks aanwezig. Een integratie van de specialisten als subsysteem in het grotere systeem van het ziekenhuis is evident noodzakelijk. Daar wordt trouwens momenteel hard aan gewerkt. Dienstverband wordt soms gezien als het ei van Columbus, maar het is beslist geen panacee voor alle problemen.

Het lijkt mij dat de LSV-initiatieven met betrekking tot managementparticipatie en de opleidingsactiviteiten die de LSV op dat gebied ontplooit bij dit alles van groot belang kunnen worden. Managementparticipatie van artsen houdt onder andere ook budgetverantwoordelijkheid in, en dat is een verantwoordelijkheid die wél kan werken, omdat ze rechtstreeks aan het primair proces is gekoppeld.

Hoe wordt dan voorkomen dat een specialist ondanks goed beheer aan het eind van het jaar nee moet verkopen? Hoe wordt voorkomen dat een ander in de verleiding komt maar wat minder te doen, wanneer hij zijn bonus in gevaar ziet komen? Het antwoord is dat

\* Zie bijvoorbeeld WJM van der Lee: Computerondersteunde nascholing thuis voor huisartsen', Medisch Contact nr. 20/1992, blz. 628.

zulke zaken moeten worden ingebed in een kwaliteitsborgingssysteem.

Via een geheel andere ingang dan daarnet zijn we opnieuw tot de conclusie gekomen, dat beheersing van kosten en volume het resultaat moet zijn van een sluitend kwaliteitsborgingssysteem. De huisartsen zijn daarmee op dit moment beslist het verst.

#### ELEMENTEN VOOR BELEID

In het voorgaande heb ik getracht een strategische lijn uit te zetten. Het is verleidelijk nog wat na te denken over enkele uitvoeringsaspecten. Een daarvan kwam zojuist al ter sprake: managementparticipatie biedt reële mogelijkheden om artsen te betrekken bij de bewaking van budgetten. De kans dat zulks werkt is bovendien des te groter als die budgetten niet simpelweg tot stand komen door een macro-budget naar het meso- en micro-niveau te versleutelen, maar als zij gebaseerd zijn op de vastgestelde behoeften aan gezondheidszorg. De grote subregionale en zelfs intrastedelijke sociaal-economische gezondheidsverschillen maken het onmogelijk dat die behoeftenraming centraal vanuit Rijswijk plaatsvindt.<sup>3</sup> Dit vraagt om een versterking van de 'public health'-discipline in Nederland.

#### UURTARIEVEN . . .

De discussie over uurtarieven voor specialisten is inmiddels losgebarsten; van tenminste één wetenschappelijke vereniging weet ik dat zij daar al heel ver mee is.

Ik denk niet of een simpel uniform uurloon de oplossing voor alle problemen biedt. Wel is het evident dat de koppeling tussen wat artsen verdienen en de kosten die zij elders binnen de gezondheidszorg veroorzaken, veel meer moet slippen. Daarom is het belangrijk dat een serieuze studie wordt gemaakt van andere, betere honoreringsstructuren. Een uurtarief is daarbij slechts een der mogelijkheden.

Ik ben het zeker eens met diegenen die menen dat de huidige honoreringsstructuur het *doen* stimuleert. De beeldspraak is van Prof. Inez de Beaufort: artsen krijgen geen kijk- en luistergeld.<sup>4</sup>

Dat andere beloningssystemen de nodige nuanceringen en differentiëringen moeten kennen is evident. Het gaat ook niet in de eerste plaats om vereenvoudiging maar om de ont koppeling.

Toch denk ik, dat het tegelijk ook allemaal veel eenvoudiger kan. Als je de tarievenklapper bekijkt en even stilstaat bij wat er allemaal komt kijken bij het tot stand komen en onderhouden van dat boek, realiseer je je wat een onvoorstelbare bureaucratie daarachter schuilt. Wat een tijd en geld kan er niet worden bespaard door die waanzin te vervangen door iets eenvoudigers. Daar ligt al een reële, structurele bezuinigingsmogelijkheid.

Als er zoiets is als een uurtarief, dan zullen er onderhandelingen moeten plaatsvinden over het volume. Een verzekeraar wil immers wel, dat er tegenover declaraties voor gewerkte uren produktieafspraken staan. Het interessante is dat, terwijl op dit moment de besprekingen gaan over *maximalisering* van het volume, het dan juist zal gaan over de *minimaal* te leveren prestatie. Naast nieuwe problemen opent dit ook onverwachte perspectieven. Het is, lijkt mij, in wezen gezonder. Het zal in ieder geval de doelmatigheidsdiscussie aanvuren, en het nadenken over juiste indicatiestelling en overdiagnostiek en -behandeling stimuleren.

#### . . . EN ANDERE ZAKEN

Bij het bereiken van de lange-termijndoelstellingen zoals ik die heb geschilderd zullen verschillende parallelle wegen moeten worden bewandeld. Zonder volledigheid na te willen streven noem ik in

telegramstijl een paar steekwoorden, waarvan sommige al ter sprake zijn geweest:

- scholing (klinische epidemiologie, medische beslistkunde, op een juiste wijze omgaan met de verschillen tussen statistiek en casuïstiek en de relatie daartussen, aandacht voor iatropathogene aspecten van de geneeskunde, bedrijfsvoering);
- automatisering en informatisering, niet alleen financieel-economisch, maar vooral ten behoeve van de kwaliteit;
- protocollen, standaarden;
- intercollegiale toetsing, zelftoetsing, 'medical audit', visitaties;
- periodieke herregistratie, gekoppeld aan verplichte nascholing;
- 'medical technology assessment' (niet speciaal of uitsluitend een verantwoordelijkheid van artsen);
- een nascholingsaanbod van goede kwaliteit;
- formularia;
- regionale netwerken van opleiders en specialisten/huisartsen;
- complementariteit huisarts/specialist;
- modernisering tuchtrecht;
- 'incentives': andere honoreringsstructuur, 'kijk- en luistergeld';
- echte zorgverzekeraars, in plaats van schadeverzekeraars;
- gegevensverzameling en -verstrekking van de SIG zou meer dan nu kwaliteitsindicatoren moeten opleveren;
- alleen geëvalueerde na- en bijscholingsactiviteiten fiscaal aftrekbaar maken (zoals bijvoorbeeld in Nieuw-Zeeland);
- (nieuwe) toelatingscontracten met ziekenhuizen moeten participatie in kwaliteitsactiviteiten expliciet stipuleren;
- stafvorming.

Wie dit lijstje bekijkt treft daarin veel zaken aan die nu reeds deel uitmaken van het beleid van KNMG en beroepsverenigingen. In dit verband kan worden gewezen op de recente oprichting door de VVAA te zamen met een aantal ziekenhuizen van een onderlinge verzekeringsmaatschappij op het gebied van de medische aansprakelijkheid. De Onderlinge, Medirisk genaamd, wil nadrukkelijk een verband leggen tussen aansprakelijkheid en kwaliteitsbeleid. De Onderlinge streeft ernaar de aangesloten instellingen handreikingen te bieden voor het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. De KNMG en de LSV steunen dit initiatief en hebben zich bereid verklaard zitting te nemen in de Commissie Kwaliteit van de Onderlinge.

#### KEUZEN IN DE ZORG

Volledige implementatie van een samenhangend, gesloten kwaliteitsborgingssysteem zoals hier bedoeld, garandeert niet dat kosten en volume van de gezondheidszorg niet meer zullen stijgen. Eén ding is echter zeker: voor zover dat toch gebeurt, kan dat dan alleen nog maar worden toegeschreven aan een toegenomen behoefte. Wat dan? Het antwoord op die vraag luidt naar mijn mening: dan kan de politiek een aantal wezenlijke vragen niet meer uit de weg gaan.

Doelmatigheid is weliswaar voorwaarde, maar geen alternatief voor het maken van keuzes. Ik heb er alle begrip voor, dat de regering de doelmatigheidsdiscussie op dit moment de hoogste prioriteit geeft; snijden in het pakket valt tenslotte niet te verdedigen, als ook maar het vermoeden bestaat dat de doelmatigheid nog kan worden verbeterd. Het is echter wat al te makkelijk de problemen op deze manier te vereenvoudigen en je eigen verantwoordelijkheid zo uit de weg te gaan. 'Gepast gebruik' maakt 'Keuzen in de zorg' niet overbodig, en dat debat moet nu evenzeer starten, want ook bij maximale doelmatigheid komen de grenzen uiteindelijk in zicht.

Tenslotte willen we ook goed onderwijs voor onze kinderen, zien we graag dat het huisvuil netjes wordt opgehaald, dat de brandweer binnen een paar minuten ter plekke is wanneer de vlammen uit ons dak slaan, vinden we het ook wel goed dat er politie is en dat

onze straten 's nachts verlicht zijn. Regering en parlement zullen die discussie eens serieus moeten gaan voeren en antwoorden moeten durven formuleren op vragen als: hoe ziet het pakket voorzieningen eruit dat wij uit de collectieve middelen willen hebben gefinancierd en wat kan c.q. moet voor eigen rekening eventueel bijverzekerd? Artsen kunnen in dat debat hier en daar een deskundig, medisch advies geven en hun rol vervullen van advocaat van de patiënt, maar veel belangrijker is de rol van de patiëntenorganisaties.

Natuurlijk kan dit debat niet wachten tot een volgroei kwaliteitsstelsel al het onkruid heeft uitgerooid. Maar wie denkt dat met doelmatigheidsoperaties kan worden volstaan, is naïef.

Ook verzekeraars spelen bij dit alles natuurlijk een rol. Terwijl verzekeraars het van belang achten dat criteria voor 'goed medewerkschap' worden vastgelegd, hebben met name de particuliere verzekeraars volstrekt geen behoefte aan enige verankering van 'goed verzekeraarschap'. Voor mij het beste bewijs dat je niet van de ene dag op de andere van schadeverzekeraar zorgverzekeraar kunt worden, zelfs als je dat al zou willen. Van die kant verwacht ik dan ook niet in de eerste plaats een zinnige bijdrage aan dit debat.

#### LUXEPROBLEMEN

Wie wel eens heeft kunnen kennismaken met de gezondheidszorg in Afrika of Azië wordt af en toe overvallen door een gevoel van gêne, als hij zich realiseert met wat voor decadente luxeproblemen wij ons hier bezighouden. Moeten modderbaden wel of niet worden vergoed? Wat moet iemand bijbetalen voor zijn contactlenzen? Moeten de gebedsgenezers en de magnetiseurs misschien in het pakket? Zo zijn er nog vele, gewichtige problemen die ons kunnen bezighouden.

Het is goed in de gaten te houden, dat 'Keuzen in de zorg' voor een deel een luxeprobleem zijn. Het zou bijzonder te waarderen zijn als dat inzicht ook in het parlement af en toe eens bleek. Er zijn namelijk ook echte, serieuze problemen, zoals het rapport van de commissie-Dunning terecht aangeeft.

Sommige patiënten zijn inderdaad willoze slachtoffers van het noodlot. Serieuze problemen verdienen serieuze aandacht; luxeproblemen komen later. Ik heb er niet echt een groot vertrouwen in dat de politiek dat aankan: te veel parallele agenda's zullen de discussie beheersen en als puntje bij paaltje komt zijn er nog machtige lobby's. De parlementaire geschiedenis van Vasolastine is retrospectief nog in staat mij naar de antidepressiva te doen grijpen, zolang die tenminste nog worden vergoed.

Als je nagaat hoe het huidige pakket aan collectieve gezondheidszorg in de loop der jaren tot stand is gekomen, kan het niet anders of we zouden, als we *tabula rasa* zouden kunnen beginnen, dat met z'n allen nu anders doen. Laten we dat dan ook doen! Het lijkt vanzelfsprekend dat er niet alleen af en toe wat bij moet, maar er zal ook regelmatig iets af moeten.

Zoals van artsen mag worden verlangd dat zij hun vak bijhouden, effectieve nieuwe methodes toepassen en obsoleete behandelingen overboord zetten, zo moet ons collectieve gezondheidszorgboek *regelmatig en systematisch van nieuwe, frisse bloemen* worden voorzien terwijl tegelijk de verlepte exemplaren eruit worden gehaald. Het zou goed zijn, als de Ziekenfondsraad expliciet de opdracht kreeg jaarlijks dat boekje op deze wijze te onderhouden. Wellicht, dat de Gezondheidsraad daarbij in voorkomende gevallen wetenschappelijk onderbouwd advies kan geven.

#### CONCLUSIE

Onze missie voor de komende jaren is duidelijk: wij moeten met grote inzet ons kwaliteitsbeleid ten uitvoer brengen. Consistentie

en samenhang van alle onderdelen is daarbij eerste vereiste. KNMG en beroepsverenigingen dienen een gecoördineerd beleid ter zake te voeren. Beroepsverenigingen moeten niet uit de boot kunnen vallen doordat ze verstrikt raken in energie vretende, demotiverende discussies over problemen die zo niet oplosbaar zijn. De federatieve structuur biedt daartoe optimale kansen en mogelijkheden; het gemeenschappelijke belang is meer dan de eenvoudige optelsom van een aantal deelbelangen.

De overheid dient, in het algemeen belang, deze ontwikkelingen te faciliteren. Wij zullen ondertussen onze professionele verantwoordelijkheid niet uit de weg gaan. Ik heb met enthousiasme de zojuist afgesloten KNMG-conferenties rond het thema 'professioneel kiezen' gevolgd. De belangstelling was groot, en de betrokkenheid nog veel meer. Op de Algemene Vergadering van heden heeft een eerste rapportage plaatsgevonden. De volgende stap is dat de conclusies op korte termijn moeten worden vertaald in concrete aanbevelingen. Ik ben ervan overtuigd dat de medische beroepsgroep daarmee een goed alternatief biedt. Ik ben er ook van overtuigd dat het van het grootste belang is dat wij die weg gaan. Wij moeten zelf in belangrijke mate de agenda blijven bepalen. Wij moeten zelf sturen, om niet gestuurd te worden.

#### Literatuur

1. Dees J, Mosseveld C van, Smit J. Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1991. Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS) 92/8: 24-7.
2. Gepast Gebruik. Samenvatting van het Kabinetsstandpunt op de rapporten 'Kiezen en Delen' van de Commissie Keuzen in de Zorg en 'Medisch Handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1992.
3. Garvelink JWH, Rengelink H, Roscam Abbing EW, Vos M. Sociaal-economische verschillen in de grote steden. Volksgezondheid in objectief, subjectief en normatief perspectief. In: Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid: preadviezen/Ministerie van WVC, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1991.
4. Beaufort ID de. Lieve Deugd, Dure Plicht, Voorbeeldig Ideaal. Over eigen verantwoordelijkheid. Oratie Erasmus Universiteit, 1992.