

Delen van de macht

Bewegingen in het beleidsbestel van de gezondheidszorg

1. Inleiding

Stroperig, taai, een moeras – dit zijn de gebruikelijke aanduidingen voor de bestuurlijke verhoudingen in de Nederlandse Gezondheidszorg. Het zijn aansprekende termen, die verwijzen naar de belangenverstrengelingen en ondoorzichtigheden in de besluitvorming in de gezondheidszorg en naar de frustraties van degenen die tevergeefs proberen hier verandering in aan te brengen (Subcommissie Wilms 1994). Het zijn ook verhullende termen voor zover ze een juiste kijk op het besturingsvraagstuk van de gezondheidszorg in de weg staan.

Om te begrijpen waarom dit vraagstuk zo ingewikkeld is, zullen we verder door moeten zien te dringen in het wezen, de werking en de veranderbaarheid van het beleidsbestel van de gezondheidszorg: dat geheel van overheids- en semi-overheidsinstanties en particuliere organisaties, wetten, regels en afspraken, bestuurlijke relaties en organisatorische arrangementen dat beleid op het gebied van de gezondheidszorg produceert (Van Doorn 1988). Zo'n analyse geeft niet direct aanknopingspunten voor hoe het besturingsvraagstuk moet worden opgelost, maar het leert iets over de kennelijke randvoorwaarden voor beleid. Over deze achterkant van het beleid handelt dit artikel. Het geeft een schets van het beleidsbestel van de gezondheidszorg en van een aantal veranderingen die zich hierin momenteel voltrekken.

2. Wettelijke structuur

De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Hendriks, begon midden jaren zeventig aan een ambitieus ordeningsplan voor de gezondheidszorg. Op geleide van zijn Structuurnota Gezond-

T.E.D. van der Grinten

is als hoogleraar verbonden aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Adres: Dr Molenwaterplein 50, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

heidszorg (1974) probeerde hij tot een samenhangend systeem van wet- en regelgeving voor de gezondheidszorg te komen. Dit ontwerp, een hoogtepunt van overheidsregulering in de Nederlandse gezondheidszorg, bleef echter in de uitvoering steken. Maar het strandde niet geheel. De gedachtengang uit de Structuurnota werd gebruikt om het sturingsinstrumentarium van de overheid verder op te tui- gen. De *Ziekenfondswet* en *AWBZ* bleven daarbij het belangrijkste vehikel voor de financiering en regulering van de aanspraken van werknemers en burgers op de sociale ziektekostenverzekering. De *Wet Ziekenhuisvoorzieningen* werd opgerekt van bouw- wet tot planningswet. Voor de prijsregulering en bekostiging van de gezondheidszorg werd de *Wet Ziekenhuistarieven* omgebouwd tot de, de hele sector bestrijkkende *Wet Tarieven Gezondheidszorg*.

Dit drieluik van wetgeving, voor het verstrekkingenpakket, de planning en de prijs van de gezondheidszorg, werd de ruggegraat van het overheidsop- treden in de sector. De tekortkomingen hiervan liepen echter al snel in het oog: onsamenhangend, rigide en weinig uitnodigend voor partijen in het veld om zelf initiatieven te ontplooiën en verantwoorde- lijkheden te dragen.

Zo'n tien jaar na het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg ging men aan de slag om het hierop geïnspireerde bureaucratische bouwwerk weer af te breken en te vervangen door een nieuw besturingssysteem, de *gereguleerde concurrentie*. Op geleide van het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, de commissie-Dekker (1988) probeerden de achtereenvolgende kabinetten-Lubbers de overheidsdominantie in de gezondheidszorg terug te dringen ten gunste van de sturing door de 'invisible hand' van de markt. Verzekeraars en aanbieders van zorg zouden in on-

derlinge concurrentie om de gunst van de verzekerde, respectievelijk om een contract met de verzekeraar moeten dingen. In de onderhandelingen tussen deze partijen zou dan bepaald kunnen worden wat en hoeveel er precies aan zorg geleverd moet worden, tegen welke prijs en van welke kwaliteit. Daar hoeft geen overheid tussen te komen, anders dan voor het stellen van minimumgrenzen aan de solidariteit en de kwaliteit en voor het bevorderen van een ordentelijke verloop van het onderhandelingspel. Op deze weg zijn inmiddels een aantal belangrijke stappen gezet, maar van de beoogde fundamentele hervorming van het stelsel is geen sprake.

Na het vertrek van staatssecretaris Simons en in het zicht van een nieuwe regering wordt er gewerkt aan weer een volgend ontwerp. De gedachten gaan nu uit naar een meer gedifferentieerd systeem, waarin de zorg voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten, ouderen en ernstig psychisch gestoorde (de zgn. onverzekerbare risico's) in een klassieke AWBZ worden afgeschermd voor concurrentie tussen verzekeraars, terwijl de overige onderdelen meer in een marktconforme sfeer worden geplaatst (Lapré 1994).

3. Wezen en werking van het beleidsbestel

Wat dit constante geworstel met het besturingsvraagstuk in de gezondheidszorg leert, is dat de werkelijkheid van de gezondheidszorg zich niet straffeloos laat reduceren tot de vertrouwde schema's van overheidsplanning, danwel sturing door de markt. Het lijkt erop dat het beleid in zijn complexiteit en tegenstrijdigheid een noodzakelijke afspiegeling is van de ingewikkeldheid van de gezondheidszorg. Dat is de ingewikkeldheid van de preventie en behandeling van ziekten, de opvang, verpleging, begeleiding en bescherming van zieken en gehandicapten en de revalidatie van herstellers. Het is de ingewikkeldheid die voortvloeit uit de afhankelijkheid van de inzet van honderdduizenden, artsen, hulpverleners en ondersteunend personeel. Van hen wordt professionaliteit, kwaliteit en een gewetensvolle omgang met de emotionele lading en de vele morele dilemma's verwacht; het gaat in de gezondheidszorg vaak om zaken van leven en dood. De zorg dient daarbij breed toegankelijk te blijven en moet daarnaast voldoen aan een veelheid van uit-

eenlopende belangen en claims die op de sector worden gelegd, van het leveren van werkgelegenheid en inkomen (de gezondheidszorg is de grootste werkgever in Nederland) tot het bijdragen aan de terugdringing van het financieringstekort van de overheid (NRV 1993).

Een beleidsbestel dat dit complexe terrein als werkgebied heeft, kan niet eenvoudig zijn. Dit wordt nog duidelijker als we de fundamentele van het beleidsbestel van de Nederlandse gezondheidszorg verder blootleggen. Dan stuiten we op een drietal uitgangspunten:

- een grondwettelijke overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid;
- een grotendeels collectieve financiering van de zorg, met een overheid die op afstand wordt gehouden door het (sociale) verzekeringskarakter;
- een private uitvoering van de zorg.

Deze uitgangspunten liggen ten grondslag aan een wezenskenmerk van het bestel: het ontbreken van een gelegitimeerd en ook materieel voldoende geëquipeerd machtscentrum om meer omvattende veranderingen in de gezondheidszorg door te voeren. Ook bewindslieden belast met de zorg voor de volksgezondheid – tot nu toe niet voor niets meestal een staatssecretaris en geen minister – bezitten deze macht niet, al wordt, als het zo uitkomt, wel gedaan alsof. Als het erop aankomt heeft iedereen veel 'hindermacht', maar weinig 'beslissingsmacht', dat wil zeggen weinig macht om zo nodig tegen de wil van de anderen een beslissing door te drukken. De 'hindermacht' is niet alleen aan het werk bij de pogingen om het stelsel te veranderen, maar ook bij beperktere besluitvormingsprocessen, bij voorbeeld bij de ingewikkelde procedures die in het kader van de *Wet Ziekenhuisvoorzieningen* gevolgd moeten worden om een ziekenhuis te stichten en te (ver)bouwen (Baakman 1990).

Door deze machtsbalans wordt de gezondheidszorg als het ware beschermd tegen de exclusieve toepassing van één ordeningsontwerp, welk dan ook. Of het nu gaat om sturing door de overheid (Hendriks) dan wel een sturing door de markt (Simons), de machtsconstellatie maakt de integrale doorvoering van dergelijke voorstellen onmogelijk en garandeert tot op grote hoogte een evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg, inclusief de veranderingen van het hierop gerichte beleidsbestel.

De irrationaliteiten die hier onvermijdelijk uit voortvloeien betekenen voor de beleidmakers echter even zovele aansporingen om toch te proberen zo dicht mogelijk in de buurt van een logisch samenhangend systeem te komen. Pogingen in deze richting blijven meestal niet zonder effect. Maar in de gegeven verhoudingen is dat veelal een gedeeltelijk en ook impliciet effect. Wat we dan zien, zijn processen van *articulatie* van ideeën voor nieuw beleid, *anticipatie* hierop in allerlei deelbeslissingen en *absorptie* van deze ideeën en deelbeslissingen in het gedragsrepertoire van de verschillende actoren (Van der Grinten 1987).

Hoeksteen van dit bestel zijn de beleidsnetwerken van overheid en organisaties uit de particuliere sfeer, waarin beleidsproblemen worden bepaald en zo mogelijk opgelost (Ringeling en Hufen 1990). In de gezondheidszorg vertonen deze beleidsnetwerken sterk neocorporatistische trekken. (Van Mierlo en Gerrichhausen 1988). Beleid wordt gevormd in een gebied tussen staat en burger, waar organisaties van aanbieders, zorgverzekeraars, patiënten/consumenten, werkgevers en werknemers in samenspraak met de overheid en al of niet in het formele verband van een adviesorgaan, doende zijn met de publieke zaak. Dit 'maatschappelijk middenveld', produkt van tientallen jaren verzuilde ontwikkeling (1920-1965), staat sinds het einde van de jaren zestig van verschillende kanten onder een toenemende druk (Van der Grinten 1990, 1993).

Van binnen wordt dit middenveld *uitgehoud* door processen van democratisering en individualisering. Dit treft vooral de koepelorganisaties, zoals de artsenorganisatie (KNMG), de organisatie van ziekenhuizen (NZF) de organisatie van zorgverzekeraars (VNZ) en andere. Het idee dat de vereniging naast belangenbehartiging ook een functie moet vervullen in het algemeen belang, verdwijnt naar de achtergrond. De individuele leden oriënteren zich steeds meer op het eigen belang. De koepelorganisaties reageren daarop met een ombouw tot brancheorganisatie.

Aan de bovenkant wordt het maatschappelijke middenveld als het ware *leeggezogen* door een zich sterker op de voorgrond dringende overheid. Die laat zich minder gelegen liggen aan de opvattingen in het veld en meer aan de oordelen van de politiek (De Wolff 1984). In het kader hiervan worden mo-

menteel de externe advies- en uitvoeringsorganen van de overheid gesaneerd.

Aan de onderkant ten slotte wordt het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg *leeggetrokken* door zich profilerende individuele organisaties, in het bijzonder van aanbieders en zorgverzekeraars, die zich meer oriënteren op hun 'markt' en de daarbij behorende strategische omgeving dan op het verenigingsverband.

Kijken we wat nauwkeuriger naar de *mate* waarin deze veranderingen optreden, dan is het beeld echter diffuser en verrassender. De overlegcultuur is allerminst uit de gezondheidszorg verdwenen en de particuliere organisaties blijken nog wel degelijk een maatschappelijke dubbelrol te (moeten) spelen in het publieke domein van de gezondheidszorg, bij voorbeeld ten aanzien van kwesties als de kostenbeheersing, de toegankelijkheid, de spreiding, de omvang en de kwaliteit van de zorg. Daarbij is het speelveld verbreed, van de formele externe adviesorganen naar de meer informele en ad hoc beleidsnetwerken en van het nationale naar het regionale niveau. Een belangrijke reden voor deze doorlopende publieke functie van particuliere organisaties schuilt in de eerder genoemde uitgangspunten van de Nederlandse gezondheidszorg, in het bijzonder de combinatie van de overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid, de grotendeels collectieve financiering en de private uitvoering (Van der Grinten 1993).

Tot zover dit korte uitstapje naar het wezen en de werking van het beleidsbestel van de gezondheidszorg en de constanten en veranderlijkheden die daarin zijn te ontdekken. Hoe kort ook, het maakt al iets duidelijk van de marges voor beleid in de gezondheidszorg en de beperkte mogelijkheden om op een geplande wijze veranderingen in het beleidsbestel zelf door te voeren.

Het geeft nog eens aan waarom onderhandelen en ruilen, consensus en compromisvorming zulke belangrijke ingrediënten in de besturing van de gezondheidszorg zijn. Het laat ook zien, dat wat vaak gepresenteerd wordt als een korte *overgangssituatie* van de beleidscondities – 'we zijn op weg van het ene sturingsparadigma naar het andere' – meer weg heeft van de *normale situatie*. Omdat de geschetste complexiteit van de gezondheidszorg en de machts-

verhoudingen in het bestel de consequente doorvoering van één structuurontwerp in de weg staan, zal het resultaat van hervormingsbeleid altijd een wisselende mengeling zijn van 'oud' en 'nieuw'. Bij voorbeeld elementen uit het 'oude' systeem als regionalisatie, aanbodsregulering en samenwerkingsdwang worden nu vermengd met elementen uit het 'nieuwe' systeem, zoals competitie en onderhandelingsvrijheid van individuele organisaties.

Ten slotte komen uit deze korte beschouwing ook grenzen van de 'ontvlechting' van overheid en private organisaties naar voren. Zolang de basiscondities niet zijn veranderd en er dus een aanzienlijk publiek domein in de gezondheidszorg bestaat dat niet het uitsluitende ressort van de overheid is (Kreukels en Simonis, 1988), zo lang zijn overheid en particuliere organisaties in de gezondheidszorg tot elkaar veroordeeld. Natuurlijk sluit deze situatie helderheid over ieders verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet uit. Maar die helderheid kan in de geschetste afhankelijkheden moeilijk verkregen worden uitsluitend met behulp van de klassieke dichotomie van overheid versus samenleving.

Het is dan ook heel consequent dat sommigen voor wie deze afhankelijkheden een gruwel zijn, terugredeneren en proberen de genoemde uitgangspunten van tafel te krijgen. Deze pogingen richten zich momenteel vooral op de collectieve financiering. Als het lukt om de gezondheidszorg onder het juk van de 'Collectieve Lastendruk' uit te krijgen – door financieringsverschuivingen (normalisering van de premie, eigen betalingen) – dan vervalt inderdaad een belangrijke reden voor de overheid om zich zo intensief met de gezondheidszorg te bemoeien en kan de gezondheidszorg meer aan het vrije spel van de 'zelfsturing' worden overgelaten (NRV 1994a).

In de context van het hier geschetste beleidsbestel voltrekken zich momenteel veranderingen in het samenstel en samenspel van de drie hoofdrollen: de overheid, de zorgverzekeraar en de aanbieders van zorg. Hier wordt in het navolgende aandacht aan besteed.

4. Spreiding van overheidsmacht

Evenals dat in de andere sectoren van de samenleving het geval is, is ook de gezondheidszorg het to-

neel van bestuurlijke hervormingen met als inzet: spreiding van overheidsmacht. Trefwoord hierbij is *decentralisatie*, een proces dat zich in twee richtingen uitstrekt.

Allereerst is er de verplaatsing van taken en bevoegdheden van de overheid naar de particuliere sfeer, de *functionele decentralisatie*. In de praktijk betekent dit: meer macht voor verzekeraars en aanbieders. Dat wordt hierna verder toegelicht. Eerst wordt echter ingegaan op de andere variant van de spreiding van overheidsmacht: de verplaatsing van taken en bevoegdheden binnen de overheid, van het rijk naar de lagere overheden, de *territoriale decentralisatie*.

In deze verplaatsing van taken en bevoegdheden van het rijk naar lagere overheden zijn twee vormen te onderscheiden. In de eerste plaats de vergroting van de mogelijkheden voor regelgeving van provincies en (grote) gemeenten ten aanzien van het aanbod van de gezondheidszorg. Over deze machtsverschuiving speelt zich in de schaduw van het grote bestuurlijke geweld rond de stelselherziening van de gezondheidszorg een kleine strijd af. Vooral de provincies proberen hierin hun bestuurlijke positie in de gezondheidszorg te handhaven en liefst te versterken.

Waar gaat het om? In het kader van de *Wet Ziekenhuis Voorzieningen* heeft de provincie nu nog formele bevoegdheden ten aanzien van besturing van de gezondheidszorg en de planning, capaciteitsbepaling en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Maar deze bevoegdheden verdwijnen als de sturing van de zorg primair een zaak van partijen, in het bijzonder verzekeraars en aanbieders, wordt. Als verdedigingslinie wordt nu door de provincies de 'Regiovisie' naar voren geschoven, een planningsdocument voor de gezondheidszorg dat bindend zou moeten zijn voor partijen. Verzekeraars en aanbieders verzetten zich hier eensgezind tegen, onder verwijzing naar het primaat van de functionele decentralisatie in de overheidsplannen voor een andere besturing van de gezondheidszorg ('geef ons nu eerst eens de kans'). En niet zonder succes. De 'Regiovisie' maakt voorlopig weinig kans op een wettelijke status. Eerder is de handhaving van een uitgekilde *Wet Ziekenhuis Voorzieningen* te verwachten, met een grotere rol van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg aan de ene kant en het rijk

aan de andere kant. Met andere woorden een combinatie van functionele decentralisatie en territoriale centralisatie (NRV 1992).

Maar wanneer de lobby van provincies, gesteund door gemeenten en patiëntengroepen, succesvol is en de 'Regiovisie' toch een wettelijk sturingsinstrument in handen van de lagere overheden wordt, dan levert dat wel degelijk een verschuiving in de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg op ten gunste van de lagere overheden.

Het overhevelen van de financiering van voorzieningen uit de sociale ziektekostenverzekering (Ziekenfondswet, AWBZ) naar de algemene middelen kan beschouwd worden als een andere variant van territoriale decentralisatie. Namelijk als de aanwending van die middelen vervolgens in handen van de gemeenten wordt gelegd. Dit is zeker geen denkbare situatie, als bij voorbeeld de wooncomponent in de gezondheidszorg, en onderdelen van de extramurale gezondheidszorg, zoals thuishulp, geheel of gedeeltelijk uit de ziektekostenverzekering worden gehaald (NRV 1984b). Gemeenten komen dan in beeld als (mede)financiers van deze onderdelen van de zorg en dat verschafft hen de macht van de 'koorden van de beurs'.

5. Machtsvorming van Zorgverzekeraars

Het meest opvallende effect van het hervormingsbeleid van staatssecretaris Simons is de verschuiving van de machtsbalans in de gezondheidszorg ten gunste van de zorgverzekeraars. De (aankondiging van de) opheffing van de contracteerplicht en het loslaten van de regiogrenzen hebben de ziekenfondsen vrijheden in het vooruitzicht gesteld om met de aanbieders van hun keuze zaken te doen. Dit heeft een veranderingsproces op gang gebracht volgens het eerder beschreven stramen: articulatie van een idee (sturing van zorg door middel van onderhandelingen en overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en aanbieders), anticipatie hierop (lossere band met de koepel, aangaan van strategische allianties met verzekeraars op regionaal en landelijk niveau) en absorptie van het idee in regels, houding en gedrag (zelfbewustere, zich actiever met zorg bemoeiende verzekeraars).

De volgende fase in deze beleidsketen kondigt

zich overigens alweer aan: een (her)groepering van de aanbieders van de zorg, mede in reactie op de machtsvorming van de zorgverzekeraars (Laffr e 1993). Dit verzwakt natuurlijk de relatieve macht van de verzekeraar, maar het verstevigt de macht van de as verzekeraar-aanbieder ten opzichte van de 'derde' partij (consumenten) en de overheid.

De belangrijkste machtsbronnen van de zorgverzekeraar zijn: geld en de positie die men in de onderhandelingen met de aanbieders weet in te nemen. De onderhandelingsmacht krijgt een bijzondere inkleuring door de 'regisseursrol' die de verzekeraar is toegedacht. Deze rol komt er op neer, dat voor zover de rijksoverheid terugtreedt en de provincie uit de gezondheidszorg verdwijnt, de verzekeraar dient te zorgen voor een doelmatig regionaal aanbod (NRV 1992, Commissie Welschen 1994). Met het vervullen van een dergelijke rol, en met de daarbij behorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van de capaciteit, de (regionale) spreiding, de toegankelijkheid, de kwaliteit en de kostenbeheersing van de zorg, begeeft de verzekeraar zich verder op het publieke domein van de gezondheidszorg. Zo bezien dringt het beeld zich op van een stelsel van *communicerende vaten* tussen overheid en zorgverzekeraar: naarmate de verzekeraar taken op genoemde gebieden vervult, des te minder aanleiding is er voor de overheid om op deze terreinen actief te blijven – en andersom.

Het laat zich aanzien dat deze regisseursrol van de zorgverzekeraar tot veel discussie zal leiden. In de kring van de verzekeraars hebben de particuliere verzekeraars, met hun achtergrond van schadeverzekering en polisverkoop, nog weinig affiniteit met deze kant van de zaak. De aanbieders moeten zien klaar te komen met een pikant dilemma: acceptatie zonder meer van deze rol van de zorgverzekeraar zou de onderhandelingspartner onevenredig veel invloed verschaffen. Maar een te krachtig verzet hier tegen brengt onvermijdelijk de lagere overheden weer terug als bestuurders van de gezondheidszorg. Deze laatsten zullen tenslotte in de regisseursrol zeker aanleiding zien om het klassieke vraagstuk in het openbaar bestuur van de spanning tussen rationaliteit en legitimiteit – en in de gezondheidszorg spitst zich dat toe op de spanning tussen de functionele en territoriale decentralisatie – weer op de politieke agenda te krijgen.

6. Macht van het Management

Verplaatsen we het gezichtspunt naar de andere partner, de aanbieder van zorg (instellingen voor thuiszorg, huisartsen, ziekenhuizen, specialisten, RIAGG's e.d.), dan kunnen we constateren dat ook hier de twee eerder genoemde factoren aan het werk zijn: decentralisatie en schaalvergroting. De tendens om het zwaartepunt van de besturing van de gezondheidszorg zo dicht mogelijk in de buurt van het primaire proces te leggen (decentralisatie) en daarbij rekening te houden met de 'economies of scale' (schaalvergroting) is hier vooral het gevolg van het complexer worden van de verzorgingsarrangementen, de snelle technologische ontwikkeling en de toenemende economische noodzaak om doelmatiger en meer marktgericht te werken.

Deze ontwikkelingen verdragen zich slecht met 'simpele' beheersstructuren, die uitgaan van centrale sturing en hiërarchische gezagsrelaties. We zien dan ook een geleidelijke verschuiving in de gezondheidszorg van de 'locus of control' van het landelijk niveau – het centrum van de wet- en regelgeving – naar het regionale niveau en voor zover het om instellingen gaat, naar het niveau van de individuele organisaties en daarbinnen, zo nodig, de divisies. Op dit instellingsniveau is men in de weer met moderne organisatiekundige inzichten op het gebied van het strategisch management, strategische marketing en het verder professionaliseren van de verschillende operationele managementgebieden: informatica, logistiek, personeelsbeleid en financieel beleid (Van der Grinten 1993). Het effect van deze processen van decentralisatie en schaalvergroting op de machtspositie van de aanbieder is tweeledig.

Eerzijds wordt de afstand van de overheid tot de uitvoering van de gezondheidszorg verder vergroot. Anderzijds worden aan de onderkant van het systeem de uitvoerders van de zorg op grotere afstand van het management gezet. Met name de artsen moeten iets inleveren van hun traditionele invloed op de inrichting en de besturing van de gezondheidszorg. Of, nauwkeuriger gezegd: zij moeten die invloed in toenemende mate delen met anderen, in het bijzonder het management (NZR 1991).

Deze ontwikkelingen raken aan de klassieke machtsbron in de gezondheidszorg: de professionele kennis waarover de beroepsbeoefenaren in de ge-

zondheidszorg beschikken. Kennis waaraan met name de artsen hun professionele autonomie ontleen. Niet het belang van de specialistische kennis staat hierbij ter discussie, maar wel de *exclusiviteit* van de rechten die daaraan ontleend kunnen worden. De bijdrage van de professionals aan de gezondheidszorg wordt steeds meer een onderdeel van de bedrijfsprocessen in de gezondheidszorg.

Wat we zien is dat professionele kennis als machtsbron meer moet concurreren met de andere machtsbronnen: *geld* aan de ene kant (en aan die kant dringt de verzekeraar zich verder naar voren, met de overheid op de achtergrond) en *organisatie* aan de andere kant. Deze laatste factor, organisatie, refereert aan de eisen van de moderne bedrijfsvoering. Deze eisen kaderen het bereik van de professionele autonomie in. De sleutelactoren aan deze kant zijn de professionele managers (Commissie Biesheuvel, 1994). Zij zijn het die zich, naast de verzekeraars, als de nieuwe machtshebbers in de gezondheidszorg manifesteren.

7. Ten slotte

En de gebruikers van de gezondheidszorg? Hebben zij dan geen macht? Zij hebben zeker invloed. De lobby van (categorale) patiëntenorganisaties is vaak succesvol. Er bestaat in Nederland een hoog moreel besef van het belang van de patiënt bij een kwalitatief hoogwaardige en breed toegankelijke gezondheidszorg. In de politiek laat men zich daar ook veel aan gelegen liggen. Maar de consument van de gezondheidszorg heeft nog weinig toegang tot de machtsbronnen waarover de andere actoren beschikken. Werkelijke macht van de consument staat of valt met de vrijheid die hij heeft om zorg te kopen. Vooralsnog is die vrijheid beperkt. De mogelijkheden voor de consument om een polis, respectievelijk een verzekeraar naar zijn voorkeur te kiezen zijn weliswaar verruimd. Ook is er een interessante volgende stap gezet op de weg naar meer consumentensoevereiniteit in de gezondheidszorg door de introductie van het zogenaamde cliëntgebonden budget, onder andere in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg (Lapré 1994). Maar de marktimperfecties van de gezondheidszorg, de paternalistische motieven die de overheid bij de besturing van deze zorg hanteert en de geschetste machtsconstellatie

van de drie actoren, overheid, verzekeraars en aanbieders, maken dat deze mogelijkheden van de consument nog weinig gewicht in de schaal leggen.

Literatuur

- Baakman, Nico A.A., 1990, *Kritiek van het openbare bestuur. Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*, Thesis Publishers, Amsterdam.
- Commissie modernisering curatieve zorg (Commissie Biesheuvel), 1994, *Gedeelde zorg: Betere Zorg*, Rijswijk, Ministerie van WVC, januari.
- Commissie Modernisering Ouderenzorg (Commissie Wel-schen), 1994, *Ouderenzorg met toekomst*, Den Haag.
- Doorn, J.A.A., 1988, *Rede en Macht. Een inleiding tot beleidswetenschappelijk inzicht*, VUGA, 's-Gravenhage.
- Grinten, T.E.D. van der, 1987, 'Ordering van Gezondheidszorg. Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de Commissie Dekker', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 63: 678-681.
- Grinten, T.E.D. van der, 1990, Macht, tegenmacht, onmacht. De hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In: Dekker, E., en E. Elsinga (red.), *Mensen en Machten. Gezondheidszorg in de jaren negentig*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, blz. 115-128.
- Grinten, T.E.D. van der, 1993, 'Veranderingen in het Maatschappelijk Middenveld: Over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg.' *Gezondheid, Theorie in Praktijk* nr. 3, 245-263
- Hufen, J.A.M., en A.B. Ringeling (red.), 1990, *Beleidsnetwerken: Overheid, semi-overheid en particuliere organisaties in wisselwerking*, VUGA, 's-Gravenhage.
- Kreukels, A.M.J. en J.B.D. Simonis., 1988, *Publiek Domein. De veranderende balans tussen staat en samenleving*, Boom, Meppel Amsterdam.
- Laffrée, Chr. R.J., 1993, 'Gezondheidszorg: Quo Vadis?' *Medisch Contact*, 48: 1623-1629
- Lapré, R.M. e.a. (red.), 1994, *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Utrecht, De Tijdstroom.
- Mierlo, J.G.A. van, Gerrichhausen, L.G. (red.), 1988, *Het particulier initiatief in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij. Een bestuurlijke benadering*, De Tijdstroom, Lochem.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992, *Regionale Afstemming*, Zoetermeer.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993, *Beleid op Maat: Een achtergrondstudie over de bestuurlijke vernieuwing in de gezondheidszorg*, Zoetermeer.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994a, *Functie FOZ: Advies over de betekenis van het Financieel Overzicht Zorg in het beleidsproces*, Zoetermeer.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994b, *Huisvesting met zorg: Discussienota over de relatie tussen zelfstandig wonen en intramuraal verblijf*, Zoetermeer.
- Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en Landelijke Specialisten Vereniging, 1991, *Managementparticipatie van medische specialisten in algemene ziekenhuizen*, NZR, Utrecht.
- Subcommissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid (Commissie Wilms), 1994, *Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1993-1994, stuk 23 666, nr. 1-2, 24 maart '94.
- Wolff, L. de, 1984, Overheid en maatschappelijke organisaties: Van corporatisme naar étatisme. In: Beus, J.W. de, en J.A.A. van Doorn (red.), *De Interventiestaat*, Boom, Meppel, pp. 199-224.