

Bezuinigen in de gezondheidszorg: meer markt of meer beheersing*)

door dr. D. Post en drs. J. Visscher



Dr. D. Post (1939) is adviserend geneeskundige bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle.

Kan commercialisering tot bezuinigingen leiden? In Christen Democratische Verkenningen van februari j.l. geeft mr. Donner aan dat men vanuit een aantal commerciële oogpunten in staat is om beheersinstrumenten te construeren waardoor bezuinigingen zouden kunnen worden bewerkstelligd. Voor de dienstverlening zal een commerciële gezondheidszorg tot meer creativiteit leiden. In zijn artikel toont hij aan dat de wet- en regelgeving die sinds de structuurnota van 1974 uitgebreid zijn toegepast geen effect hebben gehad.

Prof. Michels is het hier helemaal niet mee eens. Hij stelt in Christen Democratische Verkenningen van maart dat het normale marktmechanisme niet zal werken; de consument kan noch het aanbod noch de prijs beoordelen. Hij meent dat men door privatisering en commercialisering niet het misbruik kan voorkomen. Een basispakket als volksverzekering met daar bovenop een aanvullende verzekering zal noodzakelijk zijn. Beheersing van de kosten zal men moeten verkrijgen via het aanbrenge van een

scheiding tussen primair noodzakelijke zorg en niet direct noodzakelijke zorg.

In beide artikelen zitten aantrekkelijke elementen. Toch menen wij dat zowel het privatiseren als de volksverzekering niet de oplossing zal geven. Vanuit onze ervaring in het veld van de gezondheidszorg willen wij voor de discussie over bezuinigingen in de gezondheidszorg een aantal elementen aandragen, die tevens als commentaar dienen op de ideeën van Donner en Michels.

Overheid en volksgezondheid

De overheid heeft een verantwoordelijkheid in het garanderen van een adequate gezondheidszorgvoorziening. Het is een grondrecht van iedere burger dat hij bij ziekte op geneeskundige en verpleegkundige hulp kan rekenen. Aan de andere kant dient de overheid er tevens op toe te zien

*) Commentaar op de artikelen van mr. J. Donner en prof. drs. J.J.M. Michels in Christen Democratische Verkenningen van februari en maart 1986.

dat de financiële middelen voor de gezondheidszorg binnen redelijke grenzen blijven. Vanuit de politiek is vastgesteld dat we ons huidige budget, bijna 10% van het Bruto Nationaal Produkt, niet mogen overschrijden. In het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) wordt het financieel kader gegeven van het door de overheid voorgestane beleid. Werner, de directeur van het AMC en voormalig top-ambtenaar op WVC, stelde op het jaarlijkse congres van de Vereniging voor Gezondheidseconomie dat dit FOG langzamerhand gaat dienen als uitgangspunt voor een bezuinigingsbeleid: de kosten moeten binnen het door het FOG aangegeven bedrag worden gehouden. Het geeft niet meer alleen aan wat de behoefte is, maar stelt deze behoefte onder wat financieel mogelijk is.

De overheid heeft de grens gesteld en de \pm f 35 miljard moet genoeg zijn om de noodzakelijke gezondheidszorg aan de burgers te waarborgen. Uitgaande van dit feit en tevens uitgaande van de stelling dat de geneeskunde een sterke progressie kent, dat er steeds nieuwe uitvindingen worden gedaan of verbeteringen worden gerealiseerd zal er dus binnen ons nationaal gezondheidsbudget moeten worden geschoven, zullen er beheersingsmaatregelen moeten worden genomen, zal er hier en daar bezuinigd moeten worden en zal er een verschuiving moeten plaatsvinden naar goedkopere zorg.

Wat doet de overheid hieraan?

Er zijn een aantal maatregelen genomen, vooral betrekking hebbend op wetgeving. Er is een uitgebreide planningswetgeving gerealiseerd in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en een wetgeving op het terrein van de tarieven in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Donner noemt in zijn artikel dat we te maken hebben gekregen met een overgereguleerd terrein, noemt het een 'paleis van ambtelijke en wetgevendelijke nijverheid'. Hij denkt en meent met hem dat de regelgeving heeft gefaald. Wij menen dat er ook een aantal pluspunten

te vinden zijn in de regelgeving. De budgettering van ziekenhuizen heeft zeker zijn vruchten afgeworpen, al heeft de methodiek van budgetvaststelling niet de schoonheidsprijs verworven en zal er, om bepaalde ziekenhuizen niet tezeer in de problemen te laten komen, een functionele budgettering of een budgettering op grond van efficiency in de ziekenhuizen moeten komen.

De tarifiering van de verrichtingen in de gezondheidszorg, ook al zitten en hier en daar flinke mankementen, heeft zeker een gunstige invloed gehad op de kostenontwikkeling. Ook de planningswetgeving, die het aanbod van de gezondheidszorg reguleert, kunnen we niet à priori als waardeloos terzijde schuiven. Hoewel een aantal positieve zaken onderkend menen we toch dat uit de regelgeving nog te weinig beheersinstrumenten zijn geconstrueerd. We komen hierop terug.

We stelden dat de overheid het makro-kader dient te geven. In de afgelopen jaren heeft de overheid het hierbij niet gelaten. Ze heeft niet aan de spelers in het veld, de beroepsbeoefenaren en de ziektekostenverzekeraars, de invulling van hun spel overgelaten. Als overheid is ze zelf gaan onderhandelen om zo de bezuinigingen te verkrijgen. Op vele punten is dit fout gegaan. Immers de overheid dient niet verder te gaan dan het vaststellen van generale maatregelen. Ze kan zich bemoeien met het inkomensbeleid



Drs. J. Visscher (1944) is directeur van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle.

De overheid heeft zich teveel bemoeid met beroepsbeoefenaren en verzekeraars.

Wanneer de overheid ofwel het veld van de gezondheidszorg, de zorgverleners, buiten spel zet ofwel de financiers op afstand houdt zal ze steeds conflicten oproepen. Het zal ook leiden tot 'ad-hoc'-maatregelen die, wanneer ze niet zijn vastgesteld vanuit onderlinge overlegsituaties, niet zullen aanspreken bij de beroepsbeoefenaren en daarom geen effect hebben. Als men als beroepsbeoefenaar de zin niet ziet van een bepaalde maatregel zal men, vaak met een beroep op de professionele verantwoordelijkheid, zich hieraan weten te onttrekken. Wij denken hier even aan de f 2,50-maatregel. Het is ons uit eigen onderzoek gebleken dat er sindsdien veel meer medicijnen worden voorgeschreven, waarvan een aanzienlijk deel in de vuilnisemmer verdwijnt.

We denken hier ook aan de maatregel om de praktijkgrootte van huisartsen te verkleinen zonder dat er afspraken over de 'productie' (verwijzen en voorschrijven) zijn gemaakt en zonder dat maatregelen getroffen zijn om verschuivingen in het gezondheidszorgsysteem, die zouden kunnen leiden tot een verhoging van de kosten, te voorkomen. Immers het lijkt er op dat in kleinere praktijken meer patiënten naar de tweede lijn worden verwezen dan in grote praktijken. Dit fenomeen wordt zeer waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat in kleine praktijken meer tijd beschikbaar is voor de patiënt. De huisarts laat de patiënt vaker terugkomen. Zijn 'instroom', de drukte op het spreekuur is dus even groot als in een grotere praktijk waarin het terugbestellen van de patiënt minder zal plaatsvinden. Per 1.000 ingeschreven patiënten ziet de huisarts in de kleine praktijk meer patiënten per dag. We weten dat de drukte op het spreekuur in relatie staat tot de hoeveelheid verwijskaarten, met andere woorden hoe drukker de huisarts het heeft des te meer medicijnen worden voorgeschreven en des te meer patiënten gaan er naar de specialist. In de kleine praktijk zullen per 1.000 ingeschrevenen dus meer mensen naar de specialist gaan en meer medicijnen worden voorgeschreven. Dit brengt dus meer kosten met

maar dient zich niet te bemoeien met het vaststellen van tarieven. Een overheid mist namelijk de mogelijkheid om expertises uit de voeren. Ze mist de inhoudelijke kennis om in het veld te beoordelen wat er gebeurt. Ze mist daarom ook de mogelijkheden om bijvoorbeeld overconsumptie vast te stellen en tot een vermindering hiervan te komen. Toch zien we dat de overheid zelf met beroepsgroepen is gaan onderhandelen en in vele gevallen 'nee' moest verkopen hetgeen heeft geleid tot conflictueuze handelingen. Met specialisten kwam het tot een botsing, omdat het 'generaal-akkoord' een politieke overeenkomst was en praktisch in het veld niet zal werken. Met huisartsen werd een 'convenant' gesloten en ook dat heeft geen uitwerking omdat de werkelijke zaken in de onderhandelingen over prijs en volume tussen partijen, huisartsen en ziektekostenverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) tot stand moeten komen. Rechtstreeks onderhandelen met een gedeelte van de spelers in het veld leidt tot frustraties. De overheid zou zoals men in Duitse terminologie zegt een 'konzertierte Aktion' moeten voeren: zij hanteert de dirigeerstok, geeft de grote lijnen aan, maar laat de symfonie tot stand komen door het samenspel van de verschillende partijen. Met andere woorden: ze laat de marktpartijen met elkaar binnen een bepaald kader afspraken maken.

zich mee. Maatregelen zoals deze, die genomen zijn vanuit een directe onderhandeling van overheid en 'veld van de gezondheidszorg' en waarbij te weinig rekening is gehouden met allerlei nevenverschijnselen, zijn ongunstig voor de kosten in de gezondheidszorg en wellicht ook voor de kwaliteit van de zorg. Voor het nemen van soortgelijke maatregelen is expertise nodig, die mag worden verwacht aan de kant van de onderhandelingspartij, in casu de ziektekostenverzekeraars.

Wij adstrueren hiermee dat naar onze mening het een ongunstige ontwikkeling mag worden genoemd wanneer 'het veld' om de natuurlijke onderhandelingspartners (de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) heen met de overheid gaat onderhandelen.

Beheersinstrumenten

De overheid zal de financiers werkelijke beheersinstrumenten dienen te geven. Immers op dit moment hebben ziekenfondsen nauwelijks enige mogelijkheid tot ombuigingen in het veld van de gezondheidszorg. Er zijn geen mogelijkheden om via incentives bepaalde ontwikkelingen te stimuleren, noch om via sancties ongewenste toestanden te veranderen. Wij menen dat juist hierdoor de noodzakelijke ruimte voor nieuwe ontwikkelingen kan worden gevonden. Een aantal voorbeelden zal bovenstaande verduidelijken.

1. *Verschuiving tweede naar eerste lijn*

Het zou mogelijk moeten zijn dat ziekenfondsen in staat worden gesteld om met hun huisarts-medewerkers afspraken te maken omtrent vergoedingen voor bepaalde door hen uitgevoerde verrichtingen die thans nog veelal in de tweede lijn worden uitgevoerd.

2. *Verpleegduur*

Uit een onderzoek over de verpleegduur voor een groot aantal aandoeningen is ons gebleken dat de verpleegduur zeer willekeurig wordt gehanteerd. Zo bleek

dat voor het verwijderen van de galblaas, zonder dat er complicaties optreden, in het ene ziekenhuis de patiënt na 9 dagen wordt ontslagen, in een ander ziekenhuis na 11 dagen en in een derde ziekenhuis pas na 13 dagen. Voor een blindedarmoperatie bleken zelfs verschillen van 5 tot 10 dagen voor te komen. We onderzochten op deze wijze voor een groot aantal aandoeningen de verpleegduur en kwamen tot aanmerkelijke verschillen.

Wanneer ziekenfondsen een maximum aantal verpleegdagen per declaratie zouden kunnen vaststellen, zou, ook gezien de ervaring in de V.S., de verpleegduur aanmerkelijk worden verkort zonder kwaliteitsverlies van de zorg.

We willen hier met nadruk stellen dat naar onze mening het succes van deze verpleegduurverkortings niet is gelegen in het Amerikaanse marktmodel maar in de grotere normering van het medisch handelen via de regelgeving. Er zijn regels opgesteld vanuit research en expertise om te komen tot de 'diagnose related groups' (DGR's): per diagnose, per aandoening wordt gemiddeld een bepaalde verpleegduur aangewend en een bepaalde hoeveelheid kosten is nodig. De genezing van die bepaalde aandoening komt gemiddeld dus op een bepaald bedrag en dat krijgt het betreffende ziekenhuis ervoor. Efficiency en effectiviteit zullen dus vergroot worden om beneden dat bepaalde bedrag voor die aandoening te blijven.

3. *Individuele verschillen tussen specialisten*

Ziekenfondsen beschikken over de 'productiegegevens' van specialisten. Hieruit is duidelijk geworden dat er grote verschillen bestaan die niet zijn terug te voeren op morbiditeit in de bevolking noch op bevolkingssamenstelling maar louter op het inzicht van de arts. Zo doet de ene specialist veel meer neusoperaties dan de andere terwijl ook de ene specialist veel eerder een galblaas eruit haalt dan de andere. Combinatie van ingrepen (als

we het ene doen kunnen we ook het andere wel even erbij nemen) wordt door de ene arts veel meer gedaan dan door de andere. De ene KNO-arts heeft een handelwijze om amandelen niet te vlug weg te halen terwijl de andere bij elke aangeboden patiënt de tonsillen verwijdert.

Opvallend is ook het aantal opnamen per arts. We maakten een overzicht van de verschillende ziekenhuizen in het werkgebied van ons ziekenfonds. Het bleek dat in het ene ziekenhuis bij een bepaald specialisme 47% van de aangeboden patiënten werd opgenomen terwijl in een ander ziekenhuis dit maar 31% was. Het gaat hier om de bevolking in verstedelijkte gebieden: min of meer vergelijkbare populaties. Grote verschillen dus, waar we tot op dit moment alleen maar de specialist op kunnen wijzen. Wij menen dat ziekenfondsen voor deze verschillen beheersinstrumenten in handen moeten krijgen, waarbij het adagium 'gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten' als uitgangspunt dient.

4. *Verwijzen en voorschrijven bij huisartsen*
Grote verschillen treden ook op bij huisartsen ten aanzien van het verwijzen en het voorschrijven van geneesmiddelen. Het bleek uit onderzoek binnen ons ziekenfonds dat er een spreiding in het verwijzen was van 195 - 626 verwijskaarten per 1.000 verzekerden per jaar. De hoogste verwijzer schrijft dus meer dan driemaal zoveel verwijskaarten uit als de laagste, zonder dat hiervoor duidelijke redenen zijn, voortkomende uit de morbiditeitstoestand van de praktijk. We zagen bij het voorschrijven van antibiotica zelfs een spreiding van 51 - 1126 voorschriften per 1.000 verzekerden per jaar: de hoogste voorschrijver geeft drieëntwintigmaal zoveel recepten met penicillines als de laagste. Ook hiervoor hebben we geen beheersinstrumenten. We leggen de cijfers als toetsingsgetallen voor aan de huisartsen. We zien dat dit een zeker

effect heeft, maar ook hier zou moeten gelden dat er toch een bepaalde druk op de beroepsbeoefenaar zou kunnen worden uitgeoefend, zodat hij zijn gedrag conformeert aan dat wat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Wij menen dat juist op het zojuist beschreven terrein er mogelijkheden zijn om te komen tot een betere verschuiving van kosten en tot een bezuiniging. We zitten hier ook op dezelfde golfengte als die van het KNMG-rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' dat ook deze verschillen constateert en dat via effectiviteitsmeting en efficiëncystimulering wil komen tot een beperking van de kosten.

Marktgerichte elementen?

Behalve de bovenbeschreven uitbreiding van reguleringsmechanismen die als beheersinstrumenten dienst kunnen doen, zijn er een aantal elementen die in ziekenfondskringen ter discussie staan. Onlangs presenteerde een aantal mensen van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) de 'brugnota'. Hierin wordt heel duidelijk geopteerd voor meer markelementen in de gezondheidszorg. Dit houdt een toenemende privatisering in, zonder dat overigens tot een totale commercialisering over wordt gegaan. Men wil een verandering van het verzekeringsstelsel waarbij het pakket wordt verkleind en een aantal verstrekkingen met een eigen bijdrage worden belast. Hierdoor wordt de keuzevrijheid van de patiënt vergroot. Alle extra kosten, de eigen bijdragen, zouden via het aanvullingsfonds kunnen worden herverzekerd.

Men wil tevens de contracteerplicht van ziekenfondsen laten vervallen en meer zelfstandig overeenkomsten sluiten met medewerkers waarbij prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorgverlening worden vastgesteld. Het gaat hier om maatregelen die het systeem zodanig prikkelen dat er een grotere doelmatigheid zal worden bereikt.

Via de keuzevrijheid wil men ook de verzekerden laten meedenken in hun gebruik van

de gezondheidszorg. In feite had ook Van der Reyden dit op het oog met de eigen bijdrage voor een verwijskaart. Het zal zeker zo zijn dat dit het verwijscijfer zal verminderen door een beperking van het aantal onnodige verwijzingen. Echt noodzakelijke verwijzingen zullen zeker plaatsvinden: f 25,- zal hiervoor geen belemmering zijn. Bovendien zou het maximum van de eigen bijdrage samen kunnen worden gevoegd met de maximum bijdrage voor geneesmiddelen, zodat de patiënt voor verwijzen en voorschrijven nooit boven de f 125,- uitkomt.

Of de privatisering, zoals in de brugnota wordt voorgesteld, haalbaar is en of dit past in ons huidig sociaal stelsel, is nog een open vraag. Wij menen – en dat is al een paar keer sprake gekomen – dat het marktmechanisme slechts beperkt toepasbaar is in onze gezondheidszorg en dat beheersinstrumenten via regelgeving meer effect zullen hebben in het terugdringen van de overbodige

» Het marktmechanisme is maar beperkt toepasbaar in de gezondheidszorg. «

consumptie en de onnodige verrichtingen. Een aantal elementen in de brugnota, met name de opheffing van de contracteerplicht van medewerkers (huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten etc.) is in onze visie over hantering van beheersinstrumenten goed inpasbaar. Het punt van de herverzekerbare eigen bijdrage die op een aantal verstrekkingen zou moeten worden geheven zouden wij sterk willen nuanceren. Een eigen bijdra-

ge is beperkt toepasbaar. Alleen dan wanneer deze bijdraagt tot een aanvaardbare reductie van de medische consumptie zou zij te overwegen zijn. Zo menen wij dat bijvoorbeeld eigen bijdragen in de fysiotherapie meer aanvaardbaar zijn dan een eigen bijdrage voor de tandheelkunde of zelfs een totale verwijdering hiervan uit het ziektenfondspakket. Ook al zou men de tandheelkunde kunnen herverzekeren dan voorzien wij toch een achteruitgang van de gebitstoestand in onze bevolking: veel mensen voor wie het juist nodig is zullen zich niet herverzekeren. We zullen ernaar moeten streven om het ziekenfondspakket volwaardig te laten zijn en slechts de franje te verwijderen.

Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars: beheersers van de kosten in de gezondheidszorg?

Aan het begin van dit artikel stelden wij dat wij menen dat de overheid als dirigent zal moeten optreden en niet als medespeler door te gaan onderhandelen.

Kunnen ziekenfondsen – we beperken ons daartoe even – de taak vervullen van 'beheersers' van de kosten in de gezondheidszorg? Moet er dan niet veel meer bureaucratie worden verwacht?

Minister Brinkman waarschuwde in Elseviers Magazine enige tijd geleden nog tegen te grote bureaucratie 'in de departementale sector volksgezondheid', in de ziekenfondswereld en bij het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Wij menen dat het mogelijk moet zijn om binnen de huidige mogelijkheden voor ziekenfondsen een veranderende functie in de zin van meer beheersmatige activiteiten te realiseren.

De huidige beheerskosten blijken 5% van de kosten in de gezondheidszorg te bedragen. Voor deze 5% wordt de ledenadministratie gedaan en wordt in de verstrekkingensfeer de nodige administratie verricht. Vanuit de complexiteit van de regelgeving die historisch gegroeid is tot een ondoorzichtig geheel wordt er binnen ziekenfondsen een hoeveelheid werk gedaan, dat we op dit

moment als non-work kunnen betitelen. Dit gedeelte is niet overal even zichtbaar. Waar ziekenfondsen nog niet goed aan toe komen, ook wegens de budgettering van de beheerskosten, is juist de uitvoering van de beheerstaak. Wanneer, zoals wij voorstellen, deze beheerstaak met meer beheersinstrumenten zal dienen te worden uitgevoerd, dan zou het non-work moeten worden afgebouwd en worden vervangen door dit 'beheerswerk'. Wij menen uit ervaring dat we die taak bij ziekenfondsen kunnen gaan uitvoeren binnen de 5% beheerskosten. Met dezelfde budgetten zou er een grotere effectiviteit kunnen worden bereikt.

Omtrent die 5% beheerskosten willen wij opmerken dat die erg gunstig afsteekt bij de beheerskosten van particuliere ziektekostenverzekeraars. Een grote concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars vergt een uitgebreide acquisitie-afdeling die de beheerskosten sterk laat stijgen. Ziekenfondsen hoeven niet te concurreren en besparen dat gedeelte in de beheerskosten. Een concurrentie tussen ziekenfondsen, zoals in de 'brugnota' van de VNZ wordt voorgesteld wijzen wij af alleen al uit het oogpunt van de beheerskosten. Verhoging van efficiëntie en effectiviteit bij ziekenfondsen zal op een andere wijze dienen te worden gestimuleerd, bijvoorbeeld door een toeslag op het budget bij aantoonbare inspanning van het ziekenfonds die tot een kostenverlaging heeft geleid.

Wij stellen ons voor dat er een sanering dient te worden bewerkstelligd in de bureaucratie van de ziekenfondsen en dat er een verschuiving binnen de ziekenfondsen komt naar meer 'beheerspersoneel'. Dit zullen mensen dienen te zijn die grote deskundigheid hebben op het terrein van de gezondheidszorg zodat ze als een 'countervailing power' kunnen fungeren. Heel belangrijk is het feit dat we over een uitgebreid informatiesysteem kunnen beschikken. In dit verband zou voor de beheerstaak van het ziekenfonds het plan van Van der Reyden om de huisarts uit de AWBZ te betalen zeer welkom zijn: we beschikken dan over de

gegevens betreffende het verwijzen en het voorschrijven van geneesmiddelen van de totale bevolking, waardoor we het aanbod aan de tweede lijn kennen.

Op dit moment bezitten we de gegevens van meer dan 60% van de bevolking en op basis hiervan menen we uitspraken te mogen doen over het reilen en zeilen in de gezondheidszorg. Het zou echter aan te bevelen zijn om te beschikken over de gegevens van de totale bevolking.

Conclusie

In de meningen van Donner en Michels over de privatisering en commercialisering van de gezondheidszorg hebben wij nuances aangebracht. Wij menen dat vooral een aantal beheersinstrumenten binnen de gezondheidszorg verschuivingen teweeg kan brengen waardoor ruimte ontstaat voor innovatie.

Wij zijn het met prof. Michels eens dat het normale marktmechanisme van vraag en aanbod in de gezondheidszorg niet werkt, maar wij denken dat het niet onmogelijk is om via een aantal marktgerichte elementen de bewustwording bij de burgers ten aanzien van de kosten te vergroten en tevens het doelmatiger handelen te bevorderen. Of we zover kunnen gaan als de brugnota van de VNZ-medewerkers aangeeft betwijfelen we ten eerste. Deze is te sterk geënt op de Amerikaanse situatie en als zodanig lang niet in alles zo op te volgen.

Wij zijn het met mr. Donner oneens dat de regelgeving niet werkt: wij menen dat hij eveneens te ver gaat met zijn commercialisering.

Wij hebben drie groepen maatregelen op het oog:

1. Maatregelen die als beheersinstrumenten onnodige en overbodige gezondheidszorg beteugelen. Deze maatregelen kunnen sancties inhouden in de vorm van opzegging van de medewerkerovereenkomst (vrijheid van contracteerplicht) dan wel regulering van het verrichtingenvolume aan de hand van het begrip 'gebruik-

- kelijk in de kring der beroepsgenoten'. Geconcretiseerd komt dat er op neer dat het aantal verpleegdagen per indicatie zou moeten worden aangegeven, dat een te groot aantal verrichtingen per beroepsbeoefenaar kan worden gereduceerd etc. Sturing van volume en kosten dienen via regelgeving te geschieden en niet via een commercieel model.
2. Sanering en regelgeving bij ziekenfondsen waardoor binnen de ziekenfondsen substitutie mogelijk is voor uitvoering van de taak zoals onder 1. beschreven. Dit alles dient binnen het huidige budget te geschieden. Budgetvermindering en verkleining van het huidige personeelsbestand zou leiden tot een vermindering van mogelijkheden van ziekenfondsen om een *'countervailing power'* te zijn. De *'countervailing power'* dient voort te komen uit het beter gebruiken en deskundiger verwerken van de gegevens die in grote hoeveelheid bij ziekenfondsen aanwezig zijn.
3. Invoering van eigen bijdragen voor zover deze een remmende werking hebben op onnodige en overbodige gezondheidszorg. Een goed onderzoek omtrent deze zaken zal nodig zijn om binnen het ziekenfondspakket de franje op te sporen. Ook door research zal moeten worden nagegaan in welke verstrekkingen dit overbodige en onnodige zich het meest voordoet.

Binnen onze visie past een betere samenwerking binnen de groep van ziektekostenverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere maatschappijen). Wanneer wij stellen dat de overheid niet moet onderhandelen maar ons meer beheersinstrumenten dient te geven, dan zullen wij als onderhandelingspartners met de beroepsgroepen eenzelfde lijn moeten trekken en zullen wij ook in de beheerssfeer over dezelfde instrumenten moeten beschikken.



Rectificatie

Tot onze spijt zijn in Christen Democratische Verkenningen nr. 10/86 de foto's verwisseld van de heren C.J.G.M. de Vet en J. Plantinga. De foto van de heer De Vet moet staan op pag. 446, die van de heer Plantinga op pag. 433.