

25 jaar sturing in de gezondheidszorg:

van verstatelijking naar ondernemerschap

Tom van der Grinten
Jan Kasdorp

Een uitgave ter gelegenheid van 25 jaar
Sociaal en Cultureel Planbureau

DEN HAAG, 1999

Inhoud

1	Ambities en dimensies	5	
2	De bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg		7
3	Aanbodregulering en vraagsturing	11	
4	De zorgverzekeringen	21	
5	Kwaliteit en doelmatigheid	35	
6	Veranderingen in de bestuursstructuur en -cultuur		45
7	Hardnekkigheid van de publiek-private samenwerking	53	
8	Tot slot	59	
	Literatuur	63	

1 Ambities en dimensies

Precies vijftig jaar geleden verscheen de Structuurnota Gezondheidszorg van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Hendriks. Deze nota ging de geschiedenis in als hét markeringspunt van de pogingen van de overheid om de gezondheidszorg in haar greep te krijgen. Het proces van verstatelijking dat de Nederlandse gezondheidszorg sinds de Tweede Wereldoorlog doormaakte, had wat Hendriks betreft in overheidsregie voltooid kunnen worden. Dat is er niet van gekomen. De ambities van de overheid werden vanaf die tijd weer naar beneden bijgesteld, met als volgend markeringspunt het advies van de commissie Dekker (1987). In dit advies werd voorgesteld om de gehele gezondheidszorg te onderwerpen aan een systeem van gereguleerde concurrentie. Achtereenvolgende kabinetten Lubbers (1988-1994) probeerden dit idee vorm te geven, maar ook dat is niet gelukt. De paarse coalitie (1994-1999) zocht weer aansluiting bij het traditioneel gemengde stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg en probeerde stapsgewijs tot veranderingen te komen. De oriëntatie hierbij week overigens niet veel af van waar de commissie Dekker zich door had laten inspireren: terughoudendheid wat betreft de rol van de overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van het ondernemerschap. Anno 1999 blijkt de overheid echter nog allerminst terughoudend en van marktwerking in de gezondheidszorg is nog nauwelijks sprake. Net zomin als de verstatelijkte gezondheidszorg van vijftig jaar geleden gelijk gesteld kan worden aan 'de overheid', zo is het ondernemerschap in de gezondheidszorg van vandaag identiek met 'de markt'. Typisch voor de Nederlandse gezondheidszorg gedurende die vijftig jaar is de sterke verknooptheid van het publieke en private domein. Een verknooptheid, die enerzijds de verstatelijking van de zorg óók tot een zaak van het particulier initiatief heeft gemaakt en anderzijds het ondernemerschap in de zorg voorziet van forse maatschappelijke doelen. De verschijningsvormen van deze publieke-private afhankelijkheid zijn weliswaar veranderd, maar men bleef tot elkaar veroordeeld. In deze situatie van sterke bestuurlijke afhankelijkheid moesten overheid en veld zien oplossingen te vinden voor de grote problemen die de gezondheidszorgagenda al die jaren beheersten. Daartoe rekenen we de toenemende spanning tussen vraag en aanbod, met op de achtergrond het vraagstuk van de kostenbeheersing, maar ook de vormgeving van het verzekeringsstelsel en het vraagstuk van de solidariteit en de groter wordende druk op de toegankelijkheid van de zorg.

Tenslotte is er dan ook nog het probleem van de handhaving, c.q. de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid, met daarachter liggend de problemen in de samenhang van de zorg.

'Vijfentwintig jaar sturen in de gezondheidszorg' komt pas echt goed in beeld als deze beide dimensies van het sturingsvraagstuk in ogenschouw worden genomen. Dat wil zeggen, zowel de typische afhankelijkheden in de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, als het beleid dat in dat kader is geproduceerd. Zo leren we iets over de logica van het bestel van de Nederlandse gezondheidszorg en over de constanten en veranderlijkheden daarin. We krijgen op deze manier een beter zicht op de kennelijke randvoorwaarden voor het beleid. Dit kan ons weer helpen bij het begrijpen van de lotgevallen van het streven naar kostenbeheersing, het omgaan met de solidariteit en het realiseren van kwaliteitsbeleid. Tenslotte levert deze kijk op beleid aanknopingspunten op voor het taxeren van toekomstige ontwikkelingen en de kansen van nieuwe beleidsinitiatieven.

In deze bijdrage analyseren we het sturingsvraagstuk in de gezondheidszorg op deze twee dimensies. We beginnen met een karakterisering van de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, zoals die zich halverwege de jaren zeventig presenteerde (hoofdstuk 2). Daarna gaan we in op het beleid dat in deze context is gevoerd ten aanzien van de drie centrale kwesties in de gezondheidszorg. Achtereenvolgens komen aan de orde: de aanbod-regulering en vraagsturing (hoofdstuk 3), de zorgverzekeringen (hoofdstuk 4) en de sturing van de kwaliteit en doelmatigheid (hoofdstuk 5). Dan volgt een analyse van de veranderingen die zich de afgelopen jaren in de bestuurlijke verhoudingen hebben voorgedaan (hoofdstuk 6). We sluiten af met enkele opmerkingen over wat ons met betrekking tot de sturing in de gezondheidszorg mogelijk te wachten staat (hoofdstuk 7).

2 De bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg

De wijze waarop het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is georganiseerd en wordt bestuurd berust op een politiek compromis. Dit compromis rond de gezondheidszorg is niet op een bepaald moment of ten aanzien van een bepaald onderwerp gesloten, maar bestaat uit een langdurige optelsom van afzonderlijke akkoorden over afzonderlijke onderwerpen. Voor de gezondheidszorg zag dit compromis er eind jaren zestig als volgt uit:

- gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen als centrale doelstelling;
- particuliere verzekering voor mensen boven de loongrens;
- sociale verzekering voor mensen onder de loongrens;
- sociale verzekering van onverzekerbare risico's voor iedereen;
- uitvoering door middel van een particulier systeem van gezondheidszorg, binnen het kader van een voorwaardenscheppend overheidsbeleid.

De belangrijkste fundamenteën van de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de gelegd in de periode die samenvalt met de topjaren van de verzuiling van de samenleving (1920-1965) en de christen-democratische dominantie in het politieke leven. In deze periode zijn de neo-corporatistische accenten aangebracht (Hemerijck 1993). Neo-corporatistisch, want het gaat niet om de klassieke doctrines van een van bovenaf opgelegd systeem, maar om een geleidelijk gegroeid bestel. Het wezen van dit bestel ligt vast in een aantal karakteristieke kenmerken (Van der Grinten 1997).

- Er is een sterke hang naar pluriformiteit en pragmatiek. Daarmee hangt een behoefte samen om de inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg zoveel mogelijk buiten de politieke, maar binnen de maatschappelijke en professionele invloed te houden. Centraal staan begrippen als "zelfordening" en "subsidiariteit": het principe, dat de overheid niet moet doen wat door particuliere werkzaamheid gedaan kan worden.
- De staat heeft weliswaar belangrijke, constitutioneel verankerde verantwoordelijkheden ten aanzien van de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, maar ze is niet geëquipeerd om deze verantwoordelijkheden zelfstandig waar te maken. Ze is gebonden aan de inzet van anderen. Een belangrijk kenmerk van het bestel van de Nederlandse gezondheidszorg is juist het ontbreken van een machtscentrum dat gelegitimeerd en materieel voldoende toegerust is om eenzijdig in te kunnen grijpen in de organisatie van de gezondheidszorg.

- Het universele streven naar onzekerheidsreductie richt zich in de Nederlandse samenleving minder op het opvoeren van de individuele weerbaarheid dan op het organiseren van onderlinge solidariteit in groepsverband (coöperaties, verzekeringen). Dit is een benadering die op zijn beurt weer krachtig wordt ondersteund door de overheid.

Deze mengeling van maatschappelijke pluriformiteit, particuliere werkzaamheid, veel overheidsverantwoordelijkheid maar beperkte overheidsmacht, en een hoge mate van solidariteit heeft gestalte gekregen in de wijze waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd, uitgevoerd en bestuurd.

- De financiering van de gezondheidszorg is geregeld in een gemengd verzekeringssysteem, dat bestaat uit een particulier en een sociaal gedeelte. Een nationale gezondheidszorg, die door de overheid uit de algemene middelen wordt betaald -en derhalve ook door de overheid wordt bepaald-, is in Nederland nooit een serieuze optie geweest. Een op eigen verantwoordelijkheid en individuele betaling gebaseerd stelsel is dat. na het van kracht worden van het Ziekenfondsbesluit (1941), evenmin. Historisch gezien is het Nederlandse gemengde verzekeringsstelsel het confessioneel geïnspireerde compromis tussen enerzijds een op socialistische leest geschoeide, breed toegankelijke staatszorg en anderzijds een liberale op eigen betaling gebaseerde gezondheidszorg. De financieringsvorm van de verzekering wordt gekoesterd als buffer tegen een al te opdringerige overheid, de sociale elementen hierin (Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) als buffer tegen een doorschietende individualisering en commercialisering van de zorg.
- De Nederlandse gezondheidszorg wordt grotendeels verleend door zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren en particuliere organisaties, die zich bij hun functioneren in belangrijke mate kunnen laten leiden door de eisen die de professie en de medische bedrijfsvoering stellen. In de gezondheidszorg bestaat traditioneel een grote mate van professionele autonomie, waar gaandeweg een vorm van organisationele autonomie is bijgekomen.

- De combinatie van de bovengenoemde karakteristieken leidt tot sterke onderlinge afhankelijkheden in de besturing van de gezondheidszorg. Of het nu gaat om de overheid, de aanbidders van zorg of de verzekeraars: men is op elkaar aangewezen om de eigen doelstellingen te verwezenlijken. Deze afhankelijkheden liggen ten grondslag aan het meest in het oog springende kenmerk van de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg: de intensieve betrokkenheid van particuliere organisaties bij de publieke beleidsvorming.

In deze constellatie, die in hoofdlijnen nog steeds bestaat, is de overheid voor de verwezenlijking van haar beleid afhankelijk van groepen beroepsbeoefenaren en van organisaties, die zich, hetzij vanwege hun professionele deskundigheid hetzij vanwege een eigen machtsbasis in de maatschappij, tot op zekere hoogte zelfstandig kunnen opstellen. Van de andere kant beschikken de zorgverzekeraars, de zorgverleners en de zorginstellingen dankzij de sociale ziektekostenverzekeringen en het voorwaardenscheppende kader van de overheid over een solide financiële basis, die hen echter wel afhankelijk van de overheid houdt. De besluitvorming in de gezondheidszorg komt vanwege die onderlinge afhankelijkheid in hoofdzaak tot stand door het voeren van overleg en het bereiken van consensus. In de nadagen van het traditionele corporatisme - voordat het huidige systeem van aanbodregulering tot stand kwam - bepaalde de bovenlaag van de koepelorganisaties het beleid in de gezondheidszorg in samenspraak met de sectorvertegenwoordigers van de confessionele partijen. In 1999 gebeurt dat via meerjarenovereenkomsten tussen de brancheorganisaties en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de ambtelijke nota's wordt dat bestuurlijke vernieuwing genoemd, maar dat zegt vooral iets over het beperkte lange termijn geheugen van de ambtenarij. Besturen in de gezondheidszorg is nog altijd besturen in overleg.

Een groot deel van de afgelopen vijftig jaar kreeg de betrokkenheid van particuliere organisaties in de publieke beleidsvorming gestalte in het zogenoemde maatschappelijk middenveld. Daaronder verstaan we het gebied tussen staat en burger, waar aanbidders, zorgverzekeraars, werkgevers, werknemers en andere particuliere organisaties in samenspraak met de overheid bezig zijn met de publieke zaak. Dat gebeurde in het formele verband van een wettelijk overleg-, advies- of uitvoeringsorgaan, maar even vaak ook daarbuiten. Particuliere organisaties speelden in dit systeem een opvallende maatschappelijke dubbelrol: enerzijds die van pressiegroep voor private belangenbehartiging naar de overheid, anderzijds die van publieke gezagsdrager, gericht op een publieke taakuitoefening naar de eigen achterban.

Deze maatschappelijke dubbelrol, uitgevoerd in allerlei vormen van overleg, advisering en medebewind, vervulde zowel vanuit het

gezichtspunt van de overheid als dat van de particuliere organisaties een aantal aantrekkelijke functies.

De overheid kon zich via het overleg en de advisering op een relatief goedkope manier een beeld verschaffen van de opvattingen, wensen en verwachtingen die leefden in het veld. Daarbij dwong het overleg de organisaties tot openheid ten opzichte van elkaar en de overheid. Tevens impliceerde overleg de bereidheid om standpunten en eigen belangen tegen een algemener belang af te wegen en tot een vergelijk te komen. Er was een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De overheid kon zich door de beleidsnetwerken laten voorzien van (nog) niet bij haar aanwezige kennis en expertise. Daarnaast kon de overheid via het overleg, advies en medebewind maatschappelijke steun voor haar beleid mobiliseren en daarmee het draagvlak en de legitimiteit van dat beleid vergroten. Tenslotte werd door het vervullen van publieke taken door anderen dan de overheid het overheidsapparaat ontlast. Voor de particuliere organisaties in de gezondheidszorg boden de publieke functies de mogelijkheid om zonder kostbaar lobbywerk en bewerkelijke overdrachtsmechanismen (transactiekosten) de overheid te informeren over het eigen werkveld. Dat werkveld werd op zijn beurt in een vroeg stadium geïnformeerd over de beleidsvoornemens van de overheid. Dit bood weer aanknopingspunten om het beleid beter op de specifieke problemen en omstandigheden van het werkveld te laten aansluiten en dat legitimeerde de particuliere organisaties op hun beurt weer naar hun achterban.

De hiervoor geschetste bestuursstructuur en -cultuur vormde de context waarbinnen de grote kwesties in de gezondheidszorg moesten worden aangepakt. Hoe ging dat in zijn werk?

3 Aanbodregulering en vraagsturing

In het beleidssysteem van de gezondheidszorg nemen de sociale ziektekostenverzekeringen een centrale plaats in. Zij kanaliseren, direct of - door hun voorbeeldfunctie - indirect, de vraag naar gezondheidszorg. Door een voorziening in het verstrekkingenpakket op te nemen, door de wijze waarop de verstrekking wordt geformuleerd en door de voorwaarden waaronder een verstrekking wordt verleend, kan de overheid invloed uitoefenen op de aard en de omvang van de vraag naar gezondheidszorg. Het is typerend voor de Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringen dat zij aanspraken in natura geven. In een naturaverzekering kan de verzekeraar niet volstaan met een vergoeding van gemaakte kosten, maar moet hij zelf instaan voor het verlenen van de verzekerde diensten. Hij sluit daarvoor overeenkomsten af met artsen en instellingen. De verzekerden kunnen vervolgens op kosten van de verzekeraar van de gecontracteerde diensten gebruik maken. Via deze 'medewerkers'-overeenkomsten kunnen verzekeraars en zorgverleners buiten hun verzekerden en patiënten om afspraken over de zorgverlening maken. In deze combinatie van aanspraken in natura en medewerkersovereenkomsten ligt de kiem van 'het systeem van aanbodregulering'. Daaronder verstaan we het geheel van regelingen waarmee de overheid invloed uitoefent op de toegang tot de gezondheidszorg, de kwaliteit van het aanbod en de kosten.

Het beleidssysteem van de gezondheidszorg is organisch gegroeid en draagt de sporen van de wisselende eisen die politiek en maatschappij eraan hebben gesteld (Kasdorp 1988). De periode van na de Tweede Wereldoorlog kan schematisch in vijf decaden worden onderverdeeld.

periode	doelstelling	instrumentarium
1950-1960	wederopbouw infrastructuur	overeenkomsten
1960-1970	financiële toegankelijkheid	verzekeringen
1970-1980	organisatie en samenhang	wetgeving
1980-1990	kostenbeheersing	financiële kaders
1990-2000	individugerichte kwaliteit	overeenkomsten

De jaren vijftig en zestig vormen de introductie voor de periode die in dit boek wordt beschreven. Het zijn de hoogtijdagen van het verzuilde particulier initiatief. De overheid stimuleert de gezondheidszorg en geeft vooral aan de uitbouw van voorzieningen op confessionele basis alle ruimte. Een politieke meerderheid van de confessionele partijen steunt het streven van de confessionele groeperingen naar maatschappelijke autonomie. Deze "zelfregulering" wordt verder nog in de hand gewerkt doordat de sociale verzekering het terrein van de gezondheidszorg een financieringsbron biedt, die omdat ze wordt beheerd door werkgevers- en werknemersorganisaties, buiten de directe invloed van de overheid blijft. Voor zover de overheid uit eigen

middelen bijdraagt aan de voorzieningen voor gezondheidszorg, bepaalt de bovenlaag van de verzuilde 'koepels' in overleg met de politieke top van het departement de prioriteiten bij de besteding van die middelen.

Na 1965 zet in snel tempo een proces van ontzuiling in. Het samenbindende element dat de verzuilde organisatiestructuur brengt in de besluitvorming ten aanzien van de gezondheidszorg, gaat tot op zekere hoogte verloren. De positie van het "particulier initiatief" ten opzichte van de overheid is in belangrijke mate ontleend aan de binding met de (confessionele) achterban. Wanneer die binding minder wordt, wordt de professionele identiteit het positiebepalend element. Wat de ziekenfondsen betreft zijn het vooral hun know how, hun in de wet geregelde positie als uitvoeringsorgaan van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en hun organisatorische bundeling in de Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars, die hen in die periode een eigen positie ten opzichte van de overheid geven. De overheid moet in deze periode vanwege de oplopende kosten van de gezondheidszorg een steviger greep op de besluitvorming verwerven. maar ziet zich tegelijkertijd geconfronteerd met een hecht georganiseerde professionele belangenbehartiging en een goed toegeruste en gebundelde uitvoeringsorganisatie. Dat conflicten zeldzaam zijn, is grotendeels te danken aan de economische groei. Daardoor wordt de inwilliging van veel eisen mogelijk zonder dat dit ten koste hoefde te gaan van de verlangens van anderen.

De jaren zeventig: organisatie en samenhang

Staatssecretaris Hendriks probeert met zijn Structuurnota 1974 in meer dan één opzicht orde op zaken te stellen. Hij wijst op de noodzaak van kostenbeheersing en van een geleide ontwikkeling van de gezondheidszorg. Hij formuleert een beleid dat er op is gericht de voorzieningen te ordenen en binnen regio's op elkaar af te stemmen in één samenhangend, gecoördineerd geheel. Hij stelt ook een andere besluitvormingsstructuur voor, met daarin een centrale positie voor de overheid (zowel rijk, provincie als gemeente). Deze voorstellen houden onder andere in het scheppen van een wettelijk kader voor besluitvorming ten aanzien van voorzieningen, de gehele gezondheidszorg omvattend, met een centrale positie van de overheid, gebaseerd op een planmatige aanpak, onder decentralisatie van planning en beleid.

In de Structuurnota zien we de contouren van het huidige systeem van aanbodregulering opdoemen: een volksverzekering tegen ziektekosten (aanspraken en financiering) die samen met een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (planning van het aanbod) en een Wet Tarieven Gezondheidszorg (beheersing van prijzen en tarieven) gaat fungeren als beleidsinstrumentarium in handen van de rijksoverheid. In overeenstemming met de tijdgeest is er een sterk geloof in de bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg. In

reactie op de 'zelfregulering' uit de voorgaande periode, die tot een veronderstelde wild- en scheefgroei van de voorzieningen heeft geleid, probeert de Structuurnota het veld van de gezondheidszorg op afstand te plaatsen, zowel op landelijk niveau als op regionaal niveau. In de conceptie van de Structuurnota stuurt het veld niet, maar wordt het gestuurd.

De Structuurnota zal ruim tien jaar richting geven aan het gezondheidszorgbeleid. Er komt een omvangrijke regionale samenwerking tot stand. Dat gebeurt voornamelijk op vrijwillige basis, maar ook dank zij stimulering door de overheid en de ziekenfondsen, die hun werkzaamheden op regionale leest gaan schoeien. Het wetgevingsprogramma verloopt echter trager, minder gecoördineerd en onvollediger dan de bedoeling is. De volksverzekering (Algemene Wet Ziektekostenverzekering) struikelt al in een vroeg stadium van voorbereiding. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg bereikt pas na veel complicaties het Staatsblad, komt nauwelijks tot uitvoering en wordt weer ingetrokken. In plaats daarvan wordt de werkingssfeer van de al bestaande Wet Ziekenhuisvoorzieningen uitgebreid en de uitvoering ervan gemoderniseerd. Alleen de Wet Tarieven Gezondheidszorg komt zonder veel kleerscheuren tot stand en krijgt grote praktische betekenis.

Zodoende resulteert een andere, en wellicht ook minder effectieve, besluitvormingsstructuur dan is beoogd. De positie van de centrale overheid is minder dominant dan in de Structuurnota wordt voorgesteld. Van een werkelijke decentralisatie naar de provincie en de gemeente is nauwelijks sprake. En hoewel de regio als ordeningskader voor de gezondheidszorg wordt geaccepteerd, blijft zij in bestuurlijk opzicht zwak. De ziekenfondsen worden echter door het regioconcept aangezet tot een intern herstructureringsproces, waardoor zich een patroon van krachtige regionaal georganiseerde ziekenfondsen ontwikkelt.

De tegenwind waarmee de uitvoerders van de Structuurnota te kampen hebben, komt uit verschillende richtingen. De volksverzekering wordt tegengehouden omdat het de tussen links en rechts bestaande godsvrede over de zorgverzekeringen bedreigt. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg heeft niet alleen haar eigen ambities tegen, maar valt ook stil door allerlei territoriumgevechten. Volksgezondheid gaat in de slag met Welzijn over de afstemming tussen de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Welzijnswet. De gemeenten en provincies vechten onderling om de macht in de regio's en ziekenfondsen zien de gemeenten en provincies als een bedreiging van hun eigen rol in de aanbodregulering. De Wet Tarieven Gezondheidszorg heeft het in het begin ook moeilijk, maar dat verandert als het veld een eigen plaats krijgt in de besluitvorming over de tarieven.

Ondanks alle tegenslagen wordt het onderliggende concept - een instrumenteel gebruik van de combinatie van verzekeringswetgeving, planningswetgeving en tarievenwetgeving - uiteindelijk wel gerealiseerd.

De jaren tachtig: kostenbeheersing

De jaren tachtig zitten als het ware klem tussen de Structuurnota en het rapport van de commissie Dekker uit 1987. Kostenbeheersing wordt in de jaren tachtig de centrale doelstelling van het beleid. Daaraan zijn debet: de afnemende betaalbaarheid van de gezondheidszorg, de slechte economische conjunctuur, maar vooral het striktere sociaal-economisch beleid van de regering. Kostenbeheersing is aanvankelijk een interne doelstelling van het gezondheidszorgbeleid, gericht op het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg. Medio jaren tachtig wordt de invloed van het sociaal-economisch beleid op de gezondheidszorg echter steeds sterker. Daardoor gaan externe doelstellingen, zoals het terugdringen van de collectieve lasten en het realiseren van bezuinigingen, de interne overheersen. Het instrumentarium voor de aanbodregulering komt in het begin van de jaren tachtig volledig beschikbaar. Precies op tijd om het beleid van kostenbeheersing krachtig aan te kunnen pakken.

Het toenemend belang dat aan kostenbeheersing wordt gehecht, komt tot uitdrukking in de opwaardering van het jaarlijkse financieel overzicht van de gezondheidszorg. Begonnen als inventarisatie van de uitgaven voor gezondheidszorg wordt het een taakstellend budget. Weliswaar heeft het financieel overzicht juridisch geen andere status dan die van een beleidsnota en bindt het formeel alleen de opstellers, maar de regering kan het door middel van de aanbodregulering een verplichtend karakter geven. In het financieel overzicht komt te staan hoe de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn wettelijke bevoegdheden in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de Wet Tarieven Gezondheidszorg, de Ziekenfondswet en de AWBZ gaat toepassen. In combinatie met het financieel overzicht wordt de aanbodregulering zo een werkzaam instrument voor kostenbeheersing, bezuinigingen en beheersing van de collectieve lastendruk. Dat blijft niet zonder gevolgen voor de andere beleidsdoelstellingen van de overheid. De verhouding tussen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten van de gezondheidszorg komt in het geding. Bezuinigingen leiden immers al gauw tot verlies van kwaliteit of toegankelijkheid, tenzij doelmatigheidswinst kan worden geboekt. Verder verandert ook de verhouding tussen de overheid en het maatschappelijk middenveld. De oude consensuscultuur van de veldorganisaties maakt plaats voor belangenbehartiging en strategisch gedrag ten opzichte van elkaar en de overheid. Er vormen zich nieuwe allianties, die sectoraal zijn georganiseerd. De verhoudingen worden zakelijker. Overheid en veld komen tegenover elkaar te staan. Hun relatie begint tekenen te vertonen van een vastlopend huwelijk, waarin de partners verzuuren en hun creativiteit gebruiken om elkaar te hinderen. Het veld gaat elk probleem op de stoep van de overheid leggen. De overheid trekt in reactie daarop steeds meer bevoegdheden naar zich toe, zonder die overigens adequaat te kunnen uitoefenen.

Dit speelt zich af tegen de achtergrond van een veranderend intellectueel klimaat, waarin afstand wordt genomen van de bestuurlijke opvattingen die ten grondslag liggen aan de Structuurnota. De verwachtingen die men heeft van de bruikbaarheid van planning voor verandering van de samenleving worden getemperd. Bestuurskundigen als Van Gunsteren leveren fundamentele kritiek op de pretentie dat de gezondheidszorg centraal beheerst en 'gestuurd' kan worden. Uit het Amerika van Reagan en het Engeland van Thatcher komt de harde wind van de markt, die ook in Nederland veel stof doet opwaaien.

Onder de vlag van deregulering komt in Nederland een discussie op gang over de omvang van de overheidstaak, de sturende rol van de overheid, de beperkingen van wetgeving als bestuurlijk instrument en de mogelijkheden om via marktwerking en vereenvoudiging van wetgeving nieuw elan in de samenleving te creëren. Ook aan de gezondheidszorg gaat die discussie niet voorbij (Kasdorp 1984).

Dat veranderende klimaat en de slechter wordende verhouding tussen de overheid en het veld van de gezondheidszorg kunnen verklaren waarom het rapport van de commissie Dekker in 1987 zo positief wordt ontvangen. De commissie zegt in zijn rapport dat de aanbodregulering voor te veel regels en bureaucratie zorgt, de gezondheidszorg niet doelmatig genoeg is en de zorgverlening onvoldoende beantwoordt aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking. De analyse van de commissie wordt breed onderschreven, evenals de door de commissie aanbevolen richting waarin het systeem van aanbodregulering moet worden aangepast: gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing. *Gereguleerde concurrentie* wil zeggen dat de individuele zorgaanbieder en de individuele zorgverzekeraar ruimte moeten krijgen voor ondernemend gedrag, binnen door de overheid gestelde kaders en randvoorwaarden.

Vraagsturing wil zeggen dat de gezondheidszorg moet worden georiënteerd op de behoeften en wensen van de patiënt. De commissie Dekker wil de zorgverzekeraar in het belang van de verzekerde met de zorgaanbieder laten onderhandelen.

Zorgvernieuwing wil zeggen dat er meer differentiatie moet komen in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden verleend. De verwachting is dat de zorg beter op de individuele behoeften en wensen van de patiënt kan worden afgestemd.

De jaren negentig: individugerichte kwaliteit

De voorstellen van de commissie worden in grote trekken overgenomen. Vanaf 1988 zien we een continue stroom activiteiten om deze voorstellen naar letter of geest in het beleidssysteem van de gezondheidszorg te incorporeren (RvZ 1998 (2)). Deze 'moderniseringsprocessen' vinden soms over een breed terrein plaats (het plan Simons), soms sectorgewijs (advies commissie Biesheuvel, modernisering geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging). Zij verlopen in een complex krachtenveld van interne en externe impulsen, waardoor de ontwikkelingen zich nu eens gestuurd, dan weer autonoom lijken te voltrekken. Dergelijke impulsen zijn: de dereguleringsdiscussie tijdens het eerste en het tweede kabinet - Lubbers: de stelselherziening tijdens het derde kabinet-Lubbers: het MDW-project (marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit) tijdens het eerste en het tweede paarse kabinet.

Drie hoofdstromen laten zich onderscheiden.

1. Modernisering van de aanbodregulering

De overheid neemt zelf de bevordering van zorgvernieuwing en vraagsturing ter hand. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport richt zich daarbij op de zorgverleners, de instellingen en de

patiënten. Het zoekt aansluiting bij de golf van vernieuwende activiteiten in de diverse zorgsectoren zelf. Het ministerie probeert belemmeringen uit de weg te ruimen, onder andere door experimenten toe te staan, maar ook door de wetgeving of de uitvoering daarvan te veranderen. Verder probeert het de positie van de patiënten te versterken door de patiëntenbeweging te steunen en individuele patiënten meer keuzemogelijkheden te bieden.

2. Concurrentie tussen verzekeraars

De overheid stimuleert concurrentie tussen verzekeraars. De bedoeling daarvan is dat de verzekeraars zich inspannen om verzekerden aan zich te binden door een gunstige combinatie te bieden van lage kosten, goede service en goede zorgverlening. Verzekeraars sluiten daarvoor contracten af met zorgaanbieders en maken daarin afspraken over de omvang, de kwaliteit en de organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten. Concurrentie wordt gestimuleerd door verzekeraars een genormeerde uitkering uit de premiegelden te geven, die aangevuld wordt door een nominale premie die de verzekeraar zelf vaststelt. Vraagsturing verloopt via de verzekeraars en zorgvernieuwing wordt door verzekeraars gestimuleerd.

3. Regionale samenwerking

De overheid koerst aan op een regionale ordening van het aanbod. Het is de bedoeling dat zorginstellingen en hulpverleners in de regio met elkaar samenwerken. Ook de regie wordt regionaal van opzet.

De zorgverzekeraar die marktleider in een regio is sluit samen met een vertegenwoordiger van de andere verzekeraars contracten af met de zorginstellingen en maakt daarin afspraken over de omvang, de kwaliteit en de organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten. Deze contracten passen in een landelijk en een regionaal beleidskader. Het landelijk kader wordt ingevuld door middel van zorgvisies, het regionale kader door regiovisies. Vraagsturing vindt plaats door patiënten inspraak te geven in de opstelling van de regiovisies, door hen meer keuzemogelijkheden te bieden en door zorgvernieuwing te richten op de behoeften van de patiënten.

Het verwarrende is dat deze stromen door elkaar lopen en dat nu eens de ene dan weer de andere wordt gevolgd. We kunnen zien dat de aanbodregulering de afgelopen tien jaar is gehandhaafd en in sommige opzichten zelfs is aangescherpt, terwijl tegelijkertijd in woord en daad stappen zijn gezet richting marktwerking. De verwarring ontstaat doordat gelijktijdig twee eisen aan het bestaande beleidssysteem van aanbodregulering worden gesteld, die elk tot andere beleidsimpulsen leiden. De behoefte aan een sterkere invloed van de patiënt op de zorgverlening vraagt om vraagsturing en marktwerking. De noodzaak van scherpe bewaking en beheersing van de collectieve uitgaven maakt

aanbodregulering noodzakelijk. Het resultaat is een spagaat, een 'problematische spanning' in het beleidssysteem. In de beleidsretoriek blijft sprake van gereguleerde marktwerking, maar in werkelijkheid bedoelt men een vereenvoudigde aanbodregulering. Ter wille van vraagsturing bevordert de overheid dat verzekeraars onderling concurreren en bedrijfsrisico lopen, terwijl de zorgregie vervolgens bij regionale verzekeraars wordt neergelegd. Zorgregie wordt als verantwoordelijkheid van verzekeraars gepositioneerd, terwijl er in feite sprake is van medebewind onder eindverantwoordelijkheid van het rijk. De zorgregie is niet gericht op de bevordering van concurrentie, maar op de bevordering van ondernemend handelen door zorgverleners. Het paarse kabinet maakt een bestuurlijk onderscheid tussen de verschillende delen van het verzekeringsstelsel. De zorgvoorzieningen van het eerste compartiment (AVMZ) worden bestuurd via aanbodregulering en die van het tweede compartiment (ziekenfondsverzekering en maatschappijpolissen) via gereguleerde concurrentie. In feite gaat het om twee varianten van aanbodregulering.

In vergelijking met 1987 is op het vlak van doelmatigheid en klantgerichtheid veel verbeterd. Toch is er nog geen goed evenwicht gevonden. Dat is te merken aan een aantal hardnekkige en ernstige tekortkomingen in de uitkomsten van het beleid. We wijzen op de volgende problemen:

Wachlijsten en verschraling van zorg. De gezondheidszorg wordt collectief gefinancierd, omdat de overheid door de maatschappij verantwoordelijk wordt gehouden voor de toegang tot de zorg. Als de overheid de toegang tot de zorg niet of onvoldoende kan garanderen, tast dat de legitimiteit van het overheidsbeleid aan.

Ondoelmatige organisatie en uitvoering van zorg. De krap bemeten geldstromen van de gezondheidszorg stromen alleen door de kanalen en sluizen van de aan elkaar gekoppelde wetten van de aanbodregulering (Ziekenfondswet, AWBZ, Wet Ziekenhuisvoorzieningen en Wet Tarieven Gezondheidszorg).

Doelmatige zorgarrangementen van goede kwaliteit die zich niet naar de loop van het stelsel voegen, krijgen geen, weinig of slechts tijdelijk financiering. Dit systeem dempt dynamiek en innovatie, een ingebakken ondoelmatigheid die wordt in standgehouden om een strikte budgetdiscipline te kunnen handhaven.

Zwakke positie van de patiënt. Vraagsturing houdt in dat de zorgverleners en de andere partijen worden gericht op de behoeften van de patiënt. Kostenbeheersing leidt er echter toe dat de keuzemogelijkheden van patiënten worden beperkt, de zorginstellingen aanspreekpunt in het beleid blijven en dat beleidsbeslissingen worden genomen op centraal of regionaal niveau.

Het regeerakkoord van het tweede paarse kabinet koerste aan op een verdere decentralisatie van de besluitvorming en op vereenvoudiging van de aanbodregulering. De paarse partijen spraken zich in het regeerakkoord uit voor: het behoud van de integrale budgetverantwoordelijkheid van het rijk voor de uitgaven voor de gezondheidszorg; handhaving van het duale verzekeringsstelsel; meer vraaggerichtheid van het stelsel: meer beleidsruimte voor zorginstellingen en verzekeraars (maatschappelijk ondernemerschap); meewarige afspraken tussen veld en overheid over de besteding van (extra) collectieve middelen.

De paarse partijen kozen duidelijk niet voor 'echte' marktwerking in de gezondheidszorg. Immers de overheid blijft verantwoordelijk voor de uitgaven. Alle uitgaven in het eerste en tweede compartiment, ook de particuliere, blijven in de publieke sfeer en de besluitvorming over de besteding van de middelen vindt plaats in overleg met het rijk. Vraag en aanbod kunnen derhalve niet zelf hun evenwicht zoeken.

Het tweede paarse kabinet zocht een balans tussen marktconforme elementen en aanbodregulering nieuwe stijl, tussen vraagsturing en kostenbeheersing en tussen de autonomie van het individu en zijn afhankelijkheid van de gemeenschap. Overheid en veld maakten op landelijk niveau meerjarenafspraken. Deze zouden regionaal door de veldpartijen worden vertaald tot niet-vrijblijvende regiovisies. Deze aanpak kon op twee manieren worden uitgewerkt: langs de lijn van maatschappelijk ondernemerschap of via die van aanbodregulering.

Bij de modernisering van de AWBZ werd de tweede benadering (aanbodregulering) gevolgd. Er is sprake van één zorgkantoor en een sterk toegenomen concentratie van zorgaanbieders, soms zelfs leidend tot regionale monopolies (zoals in de geestelijke gezondheidszorg). Het zorgkantoor maakt met de zorgaanbieders in de regio bindende afspraken over hun bijdrage aan de realisatie van de doelstellingen zoals die in de sectorale meerjarenafspraken zijn vastgelegd. Het zorgkantoor loopt financieel geen risico. Het accent ligt op samenwerking, niet op concurrentie. Het is allerminst denkbeeldig dat vraagsturing een vrome wens blijft. De besluitvormingsstructuur werkt in de hand dat de overheid, de zorgaanbieders en het zorgkantoor de 'juiste' keuzen voor hun patiënten gaan maken. De bureaucratistische wijze van indicatiestelling versterkt de kans daarop nog. Uitbreiding van het instituut van persoonsgebonden budgetten en verruiming van de bestedingsmogelijkheden ervan lijkt bijna de enige mogelijkheid om daar wat tegen te doen.

Welke benadering uiteindelijk voor het tweede compartiment wordt gevolgd is nog niet duidelijk. Er is nog steeds geen heldere beslissing genomen over de beleidsruimte waarover verzekeraars kunnen beschikken om het financiële risico te dragen dat hen is toegedacht. Zonder beleidsruimte geen maatschappelijk ondernemerschap. Dan

kan de verzekeraar beter de rol van uitvoerder op zich nemen en geen risico lopen. Of er vraagsturing komt in het tweede compartiment? In de sfeer van de collectieve contracten lijkt dat zeker mogelijk. Het valt echter te bezien of individuele verzekerden werkelijk een vuist kunnen maken tegen hun verzekeraar. Het is dan in ieder geval nodig dat verzekerden meer mogelijkheden krijgen om van verzekeraar te wisselen. Dit laatste geldt in het bijzonder voor particulier verzekerden en voor bejaarden. De laatsten zijn, ook wanneer zij op grond van de ZFW verzekerd zijn, voor een steeds belangrijker deel afhankelijk van hetgeen in de aanvullende verzekeringen wordt geregeld.

4 De zorgverzekeringen

In deze eeuw is het maar twee keer gelukt ingrijpende wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen aan te brengen, afgezien van een kleine stelselwijziging in 1986. Eenmaal toen onder druk van de Duitse bezetter het Ziekenfondsenbesluit tot stand kwam. De tweede maal in de periode van de naoorlogse welvaartsontwikkeling, toen minister Veldkamp de AWBZ introduceerde (1968). Het verzekeringsstelsel zoals we dat nu kennen, is dus in hoofdzaak voor 1970 tot stand gekomen. Strikt genomen valt die periode buiten de scope van dit boek. Toch heeft het zin even op die oude geschiedenis in te gaan. Niet alleen om te laten zien dat veranderingen in het stelsel vroeger al even moeizaam verliepen als nu - er is dus niets nieuws onder de zon maar ook omdat de problemen niet wezenlijk verschilden van die van nu. Elke stap in de ontwikkeling kostte veel politieke en maatschappelijke strijd. Niet alleen vanwege ideologische verschillen, maar ook vanwege de vele en uiteenlopende belangen die in het geding waren: die van de patiënten en verzekerden, van de verzekeraars, van de zorginstellingen en de beroepsbeoefenaren en - in toenemende mate - ook die van de overheid en de politiek.

De voorgeschiedenis

In 1925 kwamen de belangrijkste participanten op het gebied van de ziektekostenverzekeringen bij elkaar in een "Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het ziekenfondswezen in ons land" (NRV 1984). Deze "Unificatiecommissie" werd het eens over een aantal belangrijke uitgangspunten, die de structuur van de ziekenfondsverzekering lange tijd zouden bepalen. We noemen er een paar: verplichte toetreding van alle werknemers en hun gezinsleden onder een bepaalde loongrens, vrije toetreding als ziekenfondsmedewerker van artsen en andere beroepsbeoefenaren, vrije artsenkeuze van de verzekerden en toegang tot specialisten op verwijzing van de huisarts. De uitkomst van het overleg in de Unificatiecommissie werd door de achterbannen van de leden niet aanvaard. Toen echter onder druk van de Duitse bezettingsmacht toch een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen werd ingevoerd, bleek deze grotendeels gebaseerd te zijn op de denkbeelden van de Unificatiecommissie. Het Ziekenfondsenbesluit van 1941 voerde voor het eerst een verplichte verzekering in voor alle werknemers beneden een bepaalde loongrens. De verstrekkingen werden uniform geregeld en op een hoger peil gebracht. De premie werd naar draagkracht geheven en de werkgever betaalde de helft van de premie. Er bleef een vrijwillige ziekenfondsverzekering bestaan voor anderen dan werknemers met een inkomen beneden het niveau van de loongrens.

Toen reeds was men bezorgd om de toekomst van de vrijwillige verzekering. Men zag in dat de kostenstijging in de gezondheidszorg

veel zwaarder zou drukken op de vrijwillig verzekerde dan op de verplicht verzekerde. Immers, de verplicht verzekerde betaalde alleen een percentage van zijn loon (de helft daarvan werd overigens door de werkgever gedragen), maar de vrijwillig verzekerde betaalde, ongeacht zijn inkomen, een nominaal bedrag. Stijgende premies betekenden daardoor vooral een zware last voor de vrijwillig verzekerden met de laagste inkomens. Daar kwam bij dat naar de verplichte verzekering voornamelijk goede risico's overgingen, mensen die gezond waren en daardoor relatief weinig kosten meebrachten, hoewel uiteraard onder de medeverzekerden slechte risico's konden voorkomen. Mensen die door een slechte gezondheidstoestand of door een gevorderde leeftijd uit het arbeidsproces verdwenen, waren aangewezen op de vrijwillige verzekering. Tussen 1947 en 1950 was dit de reden waarom de verplichte verzekering via het Vereveningsfonds de vrijwillige verzekering subsidieerde. In 1951 werd een andere weg ingeslagen. Een aantal van de groepen die aangewezen waren op de vrijwillige verzekering werden toen onder de werking van de verplichte verzekering gebracht. Dat betrof met name de bejaarden met uitkeringen ingevolge de Noodwet Ouderdomsvoorziening en degenen die uitkeringen ontvingen ingevolge de Invaliditeitswet of een van de ongevallenwetten.

Als gevolg van de vervanging van de Noodwet Ouderdomsvoorziening door de Algemene Ouderdomswet werd met ingang van 1957 naast de verplichte en vrijwillige nog een derde ziekenfondsverzekering ingevoerd, de zogenaamde bejaardenverzekering. Bejaarden met een inkomen beneden een lage inkomensgrens (voornamelijk bejaarden met alleen een AOW-pensioen) konden zich tegen een sterk gereduceerde premie verzekeren voor hetzelfde verstrekkingspakket als dat van de verplichte verzekering. Bejaarden met een inkomen boven deze grens maar onder dat van de vrijwillige verzekering, bleven aangewezen op hetzij de vrijwillige verzekering, hetzij op de particuliere ziektekostenverzekeringen.

De invoering van de Ziekenfondswet in 1966 en de jaren daarna bracht weinig nieuws. Nieuw was onder meer het recht van toetreding tot de vrijwillige verzekering zonder selectiebepalingen en het invoeren van beperkingen ten aanzien van het oprichten van eigen instellingen van de ziekenfondsen. Verder bracht de Ziekenfondswet vooral een consolidatie en unificatie van wat historisch was gegroeid. Veel verder ging het voorstel van Minister Veldkamp uit 1966 om de drie ziekenfondsverzekeringen te vervangen door één verplichte ziekenfondsverzekering voor alle ingezetenen met een inkomen beneden een bepaalde grens. Het ontwerp haalde het niet.

Het liep beter met zijn voorstel om een verplichte volksverzekering in te voeren tegen zware geneeskundige risico's. Volgens de Memorie van Toelichting bedoelde men daarmee 'de zeer zware lasten die uit hoofde

van ernstige, langdurige ziekten en gebreken op iedereen kunnen komen te drukken en die door bijna niemand zonder bijstand van de overheid of van derden kunnen worden gedragen'. Daarbij werd in het bijzonder gedacht aan gehandicapten met ernstige aangeboren gebreken van lichamelijke of geestelijke aard, en aan geesteszieken die langdurig werden verpleegd en verzorgd. Dit voorstel werd gerealiseerd in de vorm van de AWBZ, die in 1968 in werking trad. Het oorspronkelijke voorstel van Minister Veldkamp werd in de loop van zijn behandeling bijgesteld omdat men van oordeel was dat de nieuwe regeling nauw moest aansluiten bij de Ziekenfondswet en omdat men vond dat niet het geneeskundig risico (invaliditeit bijvoorbeeld) maar de kosten van het gebruik van voorzieningen het te verzekeren object zouden moeten zijn. Met het oog daarop ging de wet 'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' heten (RVZ 1997).

De volksverzekering van Hendriks

Na de mislukte poging van Veldkamp om de ziekenfondsverzekering te vervangen door een beperkte volksverzekering, bleef het stelsel van ziektekostenverzekeringen in discussie. Redenen waren onder meer de verbrokkelde solidariteit in het stelsel, de ongelijke behandeling van verzekerden (bent u ziekenfondspatiënt of particulier?), de ongelijke ontwikkelingskansen van zorgsectoren, het tekort aan sturingsinstrumenten en de stijgende kosten. De meningen over de relatieve ernst van deze problemen en vooral die over de aanpak ervan liepen danig uiteen. Dat bleek uit de advisering van de Sociaal Economische Raad (SER), die in 1973 met een verdeeld advies over het verzekeringsstelsel kwam (NRV 1984). De tegenstellingen binnen de SER liepen langs de nog steeds herkenbare scheidslijnen van sociaal en liberaal, overheid en markt. Vanuit het huidige perspectief valt het op dat de voorstanders van overheidssturing dachten in termen van groei en ontwikkelingskansen voor de zorg, niet in termen van kosten en beheersing.

Een meerderheid van de SER, waaronder de organisaties van werknemers en van het midden- en kleinbedrijf, was voor een verplichte volksverzekering met een premie naar draagkracht. Daarbij koos men met het oog op de herstructurering van de gezondheidszorg uitdrukkelijk voor een uniform verzekeringsstelsel. Argumenten daarvoor waren:

in een pluriform verzekeringsstelsel zijn financiële overwegingen medebepalend bij de keuze voor een voorziening: dat zou niet zo moeten zijn;

de AWBZ heeft aangetoond dat een uniform verzekeringsstelsel een gunstige invloed heeft op de totstandkoming van noodzakelijke voorzieningen;

een uniform verzekeringsstelsel biedt de mogelijkheid om de financiering te hanteren als een voor het gehele volk geldend beleidsinstrument voor een doelmatig gebruik van de middelen;

het verzekeringsstelsel kan via de verzekeringsvoorwaarden en overeenkomsten met de medewerkers en de medewerkende instellingen de doelmatigheid van het gebruik van de voorzieningen sterk beïnvloeden.

Een minderheid in de SER, waaronder de werkgeversorganisaties, steunde een ander voorstel, neergelegd in de zogenaamde "Blauwdruk". Het voorstel omvatte zeven onderdelen:

1. een recht op verzekering in plaats van een verzekeringsplicht;
2. toepassing van het restitutiestelsel;
3. toepassing van het equivalentiebeginsel naast het solidariteitsbeginsel, tot uitdrukking komend in een (verplicht) procentueel premiegedeelte naast een nominaal premiegedeelte;
4. een eigen risico in die gevallen, waarin aantoonbaar sprake is van verspilling;
5. een centrale kas, waaruit onder andere de AWBZ-verstrekingen, een premiereductieregeling en een basistoelage per verzekerde aan de verzekeraar zou worden betaald;
6. een wettelijk basispakket aan verstrekkingen met nagenoeg dezelfde omvang als het pakket van de Ziekenfondswet en de AWBZ; invoering in fasen.

Het kabinet Den Uyl volgde de meerderheid van de SER en probeerde op basis van diens voorstellen een volksverzekering tegen ziektekosten tot stand te brengen. Al tijdens de voorbereiding bleken de tegenstellingen, die onder andere dwars door de verzekeringswereld liepen, moeilijk te overbruggen. Het kwam uiteindelijk niet eens tot een indiening van een wetsontwerp. Minister Duisenberg van Financiën had juist een norm voor de groei van de collectieve lasten vastgesteld en voorzag dat die norm zou worden overschreden als er een volksverzekering tegen ziektekosten zou komen. Verder werd er geen oplossing gevonden voor de inkomensverschuivingen die zouden optreden bij de invoering van een uniform premiesysteem. Men was bang dat vooral de kleine zelfstandigen en boeren de dupe zouden worden.

De kleine stelselwijziging van Van der Reijden

De volksverzekering van Hendriks ging niet door. De problemen bleven. Hoe nu verder? De eerste jaren na het echech van Hendriks had iedereen zijn bekomst van stelselwijzigingen. Het departement van Volksgezondheid schreef dat een fundamentele herziening van het stelsel jaren van voorbereiding zou vergen. De Ziekenfondsraad kwam in 1981 met een rapport over een beperkte volksverzekering, waar niets mee gedaan werd. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid legde in 1982 een voorstel voor een basisverzekering op tafel, een volksverzekering met een beperkt pakket aan noodzakelijke en niet uit eigen zak te betalen voorzieningen. Ook dat voorstel bleef liggen, maar sommige ideeën eruit schoten wortel (WRR 1982). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid gebruikte voor het eerst de term 'basispakket' en stelde voor naast een procentuele ook een nominale premie in te voeren. Die nominale premie zou concurrentie in de uitvoering van de basisverzekering stimuleren, iets waar de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid voorstander van was. De verzekerden zouden tegen risicoselectie moeten worden beschermd door de verzekeraars bij wet een acceptatieplicht op te leggen en een verbod op differentiatie van de nominale premie.

Er kwam weer enige beweging na de regeringsverklaring van 22 november 1982. Daarin zei het eerste kabinet Lubbers dat de tijd lijf was voor 'herijking' van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Directe aanleiding was de slechte financiële situatie van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering. De nadelige gevolgen voor de betrokkenen werden enige tijd opgevangen door de rijksbijdrage te verhogen. Maar dat werd in het begin van de jaren tachtig een probleem. Het eerste kabinet Lubbers was vast van plan om de voortdurende stijging van de collectieve lastendruk af te remmen en zo mogelijk om te buigen. Het kabinet stelde voor de problemen met beide verzekeringen op het bord van de particuliere verzekeringen te leggen. De vrijwillige

ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering zouden worden opgeheven en een groot deel van de verzekerden zou naar de particuliere verzekering worden overgeheveld. Het kabinet zag wel in dat er meer problemen met het stelsel waren die om een oplossing vroegen, - de onevenwichtige lastenverdeling, de verbrokkeling van het stelsel, - maar schoof die voorlopig voor zich uit.

Van der Reijden had zelf een plan voor een drietrapsraket bedacht (Van der Reijden 1987). Die zag er als volgt uit: de eerste trap een volksverzekering voor onverzekerbare risico's met een premie naar draagkracht, de tweede trap een verzekeringsplicht voor noodzakelijke voorzieningen met een premie die per verzekeringsinstelling voor iedereen gelijk is en een eigen risico, een derde trap met aanvullende verzekeringen. De Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de SER kregen het verzoek om te adviseren over de toekomstige structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De drietrapsraket werd als bijlage aan de adviesaanvraag toegevoegd en werd gekenschetst als 'schets van enkele uitgangspunten en hoofdlijnen' en 'niet volledig en evenmin definitief'. De Nationale Raad, waar Hendriks voorzitter was geworden, hield een pleidooi voor een fasegewijze groei in de richting van een volksverzekering en was van mening dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering tot zo lang moest worden gehandhaafd. De Ziekenfondsraad formuleerde een aantal voorwaarden die, als daaraan voldaan werd, handhaving van de vrijwillige verzekering mogelijk zou maken. De SER bracht geen advies uit.

Het kabinet legde de adviezen naast zich neer en diende een wetsvoorstel in om zijn eerder aangekondigde plan met de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ), die op 1 april 1986 in werking trad. De bejaardenziekenfondsverzekerden werden in de verplichte ziekenfondsverzekering opgenomen evenals uitkeringsgerechtigden met een uitkering onder de loongrens van het ziekenfonds. Verder zouden de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekeringen voor hun 'eigen' bejaarden gaan zorgen. In de plaats van beide ziekenfondsverzekeringen kwamen een paar publieke regelingen in het kader van de particuliere ziektekostenverzekeringen. De WTZ voorzag in een standaardpolis en een standaardpakketpolis. De standaardpolis was vergelijkbaar met de ziekenfondsverzekering en moest tegen een lage premie aan iedere ex-vrijwillig verzekerde worden aangeboden. De standaardpakketpolis had vrijwel hetzelfde pakket als de ziekenfondsverzekering en was bestemd voor iedereen die wegens overschrijding van de loongrens of om een andere reden de ziekenfondsverzekering moest verlaten. De wetten met de exotische afkortingen ILPZ en MOOZ regelden een vereveningsregeling voor de particuliere sector en een bijdrage van particulier verzekerden aan de extra kosten voor bejaarden in de

verplichte ziekenfondsverzekering. Het resultaat van de ingewikkelde operatie was dat de collectieve lastendruk met ongeveer 1 miljard afnam (Nuijens 1993).

De ziekenfondsen verzetten zich overigens heftig tegen wat zij zagen als ondermijning van hun draagvlak, maar de particuliere verzekeraars gingen akkoord met de nieuwe regelingen. In de beide Kamers van het parlement was de opheffing van deze ziekenfondsverzekeringen (de bejaardenverzekering en de vrijwillige verzekering) een gelopen race. Het ging er daar vooral om de belangen van allerlei categorieën verzekerden goed te behartigen. Uiteindelijk sponnen de particuliere verzekeraars garen bij de kleine stelselwijziging. In de jaren na 1989 nam de standaardpakketpolis een grote vlucht. Geleidelijk werden via een aantal wijzigingen in de WTZ vrijwel alle ouderen en ook anderen die niet voor de reguliere polissen van de particuliere verzekeraars in aanmerking kwamen, via de standaardpakketpolis verzekerd. Voor de particuliere verzekeraars was dat aantrekkelijk, omdat de WTZ de mogelijkheid bood verliesgevende polissen onder te brengen in een omslagregeling, waarbij de verliezen verplicht werden gedragen door alle particulier verzekerden.

Het plan Simons

Het rapport van de commissie Dekker uit 1987 vormde de opmaat voor het plan Simons (Dekker 1987). De commissie Dekker was van mening dat alleen in een werkelijk vernieuwd verzekeringsstelsel alle wezenlijke elementen waaraan het stelsel zou moeten voldoen, op een evenwichtige wijze hun plaats konden krijgen: doelmatigheid, solidariteit, flexibiliteit, keuzevrijheid en rechtvaardigheid.

Kernpunt van het voorstel van de commissie Dekker was een basisverzekering voor de gehele bevolking. Die verzekering zou ongeveer 85% van de kosten van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dekken. De resterende 15% moest iedereen aanvullend verzekeren. De commissie pleitte voor eigen bijdragen en eigen risico's, omdat zij de verzekerden wilde confronteren met de kosten van de verstrekkingen. De verzekerde ging voor de basisverzekering zowel een premie naar draagkracht als een nominale premie betalen. In het nominale premiegedeelte konden doelmatigheid en concurrentie tot uitdrukking komen. De commissie was van mening dat de inkomensgevolgen van het gehele systeem beperkt konden blijven als het nieuwe verzekeringsstelsel stapsgewijs werd ingevoerd. Volgens de commissie kon het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars vervallen. Alle verzekeraars zouden de basisverzekering in concurrentie gaan uitvoeren en zich moeten houden aan wettelijke bepalingen over pakket, premie en acceptatieplicht. De commissie wilde de rol van de overheid beperken tot het vaststellen van het verstrekkingenpakket en van de procentuele premie. Dit laatste vond de commissie nodig vanwege de relatie met de inkomenspolitiek en omdat de overheid de kosten moest kunnen beheersen.

De eerste reactie van het kabinet, waarin staatssecretaris Dees de portefeuille Volksgezondheid beheerde, liet maar een geringe bereidheid tot verandering zien (Willems 1994). Het kabinet was onzeker over de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg en vreesde negatieve effecten op de inkomensontwikkeling en de marginale lastendruk. Daarom wilde het kabinet nagaan of de ideeën van de commissie Dekker niet op een andere wijze dan door middel van een basisverzekering konden worden gerealiseerd. In 1987 dacht het kabinet nog geruime tijd aan het behoud van de scheiding tussen de particuliere markt en de ziekenfondsverzekering. De Tweede Kamer moest er via de motie Lansink c.s. (1987) aan te pas komen om opnieuw vaart in de zaak te krijgen. In de nota 'Verandering Verzekerd' nam het kabinet het idee van de basisverzekering over. Gekozen werd voor een geleidelijk overheveling van verstrekkingen naar de AWBZ, die daardoor de drager van het veranderingsproces zou worden.

Volgens de parlementaire commissie Willems, die later zou beoordelen waarom het met de stelselwijziging fout was gegaan, werd ondanks alle lippendienst aan het rapport van de commissie Dekker al in 1988 kritiek zichtbaar op de lijn van het kabinet. In de Tweede Kamer reageerde de PvdA afwijzend, maar ook de VVD twijfelde. De Kamer nam via een amendement van CDA en VVD de ruimte om later op de dragerfunctie van de AVMZ te kunnen terugkomen. De VVD verkeerde intussen op gespannen voet met de eigen bewindsman Dees.

In 1989 trad het derde kabinet Lubbers aan. Het regeerakkoord van CDA en PvdA liet ruimte voor voortzetting van de lijn Dekker-Dees. De nieuwe staatssecretaris Simons (PvdA) nam de fakkel over, maar wijzigde de plannen op een belangrijk punt (Willems 1994). In plaats van op een verzekering met een basispakket koerste hij aan op een verzekering met een breed pakket. Die verzekering bleef hij een basisverzekering noemen, maar in de ogen van anderen ging hij op een alomvattende volksverzekering af. Vanaf mei 1990 sprak iedereen over het Plan Simons. De PvdA veranderde in een voorstander, de VVD werd tegenstander. Het CDA volgde een kritische koers. Buiten de Kamer waren de meningen over het Plan Simons verdeeld. De werknemers waren voor, de werkgevers fel tegen. Hun stem kreeg extra gewicht toen Simons een publiek debat over zijn plan op punten van VNO-voorzitter Rinnooy Kan verloor.

Simons kreeg in 1992 een forse tegenslag te verwerken toen de geneesmiddelen naar de AVMZ werden overgeheveld. De particuliere ziektekostenverzekeraars verhoogden hun premies, terwijl iedereen een verlaging verwachtte. De oorzaak lag ten dele bij andere overheidsmaatregelen, maar de schade was een feit en kwam tot uitdrukking in een verslechterd psychologisch klimaat. Het beeld zette zich vast dat het netto besteedbaar inkomen door de stelselwijziging zou verminderen.

In 1993 liep de stelselwijziging vast. Het werd duidelijk dat allerlei elementen van het nieuwe systeem pas konden worden ingevoerd, wanneer aan een aantal voorwaarden zou zijn voldaan om het goed te kunnen laten functioneren. Het belangrijkste punt voor de verzekeraars was dat zij geen financieel risico wilden lopen zonder over de daarbij horende beleidsvrijheid te beschikken. Die kregen ze niet, omdat het kabinet de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg nodig had om de kosten van de gezondheidszorg in bedwang te houden. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg konden niet worden vereenvoudigd of afgeschaft, zolang een aantal vraagstukken nog niet was opgelost. Het ging om een aantal complexe zaken, zoals de invoering van een werkbaar overeenkomstenstelsel, de ontwikkeling van een systeem van productdefinities en kostprijzen, de opzet van een systeem van normuitkeringen, een regeling voor de financiering van kapitaallasten, de uitwerking van functionele omschrijvingen van aanspraken, een regeling voor de indicatiestelling en verbetering van de informatievoorziening. Die problemen leken niet onoplosbaar, maar de oplossing ervan vroeg wel veel tijd. Meer tijd dan waarover Simons beschikte (NRV 1993).

Een commissie onder voorzitterschap van Bruins Slot analyseerde in 1993 de knelpunten en stelde vervolgens een eigen plan voor, dat verdeeld werd ontvangen. Een commissie onder Witteveen gaf een

negatief oordeel over de gevolgen van het Plan Simons voor de collectieve lastendruk. Daarna ging het kabinet naar alternatieven zoeken. In 1994 stapte Simons uit het kabinet om lijsttrekker voor de PvdA in Rotterdam te worden.

Waarom het misliep

De parlementaire commissie Willems, die de lotgevallen van het plan Simons onderzocht voert verschillende redenen voor de mislukking aan. Een eerste reden was de verbreding van de discussie, waardoor de stelselwijziging onderdeel werd van een politiek ideologisch geladen debat over de grenzen tussen de staat en de markt. Vervolgens ging deze discussie ook nog eens interfereren met parallel lopende debatten over onder andere het financieringstekort, de collectieve lastendruk, de kerntaken van de overheid en de positie van adviesorganen. Bovendien nam de invoering zo veel tijd in beslag, dat het proces te lijden kreeg van wisselingen van de wacht, niet alleen politiek, maar ook maatschappelijk. Partijen veranderden in de loop van de tijd van mening. Tenslotte ruste op de herziening de zware hypotheek dat de bestaande inkomensverhoudingen er niet door mochten wijzigen en dat de collectieve lastendruk niet mocht toenemen. Dat maakte deze stelselwijziging, vrijwel onmogelijk (Commissie Willems 1994).

Op de achtergrond speelden echter nog andere, bestuurlijke factoren een rol: het ontbreken van een dwingende noodzaak om het stelsel radicaal te veranderen en van de bestuurlijke voorwaarden om dergelijke radicale veranderingen door te voeren. Hoewel er altijd nog veel te wensen was, heeft het Nederlandse bestel, afgemeten aan de gebruikelijke internationale maatstaven, zoals de toestand van de volksgezondheid, de toegankelijkheid van de zorg, de algemene kwaliteit van de voorzieningen en de macro kostenbeheersing uitstekend gepresteerd. Deze resultaten werden behaald zonder eenheid in het bestuur, de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Kan deze verscheidenheid op zichzelf dus niet zonder meer als een tekortkoming van het bestel worden afgeschilderd, de hieraan ten grondslag liggende bestuursstructuur en -cultuur blijkt bovendien ook nog een, sociologisch gezien, essentiële functie te vervullen voorzover het gaat om min of meer ingrijpende veranderingen in de gegroeide verhoudingen. Een functie die kan worden omschreven als het onschadelijk maken van orderingsontwerpen, die niet door de partners in de gezondheidszorg (overheid, organisaties van aanbidders, zorgverzekeraars, werkgevers, werknemers) worden gedragen. Deze functie stamt uit de tijd, dat in de verzuilde samenleving controversiële kwesties en inhoudelijke tegenstellingen tussen de verschillende levensbeschouwelijke groeperingen overbrugd moesten worden. Dat overbruggen van tegenstellingen gebeurde in de relatieve beslotenheid van het contact tussen de toppen van de verschillende maatschappelijke groeperingen. In dat contact werd door overleg, onderhandeling en ruil tot afspraken gekomen (Lijphart 1968/1979).

Maar ook nadat, vanaf het midden van de jaren zestig de oorspronkelijke reden van deze pacificatiedemocratie - het kanaliseren van de levensbeschouwelijke tegenstellingen - haar geldigheid begon te verliezen, is deze functie niet verdwenen. Het aangrijpingspunt is alleen verbreed naar alle ideologisch en logisch gefundeerde hervormingsvoorstellen. Dat wil zeggen, dat hoe overtuigend de doelrationaliteit van een ordeningsontwerp ook mag zijn, de bestuurlijke condities een algehele invoering daarvan de facto onmogelijk maken. De gezondheidszorg wordt hierdoor als het ware beschermd tegen een exclusieve toepassing van één ordeningsontwerp, welk dan ook. Zo garandeert de bestuursstructuur en -cultuur tot op grote hoogte een evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg en de organisatie en de financiering daarvan.

Deze evolutionaire ontwikkeling leidt onvermijdelijk tot tekortkomingen in de samenhang en doelmatigheid van de zorg. De reactie hierop past vervolgens ook weer in het bestuurlijke patroon. De vele bestuurlijk betrokkenen bij de Nederlandse gezondheidszorg (politici, bestuurders, managers, brancheorganisaties en anderen) worden door deze tekortkomingen in het systeem doorlopend geprikkeld om steeds weer opnieuw te zoeken naar een zodanige ordening van de gezondheidszorg, dat wordt voldaan aan hoge eisen van doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het resultaat is een constant heen en weer bewegen tussen enerzijds een dringende behoefte aan ingrijpende hervormingen en een hierop gericht overheidsbeleid en anderzijds een meer of minder bewust besef van de praktische onmogelijkheid om hier op afdoende wijze vorm aan te geven. De spanning hiertussen loopt regelmatig op, maar die kan in de gegeven bestuurlijke omstandigheden niet anders worden opgelost dan door ontladingen in een "pseudo-beleid": er wordt dan vooral overlegd, geadviseerd en gedebatteerd over de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg, met een inzet en hartstocht die omgekeerd evenredig lijkt aan het directe effect. Er treden echter wel degelijk effecten op, maar die zijn het gevolg van indirecter werkende processen van de articulatie van ideeën (bijvoorbeeld over de betekenis van marktwerking of ondernemerschap in de zorg), de anticipatie hierop in allerlei deelbeslissingen van overheid en particuliere organisaties en de absorptie van deze ideeën en beslissingen in het geheel van krachten dat op de vormgeving van de gezondheidszorg van invloed is (Van der Grinten 1987).

Geen plannen, wel veranderingen

Het eerste paarse kabinet dat in 1994 aantrad, maakte een einde aan de stelselwijzigingspogingen. De overheveling van verstrekkingen naar de AWBZ werd per 1 januari 1996 weer teruggedraaid. Maar niet alles keerde terug naar het oude. Dat bleek onder andere uit de terminologie waarmee Paars over de zorgverzekeringen schreef. Alsof het toch meer was dan een verzameling verzekeringen werd consequent gesproken

van 'het verzekeringsstelsel'. Het stelsel bestond volgens Paars uit drie compartimenten. De AWBZ werd het eerste compartiment genoemd. De ziekenfondsverzekering werd tezamen met de particuliere verzekeringen en de ambtelijke regelingen tot het tweede compartiment gerekend, omdat ze een vergelijkbaar verstrekkingspakket aanboden. De aanvullende verzekeringen vormden het derde compartiment. Deze op de drietrapsraket van Van der Reijden lijkende constructie werd om twee redenen opgetrokken.

In de eerste plaats vanwege de verschillen in bestuurlijke regimes, die per compartiment noodzakelijk werden geacht. In het eerste compartiment werd de bestaande aanbodregulering van de overheid voortgezet. In het tweede compartiment gingen de bestuurlijke vernieuwingen van Dekker-Simons verder. In het derde compartiment zou marktwerking blijven bestaan. In de tweede plaats omdat Paars de verzekeringen van het tweede compartiment naar elkaar toe wilde laten groeien.

De zorgverzekeraars zaten inmiddels onder één dak bij Zorgverzekeraars Nederland, maar convergentie (dat wil zeggen het opheffen van het verschil tussen ziekenfonds en schadeverzekeraar) was duidelijk een brug te ver. Zeker als die door een wet zou worden afgedwongen, zoals Paars eerst wilde. De culturele en belangentegenstellingen tussen de ziekenfondsen en de schadeverzekeraars waren daarvoor veel te groot. Over convergentie werd al heel gauw niet meer gesproken. Het woord 'stelselwijziging' werd taboe, tenminste onder het eerste paarse kabinet.

In 1997 ging de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in het rapport 'Volksgezondheidszorg' in op de vraag hoe de algemene toegankelijkheid en de voor iedereen gelijke kwaliteit van de gezondheidszorg op langere termijn gewaarborgd kon blijven (WRR 1997). Het antwoord van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid was klip en klaar. Daarvoor was een algemene sociale verzekering nodig, met een beperkte marktwerking, voor een basispakket van volksgezondheidszorg. Daarnaast kon er een vrije verzekeringsmarkt blijven voor een aanvullend pakket aan zorg. De basisverzekering herrees uit zijn graf. Zelfs nog voor het rapport officieel was uitgebracht, werd het al door minister Borst van Volksgezondheid afgeschoten. Het was niet welkom, dat was duidelijk. Maar het was wel degelijk relevant en de vraag hoe het nu verder moest met het stelsel lag weer op tafel.

5 Kwaliteit en doelmatigheid

De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is goed, heel goed. De regering herhaalt deze uitspraak in allerlei stukken telkens weer. Het is een draaiende gebedsmolen die niet laat vermoeden dat het begrip kwaliteit gedurende de afgelopen vijftintig jaar een andere inhoud heeft gekregen en dat ook het kwaliteitsbeleid in die periode een grote verandering heeft doorgemaakt. Toch is dat het geval. Het is met name opvallend dat kwaliteit niet meer vanzelf spreekt, maar bewaakt, beworsteld en bevorderd moet worden.

Kwaliteit valt niet langer samen met de toepassing van kennis en kunde van goed opgeleide artsen en andere beroepsbeoefenaren. Overheid, dienstverleners en patiënten hebben hun eigen opvattingen over kwaliteit. De definities omvatten in het algemeen verschillende aspecten van kwaliteit en hebben nu eens betrekking op wat nodig is om zorg te verlenen, dan weer op het proces en de organisatie van de zorg of - niet onbelangrijk - het resultaat.

In het midden van de vorige eeuw stelde de rijksoverheid regelingen vast voor de opleiding en het toezicht op de beroepsuitoefening van artsen en daarmee vergelijkbare beroepsgroepen. Verder is de kwaliteit van de zorg ruim honderd jaar lang vrijwel alleen overgelaten aan de beroepsorganisaties. Er zijn nogal wat redenen waarom dat de laatste vijftintig jaar drastisch is veranderd. De gezondheidszorg kan bijvoorbeeld veel meer. Door de toegenomen mogelijkheden om effectief in te grijpen bij ziekte, is de gezondheidszorg zowel krachtiger als machtiger geworden. Dat roept ook een sterkere behoefte aan zekerheid en controle op. Aandacht, inzet en inspanning blijven belangrijk in de gezondheidszorg, maar als het om resultaten gaat, wordt ook een beoordeling van die resultaten en van de blijvende deskundigheid van degene die de resultaten bewerken belangrijker. Daar komt nog bij dat resultaten steeds afhankelijker van teamwerk zijn en dat gezondheidsorganisaties steeds groter van omvang worden. Patiënten en dokters gaan daarnaast veel meer als gelijken met elkaar om, waardoor ze ook andere eisen aan elkaar stellen. Van een blindelings vertrouwen is daarbij geen sprake meer, zeker ook niet omdat de gezondheidszorg voor het grootste deel collectief gefinancierd wordt. 'Value for money' wordt daardoor een dwingende noodzaak, ook op het niveau van de samenleving. Het is een omstandigheid die de rol van de dokter en het ziekenhuis diepgaand verandert, omdat zij niet alleen ten opzichte van hun patiënten, maar ook ten opzichte van de samenleving verantwoord moeten handelen. Vooral de Verenigde Staten zijn daarin voorgegaan en functioneren ook als voorbeeld voor Nederland.

Het is logisch dat het kwaliteitsbeleid onder invloed van deze veranderingen op een nieuwe leest is geschoeid. Hoe, dat kan aan de

hand van twee grote projecten worden geïllustreerd: de totstandkoming van de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en het gemeenschappelijke kwaliteitsproject van de Leidschendam-conferenties.

De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)

De Wet op de uitoefening der geneeskunst uit 1865 verschafte artsen een monopoliepositie. Het kabinet Thorbecke had zich daarvoor ingespannen om 'kwakzalvers te beperken, kan het zijn te vernietigen'. Dat laatste was een illusie gebleken, maar het was wel gelukt om er een randverschijnsel van te maken. In de jaren vijftig van deze eeuw nam de druk op de overheid toe om een liberalere koers te varen, onder andere omdat rechtsvervolgving van wat we nu alternatieve geneeskundigen zouden noemen, tegen het rechtsgevoel van veel Nederlanders inging. In 1961 stelde de regering een interdepartementale werkgroep in onder voorzitterschap van directeur-generaal Muntendam met de opdracht een aanvaardbare vorm van keuzevrijheid voor de patiënt te formuleren en een wetsvoorstel voor te bereiden. De werkgroep kwam met een voorstel, maar de artsenorganisatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) ging er dwars voorliggen. Staatssecretaris Bartels durfde daardoor geen wetswijziging aan. Het rapport van de werkgroep werd niet eens gepubliceerd. In plaats daarvan kwam er in 1965 een nieuwe commissie, waarvoor ook de KNMG werd uitgenodigd. De commissie kreeg een beperkte opdracht: versoepeling van het vervolgingsbeleid. Twee jaar later gaf staatssecretaris Kruisinga een staatscommissie onder voorzitterschap van de in de gezondheidszorg zeer gerespecteerde hoogleraar De Vreeze de opdracht om uit te zoeken hoe de wet uit 1865 kon worden gemoderniseerd. Het ging daarbij niet alleen om verandering in de monopoliepositie van de artsen, maar ook om vernieuwing van de medische tuchtrechtspraak en de wettelijke erkenning en registratie van medische specialisten. Van deze commissie maakten de belangrijkste beroepsorganisaties van de gezondheidszorg deel uit, waaronder de KNMG. In haar rapport, dat zes jaar later in 1973 verscheen, zei de commissie dat het bestaande stelsel van beroepsbescherming moest worden vervangen door titelbescherming. Daardoor zouden ook niet-artsen de geneeskunst kunnen uitoefenen met uitzondering van een aantal aan artsen voorbehouden handelingen. Het rapport vormde de grondslag van het wetsvoorstel BIG, dat vervolgens een lange weg had af te leggen. De KNMG had er zes jaar over gedaan om het principe van titelbescherming te accepteren. Het duurde daarna nog dertien jaar voordat het ontwerp van de wet BIG in 1986 werd ingediend. De wet werd zeven jaar later in 1993 aangenomen en trad nog weer vier jaar later geheel in werking: een proces van een kwart eeuw.

Pluimakers heeft als wetgevingsambtenaar een deel van zijn carrière aan de wet BIG besteed (Pluimakers 1991). Volgens hem lag het onder andere aan het onderwerp dat het zo lang duurde. Er was veel tijd voor 'bezinning' nodig. Zeg maar: de artsen moesten aan het idee wennen. Toen de wet uiteindelijk in werking trad, hoefde ze aan de praktijk niet zoveel meer te veranderen. De beroepsbescherming werd nauwelijks meer gehandhaafd en ieder vond het doorgewoond dat klinisch psychologen, psychotherapeuten en klinisch chemici hun werk deden, al mocht het strikt genomen nog niet volgens de oude wetgeving.

De wet BIG ging zo'n dertien verschillende wetten voor diverse beroepen vervangen. Dat betekende dat alles wat in die wetten stond opnieuw moest worden bekeken en besproken met de beroepsgroepen en vervolgens in één systematiek moest worden ingepast. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid kwam bij een inventarisatie uit op zo'n 125 beroepen. Sommige daarvan wilden perse in de nieuwe wet worden 'geregeld', omdat ze daarvan erkenning en status verwachtten. Andere waren ontevreden over de positie die hen in de wet was toegedacht. Het was duwen en trekken, jaren lang.

Er is veel ruimte geweest voor advies- en inspraakprocedures. Volgens Pluimakers teveel, maar kon het anders? Het begon met het eerste wetsontwerp. Dat was gebaseerd op het advies van de staatscommissie. Bij het werk van die commissie waren verschillende beroepsgroepen wel betrokken, maar heel veel andere niet. Het ontwerp werd daarom eerst voor advies naar de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid gezonden. Daarnaast wilde men ook andere organisaties gelegenheid geven om te reageren, zoals patiëntenorganisaties, tuchtcolleges, opleidingsinstellingen: een brede maatschappelijke discussie.

Dat leverde een berg meningen en wensen op. Hoe daarmee om te gaan? De nieuwe Nationale Raad voor de Volksgezondheid bracht in vier jaar tijd alleen al drie adviezen uit over de criteria waarop dat allemaal moest worden beoordeeld. Verder organiseerde ook de Tweede Kamer tijdens de hele procedure inspraakmogelijkheden door hoorzittingen te houden en schriftelijk commentaar te vragen. Het duurde lang, maar er ontstond uiteindelijk wel consensus, zowel in het veld van de gezondheidszorg als in de politiek. Na vaststelling van de wet BIG ging dat proces van gezamenlijk overleg nog door. Er werd een speciale BIG-raad ingesteld, waarin de betrokkenen participeerden, om alle uitvoeringsbepalingen van de wet voor te bereiden. Het resultaat was een veel opener systeem van beroepsuitoefening en van kwaliteitstoezicht.

Het is fascinerend om te zien hoe het vehikel van dit veranderingsproces - de wetgeving - gedurende deze periode zelf aan verandering onderhevig was. Voor de staatscommissie De Vreeze was het anno 1973 zo vanzelfsprekend om bestaande en nieuwe beroepen via wetgeving te regelen, dat ze er niet eens bij stilstond dat het ook anders kon. In de jaren tachtig legde de dereguleringscommissie Geelhoed het werk aan de wet BIG twee jaar stil om scrupuleus te kunnen beoordelen of alle regelingen wel echt nodig waren. Voor heel wat beroepen leverde dat de teleurstellende uitkomst op, dat ze buiten de wettelijke regeling bleven. In de jaren negentig gebeurde iets dergelijks. De wet BIG bevatte een bepaling die het mogelijk maakte bij algemene maatregel van bestuur kwaliteitseisen aan beroepsbeoefenaren te stellen. In 1992 werd een wetsontwerp voor de kwaliteit van zorginstellingen ingediend, dat beruiste op de opvatting dat niet de overheid, maar de direct betrokkenen kwaliteitseisen hoorden vast te stellen: zelfregulering in plaats van overheidsregulering. Het leidde opnieuw tot wijziging van de wet BIG. Er werd zelfs even gespeeld met de gedachte om het werk aan de wet Big te staken en een integrale kwaliteitswet te maken, gebaseerd op het nieuwe kwaliteitsdenken.

De Leidschendam-conferenties

Dat nieuwe kwaliteitsdenken werd verwoord door de commissie Dekker, die ook aan het kwaliteitsbeleid een nieuwe impuls gaf. Het kwaliteitsbeleid was daarvoor vooral overheidsbeleid geweest. De overheid ging er om twee redenen vanuit dat ze de kwaliteit van de zorg moest regelen, dat wil zeggen normeren en bewaken. Het was haar taak om patiënten te beschermen en verder stond in de Grondwet dat de overheid de volksgezondheid moest bevorderen. Dat de beroepsgroep zichzelf ook verantwoordelijk voelde voor de professionele kwaliteit van haar handelen en zelf kwaliteitsnormen ontwikkelde, was in zekere zin een prettige bijkomstigheid. De overheid kon daardoor gebruik maken van het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep.

De commissie Dekker had een heel ander vertrekpunt. De commissie zei: 'Kwaliteitsbewaking en bevordering is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de professionals in de gezondheidszorg. Met elkaar concurrerende zorgverleners hebben immers een commercieel belang bij de kwaliteit van de zorg die zij leveren.' Dekker stelde verder voor om instellingen en dokters in het vervolg te gaan certificeren, zoals ook in het bedrijfsleven gebruikelijk was. Dat was een nieuwe gedachte, omdat de overheid al 150 jaar toezicht hield op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zij paste echter in het heersende ideologische klimaat van meer markt en minder overheid. En het paste in het perspectief van de Europese markt. De Europese Commissie vond dat de consument moest kunnen vertrouwen op de kwaliteit van de producten en diensten op de Europese markt. In de eerste plaats moesten daarom de producenten hun interne kwaliteitsbeleid verbeteren. Verder werden er Europese normen vastgesteld voor onafhankelijke externe certificatie. Het idee was om de certificatie zoveel mogelijk te beperken tot een beoordeling van het functioneren van het interne kwaliteitsbeleid van de producent. De scope van het externe toezicht bleef daardoor beperkt. Die gedachte lanceerde de commissie Dekker in de Nederlandse gezondheidszorg.

De ideeën van de commissie Dekker waren spannend en nieuw. Vooral het idee dat er een soort KEMA-keur voor de gezondheidszorg moest komen sprak tot de verbeelding. Maar de veronderstelling dat beroepsbeoefenaren en zorginstellingen elkaar zouden gaan beconcurreren met de kwaliteit van hun diensten, daar wilden velen niet aan. Zou dat betekenen dat je ook met minder goede kwaliteit genoeg moest nemen? Zou het verschil tussen ziekenfondsbehandeling en particuliere behandeling weer terugkeren? Vooral het vooruitzicht van een uitruil tussen kwaliteit en kosten baarde zorgen. De Amerikaanse ziekenhuisraad, de American Hospital Association, had bijvoorbeeld in 1986 de gevolgen onderzocht van de invoering in Medicaid van een op Diagnostic Related Groups (DRG's), gebaseerd vergoedingensysteem voor ziekenhuiszorg (AHA 1987). De resultaten maanden tot voorzichtigheid, omdat ze lieten zien dat de kwaliteit achteruit ging als de financier wilde bezuinigen op de kosten en de patiënten niet voor hun belangen op konden komen. Van de andere kant betoogde de toenmalige vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, Borst-Eilers, met kracht van argumenten dat het mogelijk was om meer kwaliteit tegen lagere kosten te realiseren, niet via concurrentie, maar door het medisch handelen te rationaliseren. Voor haar was de hamvraag hoe je dat het beste kon bereiken, want het was niet makkelijk om het gedrag van artsen te veranderen. Concurrentie stond niet bovenaan haar lijst van te volgen strategieën, omdat onderzoek uitwees dat de kosten van ziekenhuizen in een concurrerende omgeving beduidend hoger lagen. Consensusbijeenvakkomsten scoorden ook niet hoog, tenzij ze door administratieve maatregelen werden ondersteund: de deelnemers

luisterden wel, maar brachten de nieuwe inzichten niet in praktijk. Borst-Eilers verwachtte meer van feedback-programma's, continue (bij)scholing en goedgerichte financiële prikkels.

In deze situatie van vernieuwingsdrang en onzekerheid over de te volgen koers zochten de overheid en de partijen van de gezondheidszorg elkaar op om gezamenlijk een nieuw kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. De aanzet werd gegeven op een conferentie over 'Kwaliteit van de zorg', die op 6 en 7 mei 1989 in Leidschendam werd gehouden. De conferentie was op verzoek van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur door de artsenorganisatie KNMG georganiseerd. Ze werd voorbereid door een stuurgroep, waarin behalve de overheid en de grote belangenorganisaties van de gezondheidszorg ook onafhankelijke deskundigen participeerden. Aan de conferentie was intensief overleg vooraf gegaan om ideeën in de week te leggen, informatie uit te wisselen en een klimaat van onderling vertrouwen te kweken. De conferentie leverde een intentieverklaring van tien punten op met als belangrijkste uitspraak dat de aanbidders, de verzekeraars en de gebruikers van zorg hun kwaliteitsbeleid tot samenhang wilden brengen. Staatssecretaris Dees bepleitte op de conferentie een beter evenwicht tussen de activiteiten van de overheid en die van de partijen uit de gezondheidszorg. De partijen zouden volgens hem veel meer ruimte moeten krijgen om normen te ontwikkelen voor de kwaliteit van de zorg en die ook zelf te bewaken. Hij kondigde bij die gelegenheid een kwaliteitswet voor zorginstellingen aan en een nieuwe wet op het staatstoezicht, waarin de nieuwe verhoudingen zouden worden vastgelegd.

Een jaar later kreeg de conferentie een vervolg. In de maanden die aan de nieuwe conferentie voorafgingen, hield de stuurgroep interviews met alle organisaties die aan de startconferentie hadden deelgenomen. Daardoor probeerde men inzicht te krijgen in de initiatieven die op basis van de intentieverklaring van 1989 waren ondernomen. Verder wilde men te weten komen hoe de organisaties dachten over de verdere vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Op basis van de interviews stelde de stuurgroep een discussieleidraad op. Centraal daarin stond de driehoeksrelatie gevormd door de aanbidders van zorg, de patiënten en de verzekeraars. De overheid, zo was uit de interviews gebleken, werd door velen gezien als een partij die verantwoordelijk was voor het speelveld, maar zelf niet mee moest spelen. In de discussieleidraad stonden voorstellen waarover de drie partijen en de overheid het gezamenlijk eens moesten worden. Zij hadden betrekking op een viertal thema's:

- de verantwoordelijkheden van de afzonderlijke partijen;
- de criteria voor de beoordeling van kwaliteit in de gezondheidszorg;
- de systemen om de kwaliteit van zorg te bevorderen, te waarborgen en te controleren;
- de middelen om een goed kwaliteitsbeleid tot stand te brengen en te waarborgen.

Over de voorstellen werd 15 uur intensief overlegd. Het resultaat was een groot aantal afspraken, die de volgende vijf jaar zouden worden uitgewerkt. De controle op de voortgang werd in handen gelegd van een commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De conferentie wekte veel enthousiasme, wat misschien nog belangrijker was dan de afspraken op zich. Tekenend hiervoor was dat de zorg- en welzijnsinstellingen een paar maanden later de conferentie voor de eigen sector kopieerden. Zelfs het hotel in Leidschendam was hetzelfde.

Een van de afspraken had specifiek betrekking op de verantwoordelijkheden van de rijksoverheid (Frissen 1990). De partijen waren het erover eens dat het rijk verantwoordelijk was 'voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen'. De tekst luidde verder: 'De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd. De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid

duidelijkheid te schepen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen.'

De overheid zou deze afspraken nakomen, op één onderdeel na. Dat was de afspraak over de basiskwaliteitseisen. De veldpartijen hadden op die bepaling aangedrongen om een verweer te hebben tegen het 'knijp-en-piepsysteem' dat de overheid op het financiële vlak toepaste. Ze wilden kunnen aantonen dat ze terecht piepten. De overheid was bang voor financiële claims en negeerde daarom de afspraak. De aangekondigde Kwaliteitswet voor zorginstellingen bevatte uiteindelijk maar één inhoudelijk criterium: de zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan, waaronder zorg wordt verstaan die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. De Kwaliteitswet kwam binnen een paar jaar in het Staatsblad. Het verschil in tempo met de wet BIG laat zich makkelijk verklaren. De kwaliteitswet bood alleen een kader voor veranderingen, die zij verder aan het veld overliet. De wet BIG wilde inhoudelijke veranderingen, maar moest wachten op vastlegging totdat het veld ze had gerealiseerd. De overheid had niet de macht noch het vermogen die veranderingen zelf tot stand te brengen.

In 1995 maakte de eerder genoemde commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de stand van zaken op ten behoeve van een nieuwe kwaliteitsconferentie. Duidelijk was dat de beroepsgroepen en de zorginstellingen druk bezig waren met kwaliteitsprojecten. Sommige waren gericht op de ontwikkeling van normen en protocollen, andere op het wegwerken van concrete knelpunten, weer andere op de opbouw van een intern kwaliteitssysteem. Duidelijk was ook dat er nog heel veel moest gebeuren. Het had niet veel zin om de vinger te leggen op afspraken die (nog) niet waren nagekomen. Achteraf gezien was het ambitieniveau in 1990 te hoog. Doorgaan en in 2000 opnieuw de stand van zaken opmaken, dat was de belangrijkste afspraak in 1995. De twee projecten die hiervoor zijn beschreven - de Wet BIG en de Leidschendamconferenties - illustreren hoe de overheid en de partijen uit het veld van de gezondheidszorg gemeenschappelijk vorm hebben gegeven aan veranderingen in het kwaliteitsbeleid. Het zal duidelijk zijn dat daarmee nog geen volledig beeld is geschetst van alle inspanningen van de laatste vijftientig jaar om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te behouden en te verbeteren. Kwaliteit heeft vele dimensies: de opleidingen, de organisatie van zorgprocessen, voldoende personeel en middelen, de omgang met patiënten en het respect voor de rechten van de patiënt, de doelmatigheid en zo voort. Over elk onderdeel is het nodige te zeggen. Belangrijk is dat overheid en zorgverleners doordrongen zijn van het besef dat de gezondheidszorg in zijn organisatie en dienstverlening beter moet worden afgestemd op de behoeften van individuele patiënten en specifieke groepen patiënten. En dat het binnen strakke financiële kaders moet worden gerealiseerd. De uitvoering van die taak zal de grote opgave voor de komende jaren worden.

6 Veranderingen in de bestuursstructuur en -cultuur

Het hiervoor besproken beleid op de terreinen van vraag-en-aanbod, verzekeringsarrangementen en kwaliteit draagt niet alleen de sporen van de bestuurlijke context waarin het zich afspeelde. Dit beleid beïnvloedde op zijn beurt ook weer de bestuurlijke verhoudingen en, meer in het bijzonder, de positie en de rol van de overheid en de bijdrage van de particuliere organisaties aan de publieke zaak. In dit hoofdstuk pakken we de draad van hoofdstuk 2 weer op en gaan we na welke veranderingen zich de afgelopen jaren in de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg hebben voorgedaan. Dat doen we eerst vanuit het perspectief van de overheid en daarna vanuit het perspectief van de particuliere organisaties.

Verschuivingen bij de overheid

We spreken gemakshalve meestal over 'de overheid'. Maar dat is onvoldoende als we de positie en rol van de overheid in de gezondheidszorg preciezer in beeld willen krijgen. 'De' overheid is immers geen eenduidige bestuurder op het terrein van de gezondheidszorg. Zij manifesteert zich in verschillende hoedanigheden (als rijk, provincie en gemeente; als politiek en ambtelijk systeem; als 'echte' overheid en als uitvoeringsorgaan-op-afstand) en in verschillende rollen (als ontwikkelaar en uitvoerder van beleid; als hoeder van het algemeen belang; als grote regelaar en spelverdeler; als toezichhouder; als legitieme bestraffen van ongewenst en beloner van gewenst gedrag). Daar komt bij dat de concrete invulling van deze rollen in de loop van de tijd verandert in een complex veranderingsproces, waarin beleidsretoriek en besturingspraktijk bovendien nogal eens uiteenlopen. Om de betekenis van de overheid voor de gezondheidszorg zichtbaar te maken zullen we moeten proberen deze verschillende kanten van de overheid, deze veelkoppigheid, zichtbaar te maken.

Nadere beschouwing leert dat de rol van de overheid in de gezondheidszorg samenhangt met de positie die ze inneemt tussen de denkbeeldige uitersten van twee bestuurlijke assen: de as van functionele decentralisatie en functionele centralisatie en de as van territoriale decentralisatie en *territoriale* centralisatie. Hieronder gaan we na welke verschuivingen zich in de afgelopen jaren op dit assenstelsel hebben voorgedaan (Van der Grinten 1994: RvZ 1999).

Functionele decentralisatie

Sinds de tweede helft van de jaren tachtig luidt het dominante streven voor de bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg: 'minder overheid en meer markt'. Preciezer geformuleerd betreft het hier het beleid om bevoegdheden ten aanzien van de sturing van gezondheidszorg over te hevelen van de collectieve naar de private sfeer. Dit beleid van functionele decentralisatie heeft tot nu toe vooral gestalte gekregen voor de cure voorzieningen, dat wil zeggen de acute zorg en de specialistische en huisartsgeneeskunde. Waar voorheen vooral de overheid en haar uitvoeringsorganen het voor het zeggen hadden, krijgen nu zorgverzekeraars en aanbidders ruimere bevoegdheden om via onderhandelen en contracteren vorm en invulling te geven aan de gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 is al uitgebreider op deze functionele decentralisatie ingegaan.

Functionele centralisatie

Door alle aandacht voor de terugtred van de overheid, is er weinig besef dat zich ook een tegengestelde beweging voltrekt, maar er is wel degelijk sprake van een beweging van functionele centralisatie. Allereerst kan in dit verband gewezen worden op het herstel van 'het primaat van de politiek'. Waar veldpartijen aanvankelijk via overleg, advies en uitvoering nauw bij het beleid betrokken waren, heeft de landelijke overheid (hier in de zin van de 'politiek') verantwoordelijkheden voor het beleid nadrukkelijker naar zich toe getrokken. Een gevolg hiervan is ook dat incidenten in de zorg (bijvoorbeeld fouten in ziekenhuizen of problemen in de thuiszorg) in een opwaartse beweging vanaf het praktijkniveau direct bij het parlement en de minister op tafel gedeponneerd kunnen worden. Daarnaast is sinds het aantreden van paarse coalitie de betrokkenheid van de rijksoverheid bij de sturing van de zorg flink verstevigd voor de care voorzieningen in het zogenaamde eerste compartiment van de sociale ziektekostenverzekering. Dat wil zeggen verpleging, verzorging, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, circa 40% van het totale gezondheidszorgbudget. Vervolgens heeft de rijksoverheid met de introductie van het zogenaamde Budgettaire Kader Zorg in 1995 haar greep op het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg verder verstevigd. Tenslotte is er een flinke vertraging in het loslaten van de aanbodregulering opgetreden, niet alleen ten gevolge van de spreekwoordelijke 'stropenigheid' van het systeem, maar evenzeer door aarzelingen van de kant van de rijksoverheid. De evidente effectiviteit van de aanbod-regulering ten aanzien van de macro kostenbeheersing en de groeiende bezorgdheid over de niet beoogde commerciële motieven en gedragingen van de verzekeraars op het terrein van de gezondheidszorg hebben de paarse coalitie tot een herijking van de functionele decentralisatie gebracht, op zijn minst wat betreft het tempo waarin dat zich zou moeten voltrekken. Deze functionele centralisatie betekent per saldo toch weer

een intensieve betrokkenheid van de rijksoverheid bij de gezondheidszorg.

Territoriale decentralisatie

Naast het heen en weer bewegen van de rijksoverheid op de as van functionele decentralisatie en centralisatie, zijn er bewegingen op de as van de territoriale decentralisatie. Dat wil zeggen de overdracht van bevoegdheden van het rijk naar provincies en gemeenten.

Waar het bij de functionele decentralisatie vooral draait om de cure voorzieningen, gaat het bij de territoriale decentralisatie vooral om de care voorzieningen. De territoriale decentralisatie in de besturing van deze voorzieningen komt naar voren in verschuivingen van de financiering (betrokkenheid bij projectsubsidies, vergoedingen uit algemene middelen) en de planning van de zorg. Op dit laatste gebied, de planning, voltrekt zich een opvallend deelproces van functionele centralisatie op het niveau van de lagere overheden. Gemeentelijke en provinciale overheden proberen hun greep op de inrichting van de zorg te verstevigen, ten koste van de invloed van het veld. Deze machtsverschuiving manifesteert zich onder andere in het gebruik van indicatiecommissies en regiovisies (Van Wijngaarden en Huijsman 1999; Degen en Huijsman 1999).

Vanwege de schaarste aan voorzieningen is er een noodzaak tot rantsoenering van de zorg, waarbij instellings- en beroepsgrenzen zonodig overschreden moeten kunnen worden om de goedkoopste oplossing te vinden. Dit heeft ertoe geleid dat er voor een toenemend aantal voorzieningen en aandoeningen onafhankelijke integrale indicatiecommissies worden gebruikt om zorgbehoeften vast te stellen. Het zijn vooral de gemeenten die hierin voor zichzelf een rol zien weggelegd, getuige het groeiende aantal Regionale Indicatie Organen, die door (samenwerkende) gemeenten worden opgezet.

Op hun beurt trachten de provincies hun betrokkenheid bij de planning van de zorg, die ze door de deregulering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen hebben verloren, weer terug te veroveren via de zogenaamde regiovisies. Dat doen ze door de regiovisie niet alleen als een neutraal planningsdocument maar ook als een formeel sturingsinstrument voor de regionale gezondheidszorg te beschouwen.

Hiermee is de regiovisie speelbal geworden in de strijd om de macht in de gezondheidszorg. Ze wordt als het ware heen en weer gekeerd tussen een technische en een politieke betekenis. In het eerste geval is ze vooral een management tool voor de aanbidders en verzekeraars in de regio om het zorgaanbod zo doelmatig mogelijk in te richten. In het tweede geval is de regiovisie een stuk met rechtsgevolgen, een document van het provinciaal bestuur dat de inzet van aanbidders en verzekeraars sanctioneert of af kan dwingen. De afgelopen jaren pendelde de regiovisie in de bestuurlijke discussies heen en weer tussen deze twee polen. Aanvankelijk koerste men op de eerste, pragmatische betekenis. Maar sinds het aantreden van de paarse coalitie is de tweede functie weer favoriet, in ieder geval voor de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en andere voorzieningen in het eerste compartiment.

Territoriale centralisatie

Evenals dat bij de functionele decentralisatie het geval is, speelt zich naast de territoriale decentralisatie ook een omgekeerde beweging af. Dit proces krijgt relatief weinig aandacht, gefocust als iedereen is op de decentralisatie van taken en bevoegdheden. Vooral met betrekking tot de planning en bouw van grote infrastructurele voorzieningen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere intramurale investeringen (het domein van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen), lijkt het rijk een aantal planningsbevoegdheden die eerder bij de provincies lagen weer naar zich toe te trekken.

Daarnaast manifesteert 'Europa' zich steeds nadrukkelijker, ook op het terrein van de gezondheidszorg. Formeel hebben de Europese Commissie en het Europese parlement geen bevoegdheden op het terrein van de inrichting, de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg. Dit is een zaak van de lidstaten zelf. Maar materieel is die invloed er wel degelijk, als spin off van de liberalisering van de Europese markt. De hoeksteen van deze liberalisering - het vrije verkeer van goederen, diensten, kapitaal en mensen - houdt niet halt bij de gezondheidszorg. En dit beïnvloedt op zijn beurt weer de mogelijkheden voor zorgarrangementen, die niet passen binnen de nationale schema's (RvZ 1998 (3)).

De erosie van het maatschappelijk middenveld

Verplaatsen we het perspectief vervolgens naar de particuliere bijdrage in de besturing van de gezondheidszorg, dan stuiten we op een van de meest opvallende veranderingen in de bestuursstructuur en -cultuur: de erosie van het maatschappelijk middenveld. Deze veranderingen zijn zowel het gevolg van autonome factoren - autonoom vanuit het gezichtspunt van de overheid - als van een hierop gericht saneringsbeleid van de rijksoverheid. De belangrijkste van deze factoren zijn als volgt samen te vatten (Van der Grinten 1993).

Democratiseringsbeweging. Sterk verbonden met de jaren zestig en zeventig inspireert deze beweging tot kritiek op het gesloten en hiërarchische karakter van de neo-corporatistische wijze van besturen, vooral vanwege de gebrekkige mogelijkheden tot democratische controle.

Individualiseringsbeweging. Deze beweging van de jaren tachtig en negentig legitimeert de individuele weerbaarheid van de burgers ten koste van de onderlinge solidariteit. Ze stimuleert aanbidders, verzekeraars en consumenten/patiënten tot meer calculerend, op eigen gewin gericht gedrag.

Decentralisering. Draait het bij democratisering en individualisering uiteindelijk vooral om culturele factoren (veranderende opvattingen, waarden en gevoelens), anders ligt dat bij de decentralisatieprocessen die zich in de gezondheidszorg afspelen. De tendens om het zwaartepunt van de besturing van de gezondheidszorg zo dicht mogelijk in de buurt van het primaire proces te leggen, is vooral het gevolg van structurele ontwikkelingen. Denk aan het complexer worden van de verzorgingsarrangementen, de snelle technologische ontwikkeling en de toenemende economische noodzaak om doelmatig en meer marktgericht te werken. Deze ontwikkelingen verdragen zich slecht met beheersstructuren, die uitgaan van centrale sturing en hiërarchisch gezagsrelaties.

Deze drie ontwikkelingen - democratisering, individualisering en centralisatie- vormen een directe bedreiging voor de traditionele peilers onder de besturing van de Nederlandse gezondheidszorg: de hiërarchische gezagsverhoudingen binnen de landelijke organisaties, het gevoel van onderlinge verbondenheid en de vanzelfsprekende oriëntatie op een "algemeen belang". De meeste landelijke organisaties van aanbidders en verzekeraars van zorg hebben hier inmiddels consequenties uit getrokken. Ze hebben zich omgevormd van traditionele koepelorganisaties tot moderne brancheorganisaties. Dat wil zeggen tot organisaties, die zich in de eerste plaats richten op belangenbehartiging en ondersteuning van hun leden en niet meer op het vertalen en verkopen van het landelijk beleid naar de achterban (de maatschappelijke dubbelrol).

Saneringsbeleid van de rijksoverheid

In het verlengde van deze ontwikkelingen opereert de overheid. Sinds het begin van de jaren negentig is zij bezig het hele bouwwerk van wettelijke overleg-, advies- en uitvoeringsorganen in de gezondheidszorg te saneren. Over de noodzaak daarvan is jaren gedelibereerd. Daarbij draaide het vooral om de gevolgen van de vervlechting van de private en publieke sfeer in de wettelijke organen. Door de combinatie van overleg, advies en medebewind - dit gold met name voor de Ziekenfondsraad - ontstond een grote en oncontroleerbare machtsconcentratie. De organen bleken te zijn uitgegroeid tot onbeïnvloedbare 'schaduwparlementen', die de overheid met hun grote hindermacht als het ware in gijzeling konden nemen. Bovendien nodigden deze organen uit tot parasitair gedrag, doordat andere belangen dan die erin waren vertegenwoordigd niet in de afweging werden meegenomen (commissie De Jong 1993). Interessant genoeg werd de wens om opruiming te houden onder de adviesorganen al tot beleid verheven onder de christen-democraat Lubbers, maar het was pas onder de paarse coalitie dat hier praktische consequenties uit werden getrokken. Dat wil zeggen, verandering was pas mogelijk toen de christen-democraten feitelijk uit de regeling waren verdwenen, na zo'n zeventig jaar een sleutelrol in het landsbestuur te hebben gespeeld. Op geleide van de sleutelbegrippen ontvlechting en het primaat voor de politiek is in 1994 het saneringsbeleid ingezet en niet zonder succes. Het wettelijk geregelde overleg tussen de landelijke particuliere organisaties onderling en tussen deze organisaties en de overheid is geschrapt, door de opheffing van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De wettelijke advisering is ondergebracht in de nieuw opgerichte Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, een van het veld onafhankelijk deskundigencollege. Het toezicht en de controle op de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering is (wordt) ondergebracht bij zelfstandige bestuursorganen, die enkel nog uit kroonleden zijn samengesteld: de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganen en het College voor Zorgverzekeringen. Deze komen in de plaats van de Ziekenfondsraad. Het is de bedoeling om ook het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen op korte termijn te vervangen door vergelijkbare onafhankelijke bestuursorganen voor respectievelijk de tarieven en de bouw in de gezondheidszorg (RvZ 1998 (I)).

Overzien we al deze veranderingen, dan lijkt de conclusie onontkoombaar, dat het maatschappelijk middenveld en de in dit kader vervulde dubbelrollen uit het bestuur van de Nederlandse gezondheidszorg zijn verdwenen. Het middenveld is van binnenuit uitgehold door de processen van democratisering en individualisering. Aan de onderkant is het leeggetrokken door processen van decentralisatie en zich profilerende individuele organisaties, die zich liever op hun bedrijf en hun strategische omgeving dan op de publieke zaak oriënteren. Aan de bovenkant is het leeggezogen door een zich sterker op de voorgrond dringende overheid, die zich minder gelegen laat liggen aan de opvattingen van de particuliere organisaties in het veld en meer aan de oordelen van de politiek.

Kijken we echter nog wat beter naar de veranderingen, die zich in de bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg voltrekken, dan blijkt deze radicale conclusie niet zonder meer houdbaar te zijn.

7 **Hardnekkigheid van de publiek-private samenwerking**

De wettelijke organen mogen dan het meest in het oog springende deel van de publiek-private samenwerking in de Nederlandse gezondheidszorg zijn, ze vormen niet de enige plaats waar overheid en particulieren organisaties zaken met elkaar proberen te doen en waar particuliere organisaties maatschappelijke rollen vervullen. Dat wordt duidelijk als we onze blik verbreden, over de grenzen van de wettelijke organen heen. Dan stuiten we op een bont geheel van publiek-private samenwerking en maatschappelijke dubbelrollen, die zich manifesteren op landelijke niveau, op regionaal niveau en op het niveau van de afzonderlijke organisaties.

Landelijk niveau

Wat er aan bestuurlijk overleg en bestuurlijke afstemming uit wettelijke organen als de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad wordt weggesaneerd, blijkt niet zozeer te verdwijnen, als wel zich te verplaatsen naar andere landelijke organen en naar minder formele beleidsnetwerken van overheid en particuliere organisaties. Niet zonder betekenis in dit verband is het succesvolle verzet van werkgevers en werknemers tegen de opheffing van de Sociaal Economische Raad. Deze raad is het enige wettelijke overleg- en adviesorgaan dat aan de saneringsbijl van de overheid is ontsnapt. Vervolgens is het idee geopperd om dit orgaan dan ook maar tevens als overleg- en adviesorgaan voor de gezondheidszorg te gaan gebruiken, bijvoorbeeld voor onderwerpen als de financiering en organisatie van de zorg. Het gedwongen vertrek uit de Ziekenfondsraad is door de werkgevers- en werknemersorganisaties -en aan hun zijde schaarden zich de ziekenhuizen- in ieder geval niet opgevat als zou hun beleidsparticipatie in de gezondheidszorg overbodig zijn geworden. Men is simpelweg op zoek naar andere plekken waar men mee kan blijven praten, (Bottenburg, De Vries en Mooij 1999).

Daarnaast treffen we in de gezondheidszorg allerlei beleidsnetwerken aan, waar particuliere organisaties en overheidsinstanties zaken met elkaar doen. Ook in het bestuur van andere sectoren van de Nederlandse samenleving maakt men graag gebruik van deze beleidsnetwerken (Kickert, Klijn en Koppenjan 1997). In de gezondheidszorg strekken de netwerken zich uit van incidentele vormen van samenspraak tot min of meer duurzame overleg- en adviesrelaties en zelfs tot vormen die als medebewind zijn te bestempelen. Voorbeelden van dit laatste zijn vooral te vinden in het kwaliteitsbeleid en in de organisatie van de opleidingen in de geneeskunde en de rol die de beroepsorganisaties van artsen en hun wetenschappelijke verenigingen daarin vervullen (Klazinga 1996).

Regionaal niveau

Naast de bestuurlijke samenspraak op landelijk niveau, zien we vervolgens een toenemende bestuurlijke bedrijvigheid op grootstedelijk en regionaal niveau. Hier zijn particuliere organisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten, in nauwe samenwerking met gemeentelijke en provinciale overheden, doende met het vertalen en verwerken van de landelijk opgelegde schaarste aan financiële middelen (macrodoelmatigheid, kostenbeheersing), het realiseren van samenhang in de zorg (transmuralisatie, bijdragen aan de regiovisie) en het zorgen voor een goede spreiding en toegankelijkheid van voorzieningen (met behulp van wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing). Deze regionalisatie speelt zich nu nog vooral af op het terrein van de care, maar ook de cure komt meer en meer in deze regionale bestuurlijke setting terecht (Pop en Spreeuwenberg 1999). Er is met andere woorden niet alleen sprake van horizontale verplaatsingen van het bestuurlijke samenstel en samenspel op landelijk niveau, maar evenzeer van een verticale verschuiving van elementen uit de oorspronkelijk sterk centralistische besturingsstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, van het landelijke naar het regionale niveau. We stuiten hier op het particuliere complement van de eerder besproken territoriale decentralisatie bij de overheid.

Organisatieniveau

De decentralisatie van onderdelen van de landelijke besturingstraditie houdt niet halt bij het regionale niveau, maar blijkt zich door te zetten tot op het niveau van de afzonderlijke organisaties in de gezondheidszorg. Daar raken ze vermengd met ontwikkelingen in de particuliere bedrijfsvoering. Dit geldt in het bijzonder voor de maatschappelijke dubbelrollen, die van oudsher door de koepelorganisaties werden gespeeld. Wat er in dit opzicht van het landelijke toneel verdwijnt, zien we voor een deel op het organisatieniveau terugkeren in de gedaante van maatschappelijk *ondernemerschap*. Ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorgorganisaties en ziekenfondsen blijken de noodzaak om zich ondernemender te gedragen vooralsnog niet te vertalen in een commerciële opstelling op geleide van 'de markt', maar in het accommoderen van een meer bedrijfsgerichte aanpak.

Zij beschouwen zich graag als maatschappelijke ondernemers. Dat wil zeggen als particuliere, niet op winst gerichte organisaties, die met de hen ter beschikking staande collectieve én private middelen maatschappelijke doelen proberen te realiseren, met behulp van principes uit het bedrijfsleven, zoals innovatie, marktgericht werken en het dragen van bedrijfsrisico. Het maatschappelijke van dit ondernemerschap zit hem in de context (het werken met collectieve middelen en de noodzaak om hierover rekening en verantwoording af te leggen aan een publieke autoriteit) en de doelstelling (het leveren van een bijdrage aan de realisatie van publieke waarden als toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg) (Putters 1998).

Het maatschappelijk ondernemerschap is echter niet de enige relevante ontwikkeling op het organisatieniveau met betrekking tot de sturing in de zorg. Er blijkt zich op dit niveau nog een ander proces te voltrekken, dat van betekenis is voor de bestuurlijke constellatie van de gezondheidszorg: de hergroepering van de organisaties van aanbidders en van zorgverzekeraars in grotere eenheden (schaalvergroting).

De paradox van klein en groot

Het proces van decentralisatie in de gezondheidszorg hoeft niet noodzakelijkerwijs alleen tot gevolg te hebben dat organisaties dóór-decentraliseren tot een groot aantal kleine eenheden. Een belangrijke paradoxale factor is juist het beleid van de overheid dat erop gericht is concurrentie een belangrijker sturende rol in de gezondheidszorg te laten spelen. Het gevolg hiervan blijkt anders te zijn dan alleen doelmatigheid door de tucht van de markt. De (dreiging van) concurrentie prikkelt ondernemers juist om het effect hiervan voor de eigen organisatie tot een minimum te beperken. Dit kan door monopolievorming, via schaalvergroting door fusies bijvoorbeeld. Dit laatste kan weer worden tegengegaan door een anti-kartel beleid, maar zover is het nog niet. Hoewel de Nederlandse Mededingings Autoriteit de toepassing van de Wet op de Mededinging ten principale niet uitsluit voor de Nederlandse gezondheidszorg, is ze voor deze sector nog niet effectief (RvZ 1998 (2)). Vervolgens blijkt integratie in de gezondheidszorg ook nog eens inhoudelijk en bedrijfsmatig hogelijk te worden gewaardeerd. Denk hierbij aan het belang dat gehecht wordt aan continuïteit van zorg, integrale zorg en transmuralisatie. Met andere woorden, een bundeling van krachten is voor de zorgaanbidders en -verzekeraars niet alleen strategisch interessant, maar ook zorginhoudelijk en bedrijfsmatig van belang. Adequaat ondernemersgedrag is in deze situatie dus min of meer identiek aan concernvorming en schaalvergroting. In deze zin wordt er de laatste jaren in de Nederlandse gezondheidszorg goed ondernomen, getuige de vele fusies en allianties zowel in de zorg als in de verzekeringswereld. Dit concentratieproces, dat zich naar verwachting nog verder zal doorzetten, zal in de bestuurlijke context van de Nederlandse

gezondheidszorg een verrassend effect kunnen hebben. Het aantal besliseenheden in het particuliere veld van de zorg zou hierdoor namelijk weer kunnen teruglopen tot een omvang die overeenkomsten vertoont met de oude situatie, maar wel met één belangrijk verschil. De oude generatie koepelorganisaties bestond in het algemeen uit landelijke bundelingen van een groot aantal kleine zelfstandige organisaties. De nieuwe generatie bestaat uit moderne brancheorganisaties van een steeds kleiner wordend aantal grote conglomeraten van (regionale) verzekeraars en aanbidders van zorg. Die conglomeraten zullen zich ook landelijk (en op het internationale toneel) kunnen gaan manifesteren. De kans is niet denkbeeldig dat de Nederlandse gezondheidszorg op deze manier verrijkt wordt met een nieuw maatschappelijk middenveld van particuliere organisatiekolossen die zich nestelen tussen de staat en de burger en daar, naast en misschien in concurrentie met de eigen brancheorganisaties, functies gaan vervullen op het terrein van de toegankelijkheid, spreiding, kwaliteit en (macro)doelmatigheid van de gezondheidszorg. Dit zou een onverwachte en wellicht onwenselijke, maar allerm minst denkbeeldige invulling kunnen zijn van de vertrouwde gemengde besturing van de Nederlandse gezondheidszorg (Van der Grinten 1997).

Hiervoor is de hardnekkigheid van de publiek-private samenwerking in de besturing van de gezondheidszorg empirisch onderzocht. Die hardnekkigheid is ook analytisch te beargumenteren, op grond van de constatering dat de fundamentele afhankelijkheden in de Nederlandse gezondheidszorg nog volop aanwezig zijn. Er is nog steeds veel overheidsverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, maar weinig overheidsmacht om deze verantwoordelijkheid op eigen kracht waar te maken. Er is nog steeds een grotendeels collectieve financiering, met een overheid op afstand (vanwege het verzekeringskarakter) en een sterke afhankelijkheid van de inzet van de zorgverzekeraars. Tenslotte wordt de zorg nog steeds (en zelfs: steeds meer) verleend door private organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren, die voor de legitimering van hun handelen kunnen terugvallen op hun professionele en 'organisationele' autonomie.

Of men dat nu leuk vindt of niet, zolang de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door deze karakteristieken hebben overheid, particuliere organisaties (instellingen, verzekeraars) en beroepsbeoefenaren elkaar hard nodig voor het realiseren van hun eigen publieke en private doelstellingen.

8 Tot slot

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat de besturing van de Nederlandse gezondheidszorg zich over langere termijn gezien onmiskenbaar in de richting van meer sturing door de vraag beweegt. Dat wil nog niet zeggen dat de veranderingen allemaal rechtlijnig en logisch in deze richting wijzen. We zeulen in de gezondheidszorg het hele complete raderwerk van tientallen jaren bestuurlijke ontwikkeling met ons mee, inclusief de inconsequenties die daar in de loop der tijd zijn ingeslopen. Die erfenis kunnen we niet zomaar van ons afschudden. Afgezien nog van de letterlijk onvoorstelbare complexiteit van de uitvoering van een herstructureringsoperatie, ontbreken hiervoor ook nog steeds de bestuurlijke voorwaarden. In de gegeven verhoudingen is de overheid niet in staat om eventuele geplande en radicale veranderingen in de besturing van de gezondheidszorg door te voeren. De condities laten geen rigoureuze stelselherzieningen of robuuste aanpassing van de wet- en regelgeving ('weg met de schotten') toe. Ze veroordelen de overheid om 'nieuw' beleid over 'oud' beleid te schuiven, in een doorlopend proces van bestuurlijke aanpassing. Zouden deze beleidscondities kunnen veranderen?

Misschien wel. Twee recente arresten van het Europese Hof van Justitie (Decker en Kohll) doen vermoeden dat het beleidsbestel van de Nederlandse gezondheidszorg niet immuun is voor de invloed van de Europese verdragsbepalingen over het vrije verkeer van goederen, diensten, personen en kapitaal. Voor de bepalingen inzake de mededinging was dit al eerder duidelijk. De mogelijkheid is niet uitgesloten dat het systeem van aanbodregulering onder druk van de Europese Gemeenschap wordt opengebroken. Dat zou een bres kunnen slaan in de onderlinge afhankelijkheid van overheid en veld en de daarop gebaseerde bestuurlijke arrangementen.

We zijn op weg naar meer 'sturing door de vraag', maar dit is nog niet hetzelfde als meer sturing van de zorg door de verzekerde of de patiënt. Natuurlijk zijn zij de belanghebbenden bij uitstek van een goede gezondheidszorg, maar het zijn toch vaak anderen die de vraag naar zorg verduidelijken, interpreteren en toewijzen (Schnabel 1988). Van oudsher zijn dat de huisartsen, de specialisten en de instellingen voor gezondheidszorg. De huisartsen spelen in dit verband een heel uitgesproken rol als verwijzers en in de toekomst misschien zelfs als 'poortwachters' voor de specialistische gezondheidszorg. Naast de beroepsbeoefenaren en de instellingen manifesteren zich de laatste jaren steeds nadrukkelijker zgn. derde partijen tussen de verzekerde en de patiënt enerzijds en de hulpverlener anderzijds: verzekeraars, indicatiecommissies, casemanagers, arbo-artsen en al die anderen, die bezig zijn met het verduidelijken en interpreteren van de zorgvraag en het toewijzen van een daarop toegesneden zorgaanbod. We zijn in de gezondheidszorg getuige van een opmars van de zaakwaarnemers, nu niet meer van het aanbod maar van de vraag.

Met initiatieven als het patiëntgebonden budget wordt weliswaar geprobeerd de afhankelijkheid van de patiënt en verzekerde van deze derde partijen weer terug te dringen, maar dit sturingsinstrument heeft voorsnog geen reële betekenis voor het grootste deel van de gezondheidszorg. Of men dit nu een wenselijke situatie vindt of niet, het betekent dat 'sturing door de vraag' voorsnog vooral een zaak is van hulpverleners en van de nieuwe zaakwaarnemers van de verzekerde en de patiënt. Daarnaast dringt zich ook de mondiger en kapitaalkrachtige geworden consument van gezondheidszorg op en deze manifesteert zich vooral in die takken van zorg waar de bejegening centraal staat. Paradoxaal genoeg is dit nu ook juist het gebied waar de overheid voor zichzelf een sturende en verdelende taak ziet weggelegd (de AWBZ gefinancierde care voorzieningen). De spanning die hieruit voortvloeit zal uiteindelijk waarschijnlijk een uitweg in een grotere mate van privatisering zoeken en dat betekent: meer consumenten soevereiniteit. Zover is het nog niet, voorsnog neemt vooral de invloed van de zaakwaarnemers in de gezondheidszorg toe.

Zou ook hier verandering in kunnen komen? Dat zou pas het geval kunnen zijn als het collectieve karakter van het verzekeringsstelsel niet in zijn huidige omvang wordt gehandhaafd. Tot nu toe zijn de ideeën voor een ministelsel, vangnetconstructies en privatisering, die in de rest van de sociale verzekering tot grote veranderingen hebben geleid, in de gezondheidszorg niet aangeslagen. Maar we kunnen de ogen niet sluiten voor de klem waarin de sociale ziektekostenverzekeringen terecht kunnen komen. Enerzijds is er een consequent volgehouden beleid om de collectieve lasten van de gezondheidszorg te beperken, anderzijds zijn er de oplopende kosten als gevolg van een toenemende vergrijzing, een uitgebreider behoeften- en wenspatroon van de bevolking en een smaller draagvlak voor solidariteit bij jongeren. Hoe die spanning precies tot uiting zal komen weten we niet. We zien wel, dat ouderen die via de AWBZ niet tijdig of onvolledig hulp kunnen krijgen, proberen uit te wijken naar particuliere verzekeringen. Dat is een teken aan de wand. Als het rijke en gezonde deel van Nederland niet meer op een aanvaardbare manier door de sociale verzekering kan worden bediend, is het niet onwaarschijnlijk dat zij hun heil elders zoeken, namelijk op de particuliere markten waar de consument wel wat te kiezen heeft.

We kunnen slechts speculeren over de uiteindelijk betekenis van het maatschappelijk ondernemerschap in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is tot nu toe in ieder geval een aansprekend concept gebleken. Maar er zijn tevens nog veel vragen onbeantwoord. Gaat het om ondernemers of om aannemers, dat wil zeggen ondernemen zorginstellingen en verzekeraars werkelijk iets of nemen zij alleen publieke taken waar? Hoe ver reikt het maatschappelijke? Hoe kunnen particuliere organisaties eigenlijk verantwoordelijkheid dragen voor publieke zaken waarop ze geen (directe) invloed hebben? Dat we in Nederland een rijke ervaring hebben in het creatief omgaan met de laatste vraag, maakt deze kwestie nu niet minder controversieel. Is maatschappelijk ondernemerschap in de gezondheidszorg van voorbijgaande aard? Misschien wel. Maar het is niet uit te sluiten dat de huidige brede belangstelling de opmaat is voor een nieuwe besturingsfilosofie en andere bestuurlijke verhoudingen in de zorg (RvZ 1999). Dat zou het geval kunnen zijn indien de overheid, al of niet daartoe gedwongen door 'Europa' en oprukkende kapitaalkrachtige consumenten, verder gaat op de weg van de deregulering van de aanbodbepalingen en het scheppen van ruimte voor eigen initiatief in het veld van de zorg. Zo zou er een ondernemingsklimaat in de zorg kunnen ontstaan, waar vertrouwen en aangepast toezicht van de kant van de overheid wordt beantwoord met creativiteit en publieke verantwoording van het veld.

Literatuur

American Hospital Association (AHA). Impact of Decreased Utilisation on Quality and Access to Care (Council Report spring 1987).

Bijzondere commissie vraagpunten adviesorganen (commissie De Jong). Raad op Maat. Tweede Kamer 1992-1993, 21427 nr. 29.

Borst-Eilers, E. Cost versus Quality. Policy Choices. EHPF-VTHO Meeting. Brussels, February 1988.

Bottenburg, M., G. de Vries en A. Mooij. Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad 1949 - 1999. Zutphen: Walburg Pers, 1999.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker). Bereidheid tot verandering. Den Haag, 1987.

Degen, J.J.E.C. en R. Huijsman. Regionale indicatieorganen in de ouderenzorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Frissen, M.A.G. Partijen in de gezondheidszorg maken afspraken over kwaliteit. In: Medisch Contact 45 (1990) 27/28 (871-877).

Grinten, T.E.D. van der. Delen van de macht. Bewegingen in het beleidsbestel van de gezondheidszorg. In: Beleid en Maatschappij 21 (1994) 4 (182 -184).

Grinten, T.E.D. van der. Ordening van gezondheidszorg. Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie Dekker. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65 (1987) 21 (678 - 694)

Grinten, T.E.D. van der. Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In: Elsinga, E. en Y.W. van Kemenade. Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1997 (162 - 178).

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijke middenveld. Over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg. In: Gezondheid. Theorie in Praktijk 1 (1993) 3 (245 - 263).

Hemerijck, A.C. *The historical Contingencies of Dutch Corporatism*. Oxford: Balliol College, 1993.

Kasdorp, J.P. en G. Schrijvers. *Deregulering, een recept voor de gezondheidszorg*. In: *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg* 62 (1984) 10 (390-402).

Kasdorp, J.P. *Grenzen aan het recht op gezondheidszorg: preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht*, 1988.

Kickert, W.J.M., E-H Klijn en J.F.M. Koppenjan. *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications, 1997.

Klazinga, N. S. *Quality management of medical specialist care in The Netherlands*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 1996.

Lijphart, A. *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek*. Amsterdam: De Bussy. 1968/1979.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). *Advies toekomstige structuur stelsel ziektekostenverzekeringen*. Zoetermeer, 1984.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). *Beleid op maat; een achtergrondstudie over de bestuurlijke vernieuwing in de gezondheidszorg*. Zoetermeer, 1993.

Nuijens, W.J.F.I. *Ziektekostenverzekeringen*. In: Van der Grinten, T.E.D. et al. (red.). *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1993.

Pluimakers, W.H.M.A. *De voorbereiding van het Wetsvoorstel op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. In: Bruggeman, J.M. et al. (red.). *Deventer: Lex Medicorum/Kluwer*, 1991.

Pop, P. en C. Spreeuwenberg. *Handboek Transmurale Zorg*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999 (in druk).

Putters, K. *Maatschappelijk ondernemen in de zorg*. Zoetermeer. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ), 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ). *Besturen in Overleg*. Zoetermeer, 1998 (1).

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ). Trends in de Nederlandse gezondheidszorg. Zoetermeer, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ). De toekomst van de AWBZ. Zoetermeer, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ). Tussen markt en overheid. Zoetermeer, 1998 (2).

Schnabel. P. De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein. In: Kreukels. A.M.J. en J.B.D. Simonis (red.). Publiek domein. De veranderende balans tussen staat en samenleving. Amsterdam: Meppel, Boom, 1988 (172 - 200).

Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid (commissie Willems). Rapport van de subcommissie deel 1, Tweede Kamer. 1993/1994, 23666, nrs. 1 en 2.

Van der Reijden, J.P. Onze kostelijke gezondheid. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 1987.

Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid. Volksgezondheidszorg. Rapporten aan de Regering 52. Den Haag: Sdu, 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Herwaardering van welzijnsbeleid (rapport 22). Den Haag: Staatsuitgeverij, 1982.

Wijngaarden, J.D.H. van en R. Huijsman. Schakelen met regio visies in de ouderenzorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten (1942) is sinds 1993 gewoon hoogleraar Beleid en Organisatie met betrekking tot de Gezondheidszorg bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij studeerde economische sociologie aan de Universiteit van Amsterdam en was van 1978 tot 1993 directeur van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (nu Trimbos-instituut) te Utrecht. In zijn onderzoek richt hij zich vooral op de veranderingen in het beleidsbestel van de Nederlandse gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor de betekenis van publiek-private relaties en de rol die particuliere organisaties spelen in de sturing van de zorg.

Hij was onder meer voorzitter van de Kamer voor de Geestelijke Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, lid van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) en lid van de Commissie Keuzen in de Zorg (commissie Dunning). Hij is kroonlid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, lid van de Gezondheidsraad en president van de European Health Care Management Association (EHNIA).

Mr. J.P. Kasdorp (1945) studeerde Nederlands recht in Amsterdam. Hij is als senior beleidsadviseur verbonden aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Daarvoor werkte hij bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Hij was adjunct-secretaris van de commissie Langemeijer en secretaris van de commissie Dunning.

colofon

productie: SCP

ontwerp: Ron Olij, Utrecht

dtb: Mantext, Nico Heesterman, Moerkapelle

druk: ENRO print bv, Rijswijk

ISBN 90-5749-127-3