

Stand van zaken

Hervorming van de gezondheidszorg

Zal het deze keer wel lukken?¹

Tom van der Grinten

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten is hoogleraar Beleid en Organisatie Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Recente publicaties: 'Sturing door en sturing van de vraag: Kanttekeningen bij vraagsturing in de gezondheidszorg' (*b en m* 27 (4) 249-255) en 'Maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg: Partners in beleid en ondernemers voor de publieke zaak' (*Bestuurskunde* 10 (1) 40-49).

Adres: Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
T (010) 408 85 55
E-mail vandergrinten@bmg.eur.nl

1 Evolutionaire ontwikkeling

Aan het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg ligt geen plan of samenhangend idee ten grondslag. Het is ontstaan in een langgerekt, evolutionair ontwikkelingsproces dat in het begin van de vorige eeuw een aanvang nam. Een uitzondering hierop was de invoering van het verplichte ziekenfondsstelsel, maar er was dan ook een oorlog voor nodig om dat ingevoerd te krijgen. De Duitse bezetter drukte het er in 1941 door. In vreedstijd lukt een dergelijke majeure stelselherziening kennelijk niet. Dit maakt nog eens extra duidelijk waar de grenzen van een 'stelselherziening' van de gezondheidszorg vooral gezocht moeten worden: in de bestuurlijke condities die voor de beleidsvorming op dit terrein aanwezig zijn.

De bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg heeft nog steeds sterk neocorporatistische trekken, een erfenis uit de ontwikkelingsperiode van het stelsel. Deze bestuursstructuur en -cultuur vervult, sociologisch gezien, een opvallende functie voorzover het gaat om ingrijpende veranderingen in gegroeide verhoudingen: het onschadelijk maken van orderingsontwerpen die niet door de partners in en om de gezondheidszorg

(de overheid en organisaties van aanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers en werknemers) worden gedragen. Deze functie stamt uit de tijd dat in de verzuilde samenleving controversiële kwesties en inhoudelijke tegenstellingen tussen de verschillende als gelijkwaardig beschouwde levensbeschouwelijke groeperingen, overbrugd moesten worden. Dat overbruggen van tegenstellingen gebeurde in de relatieve beslotenheid van het contact tussen de top van de diverse maatschappelijke groeperingen en de overheid. In dat contact kwam men door overleg, onderhandeling en ruil tot afspraken (Lijphart 1975). Ook nadat, sinds het midden van de jaren zestig, de oorspronkelijke reden van deze 'pacificatie-democratie' – het kanaliseren van, vooral, levensbeschouwelijke tegenstellingen – haar geldigheid begon te verliezen, is deze functie niet verdwenen (Zahn 1989; Hemerijck 1992). Het aangrijpingspunt is alleen verbreed naar alle ideologisch en logisch gefundeerde hervormingsvoorstellen die een 'totale' verandering van de gezondheidszorg beogen. Dat wil zeggen dat, hoe overtuigend de doelrationaliteit van een orderingsontwerp voor de gezondheidszorg ook mag zijn, de bestuurlijke condities een algehele invoering daarvan de facto onmo-

gelijk maken. Op deze manier zorgt de bestuursstructuur en -cultuur voor een evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg, inclusief de organisatie van deze zorg.

Voor de vele bestuurlijk betrokkenen bij de Nederlandse gezondheidszorg bevatten de inherente tekortkomingen in het systeem van de gezondheidszorg evenzovele prikkels om steeds weer te zoeken naar een ordening van de gezondheidszorg die voldoet aan de hoge maatschappelijke eisen van toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit. Deze bestuurlijke onrust is een weerspiegeling van de constante spanning tussen enerzijds de behoefte aan een technisch perfect systeem, dat (dus) vraagt om ingrijpende hervormingen, en anderzijds een, meer of minder bewust, besef van de praktische onmogelijkheid om hier op afdoende wijze vorm aan te geven. Deze spanning loopt regelmatig op, maar die kan in de gegeven omstandigheden niet anders worden opgelost dan door ontladingen in een 'pseudo-beleid': er wordt dan vooral overlegd, geadviseerd, gedebatteerd en besloten over de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg, met een inzet en hartstocht die omgekeerd evenredig lijkt aan het directe effect. Deze wijze van werken is erg frustrerend voor de betrokkenen bij het beleid en ogenschijnlijk nogal inefficiënt, maar ze lijkt toch niet zonder betekenis. Er treden wel degelijk effecten van dit beleidsproces op, maar die zijn het gevolg van indirecter werkende processen van *articulatie* van ideeën, *anticipatie* hierop in allerlei deelbeslissingen en *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).

2 Reacties en veranderingen

De maatschappelijke en politieke reactie op deze situatie, dat wil zeggen de feitelijke onmogelijkheid om de gezondheidszorg door middel van gericht beleid grondig te veranderen, is er meestal een van onbegrip, afkeuring en frustratie. Dan wordt er gewezen op de stropigheid van de besluitvorming, de ontoelaatbare 'hindermacht' die belangengroepen in deze besluitvorming kunnen ontwikkelen en op de slappe houding van politici (Baakman 1990; Commissie Willems 1994). De andere kant van de medaille krijgt minder aandacht, maar is in de gegeven omstandigheden niet minder relevant.

In de eerste plaats zijn er de risico's die gelopen worden indien gepoogd wordt radicale hervormingen in de gezondheidszorg geforceerd door te voeren, terwijl de technische problemen nog niet zijn opgelost en de beleidscontext daar (nog) niet op is berekend. Traagheid in de besluitvorming kan natuurlijk leiden tot het missen van kansen en het bieden van ruimte aan weerspanningen om hun verzet te organiseren. Maar deze traagheid kan evenzeer een betere overweging van het besluit opleveren, ruimere mogelijkheden bieden om de koers uit te proberen en weerstanden te testen, draagvlak voor het beleid op te bouwen en medewerking bij de uitvoering te verkrijgen (Hendriks 1998). Bij zo'n complex proces als een stelselherziening van de gezondheidszorg, is het onwaarschijnlijk dat alle technische problemen vooraf te kennen zijn en uit de weg zijn te ruimen (Schut 1996). Het is dan essentieel om gelegitimeerd met technische onvolkomenheden te kunnen starten en daarbij over voldoende buffers te beschikken om 'fouten' op te kunnen vangen en te zorgen dat het systeem niet ontspoorde.

Daarnaast zijn er de feitelijke veranderingen die zich in de Nederlandse gezondheidszorg voltrekken in de processen van articulatie, anticipatie en absorptie (Putters 2001). Deze veranderingen wijken vaak af van datgene wat de beleidsmakers zich hadden voorgesteld, maar ze kunnen niet worden afgedaan als een 'falen van de stelselherziening'. Zo is er sinds het verschijnen van het advies van de commissie Dekker in 1987 (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987) een aanzienlijke mate van overeenstemming ontstaan over het veranderingsperspectief voor het stelsel, samen te vatten onder het begrip *gereguleerde concurrentie*, terwijl er daadwerkelijk stappen in deze richting zijn gezet. Het effect hiervan is vooral te zien in de veranderende positie van de zorgverzekeraars in het veld van de gezondheidszorg. Aan hen is in het nieuwe stelsel een sleutelrol toegedacht als actieve inkopers van gezondheidszorg ten behoeve van hun verzekerden. Ziekenfondsen zijn hier inmiddels behoorlijk voor geëquipeerd onder andere door de invoering van normuitkeringen en nominale premies in de ziekenfondsverzekering, het loslaten van hun contracteerverplichting voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren, hun toegenomen financiële zelfstandigheid en de ruimte om onderling te kunnen concurreren (Van de Ven 1999).

Maar belangrijke onderdelen van de stelselherziening zijn nog niet gerealiseerd. Dat geldt in ieder geval voor de basisverzekering (integratie ZFW en AWBZ), het opheffen van het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekering en de bredere toepassing van het systeem van gereguleerde concurrentie.

Hoeveel kans is er dat hier nu knopen over worden doorgemaakt? Dat zal afhangen van een aantal kritische succesfactoren (Van der Grinten 1997):

- technische problemen (zoals het kunnen voorkómen van risicoselectie door verzekeraars, de toepasbaarheid van het mededingingsbeleid voor de gezondheidszorg en de beschikbaarheid van adequate informatie over kwaliteit, prijs en prestaties);
- sociaal-economische barrières (loslaten van het budgettaire kader voor de gezondheidszorg, acceptatie van de inkomensconsequenties die het gevolg zijn van een stelselherziening);
- politieke steun en maatschappelijk draagvlak;
- bestuurlijke randvoorwaarden (in het bijzonder de publiek-private-professionele afhankelijkheden);
- veranderingsstrategie (congruentie tussen gekozen strategie en bestuurlijke condities).

Het is leerzaam om nog eens te kijken naar de vorige hervormingspoging van de gezondheidszorg waar de toenmalige staatssecretaris voor volksgezondheid in het derde kabinet Lubbers (1989-1994), H. Simons, voor verantwoordelijk was.

3 Ervaringen van Simons

Staatssecretaris Simons worstelde met een veelheid aan technische problemen, sociaal-economische tegenwerpingen en afbrokkelende politieke steun, na een aanvankelijk groot politiek enthousiasme voor zijn hervormingsplan. Het maatschappelijk draagvlak voor zijn plannen was diffuus, vooral vanwege een zwakke *sense of urgency*. Die urgentie was zo gering omdat de kwaliteit van zorg toentertijd acceptabel werd geacht, er redelijk wat greep was op de kosten en men voor de meest zichtbare problemen (wachttijsten en -tijden, bejegening, gebrek aan keuzemogelijkheden) niet meteen dacht aan radicale ingrepen in het stelsel. Gereguleerde concurrentie leefde niet echt (Van der Grinten 1997). Daarbij kwam dat Simons niet kon steunen op empirische

evidentie, niet in Nederland noch in andere landen, waaruit zou blijken dat het door hem voorgestelde stelsel werkelijk zou opleveren wat het beloofde. Zijn plan moest het uiteindelijk vooral hebben van zijn theoretische en politiek-ideologische overtuigingskracht. Zonder te kunnen verwijzen naar een algemeen gevoel van urgentie, moest Simons het publiek en de politiek ervan zien te overtuigen, dat de gezondheidszorg toch echt in een grote crisis verkeerde en dat het allemaal goed zou komen als het roer zou worden omgegooid overeenkomstig de aanbevelingen van de commissie-Dekker, echter zonder *empirical evidence* van het Dekker-recept. Hij was met andere woorden volledig aangewezen op zijn bestuurlijke mogelijkheden. Met een overzichtelijk hiërarchisch besturingssysteem zou het wellicht nog zijn gelukt om het plan er simpelweg door te drukken, maar in de restanten van de neocorporatistische bestuursstructuur en –cultuur, met een zwak departement en de tanende politieke steun, werd dat een hopeloze onderneming. Hij probeerde het wel, maar zijn topdown-veranderingsstrategie kreeg nauwelijks aansluiting bij deze complexe bestuurlijke context. Simons zette in op een veelomvattend hervormingsplan, dat in een relatief korte periode gerealiseerd zou moeten zijn. Dáaraan afgemeten is zijn stelselherziening inderdaad mislukt (Maarse and Kerkhoff 1995).

Minister Borst nam bij haar aantreden in 1994 meteen afstand van de pretenties van haar voorganger. Onder algehele bijval verwierp ze de blauwdrukplanning van Simons en zette daar haar stapvoor-stapbenadering voor in de plaats. Deze aanpak werd ook gebruikt om er min of meer *en passant* een aantal belangrijke moderniseringsprocessen zowel in de sector van de *care* als van de *cure* mee op gang te brengen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2001a; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2001b). Maar van een ambitie om het hele stelsel van de gezondheidszorg ‘op de schop’ te nemen, was onder Paars geen sprake. Slechts met tegenzin reageerde minister Borst op de steeds luider wordende roep om te komen met een nieuw hervormingsplan voor de gezondheidszorg. Dit plan is weliswaar nog door het tweede Paarse kabinet opgesteld, maar met de uitdrukkelijke boodschap dat het volgend kabinet de uitvoering hiervan maar ter hand moest nemen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2001c).

4 Betere kansen?

Hoe staat het medio 2002 met de kansen voor een hervorming van de gezondheidszorg? Kunnen er nu knopen worden doorgemaakt op het punt van de financiering (opheffen van het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekering, premiestelling), de basisverzekering (verzekeringspakket, integratie ZFW en AWBZ) en de besturing van de zorg (brede toepassing van het systeem van gereguleerde concurrentie)? Dat zal hangen van de kritische succesfactoren.

De technische problemen lijken inmiddels minder knellend. Er is flinke vooruitgang geboekt op het terrein van de normuitkeringen, risicoselectie kan steeds beter worden voorkomen en het mededingingsbeleid begint operationeel te worden voor de gezondheidszorg. Maar op het terrein van de informatie over kwaliteit, prijs en prestaties moet nog veel worden gerealiseerd.

De sociaal-economische gevolgen van een stelselherziening lijken minder problematisch. Vergelijken met tien jaar geleden wordt de gezondheidszorg minder als een kostenpost en meer als een nuttig goed gezien, de inkomenseffecten van een verandering in financieringsgrondslag lijken meer geaccepteerd te worden, kostenbeheersing lijkt minder dominant en er is – was? – rijkdom als smeergeld voor verandering.

De *sense of urgency* voor verandering is fors toegenomen, zowel door externe ontwikkelingen – demografische verschuivingen (vergrijzing), veranderingen in ziektepatronen (meer chronische aandoeningen), technologische doorbraken, liberalisering en individualisering van de samenleving (mondiger burgers, meer eisende patiënten en consumenten), globalisering (Europa) –, als door een groeiende besef van een tekortschietend stelsel (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999; Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau 2000; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000).

Afgemeten aan deze factoren zijn de hervormingskansen evident gunstiger dan ten tijde van Simons. Maar tegenover deze positieve effecten staat dat publiek, noch patiënten/consumenten of professionals in de zorg echt vragen om een 'stelselherziening'. Het gaat hen, nog steeds, primair om

een vermindering van wachtlijsten en wachttijden, een goede kwaliteit en bejegening en meer keuzemogelijkheden, waarbij het niet aan iedereen duidelijk is in hoeverre hiervoor een basisverzekering, één zorgverzekeraar en een systeem van gereguleerde concurrentie nodig is. Bovendien ontbreekt het nog steeds aan empirische evidentie, in Nederland of elders, dat een dergelijk systeem ook werkelijk de gewenste oplossingen biedt.

Dit betekent dat keuzen op dit terrein wederom sterk afhankelijk zijn van de theoretische en politiek-ideologische overtuigingskracht van het plan en van de doortastendheid van degenen die zich daarmee identificeren. En deze doortastendheid is op haar beurt weer afhankelijk van de bestuurlijke randvoorwaarden in en om de gezondheidszorg. Deze bestuurlijke randvoorwaarden zijn onder Paars ingrijpend veranderd, in het bijzonder door de ontvlechting en herstructurering van de formele advies- en uitvoeringsorganen, de operatie Raad op Maat. Hierdoor is de ruimte voor politieke besluitvorming belangrijk vergroot (Ministerie van Binnenlandse Zaken 2001). Maar de formele bestuurlijke vervlechtingen tussen de publieke en private sfeer mogen dan vrijwel verdwenen zijn, dat geldt niet voor de publiek-private-professionele afhankelijkheden in de besturing en de uitvoering van de gezondheidszorg. De overheid is voor de concretisering en realisatie van haar beleid nog steeds sterk afhankelijk van de inzet en medewerking van 'het veld' van de gezondheidszorg; het omgekeerde geldt evenzeer (Van der Grinten 2001). De bestuurlijke voorwaarden voor de gezondheidszorg lijken met andere woorden nog niet echt geschikt om er in een snelle actie een omvattende hervorming mee door te voeren.

Resteert een politieke 'inbraak' van buiten in de gezondheidszorg. Momenteel is er veel politieke steun voor een dergelijke actie op de kernelementen van het stelsel, in het bijzonder de financieringen de besturing. Maar de lotgevallen van de vorige hervormingspoging laten zien dat het allerm minst zeker is dat deze steun eenduidig en stabiel zal blijven als het erop aankomt. Dat wil zeggen bij de kabinetsformatie en, vooral, daarna.

Noten

1 Dit artikel is een bewerking van een tekst die eerder als 'zorgpunt 19' is verschenen in het *iBMG- Manifest. Twintig zorgpunten over het toekomstige stelsel*. Een uitgave van het in-

stituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 25 april 2002.

Literatuur

- Baakman, N.A.A., 1990, *Kritiek van het openbaar bestuur: Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland*. Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam.
- Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau, 2000, *Trends, dilemma's en beleid. Essays over ontwikkelingen op lange termijn*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg, 1987, *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Commissie Willems, 1994, *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*. Den Haag.
- Grinten, T.E.D. van der, 1987, 'Ordering van de gezondheidszorg: Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie Dekker.' *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65 (21) 678-694.
- Grinten, T.E.D. van der, 1997, 'Tien jaar hervormingsbeleid: Pendelen tussen overheid, markt en middenveld.' In: E. Elsinga en Y.W. Van Kemenade (red.), *Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, Maarssen: De Tijdstroom, 162-178.
- Grinten, T.E.D. van der, 2001, 'Maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg: Partners in beleid en ondernemers voor de publieke zaak.' *Bestuurskunde* 10 (1) 40-49.
- Hemerijck, A.C., 1992, *Historical contingencies of Dutch corporatism*. Oxford: Balliol College.
- Hendriks, F., 1998, 'Stroperigheidskritiek en polderpraal: Een discoursanalyse'. In: F. Hendriks en T. Toonen, *Schikken en plooiën. De stroperige staat bij nader inzien*. Assen: Van Gorcum, 15-34.
- Lijphart, A., 1975, *The politics of accommodation: Pluralism and democracy in the Netherlands*. Berkeley: University of California Press.
- Maarse, J.A.M. en A.H.M. Kerkhoff, 1995, 'The politics and administration of Dutch health care'. In: W.J.M. Kickert en F.A. v. Vught, *Public policy and administration sciences in the Netherlands*. London: Prentice Hall, 271-292.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2001, *De staat van advies: Eerste verslag over de doeltreffendheid en effecten van de Kaderwet Adviescolleges in de praktijk (1997-2000)*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001a, *Ontvoogding van de AWBZ, Tweede Kamer 2000-2001*, stuk 26 631, nr. 116.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001b, *Modernisering curatieve zorg, Tweede Kamer 2000-2001*, stuk 23 619, nr. 18.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001c, *Vraag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Putters, K., 2001, *Geboeid ondernemen: Een studie naar het management in de ziekenhuiszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999, *Europa en de gezondheidszorg*. Zoetermeer: rvz.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000, *De rollen verdeeld: Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: rvz.
- Schut, F. T., 1996, 'Health care systems in transition: The Netherlands. Part I: Health care reforms in The Netherlands: miracle or mirage?' *J Public Health Med* 18 (3) 278-284.
- Ven, W.P.M.M. van der, 1999, *A decade of health care reforms in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Dept. Health Policy and Management.
- Zahn, E., 1989, *Regenten, rebellen en reformatoren: Een visie op Nederland en de Nederlanders*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.