

Een politiek economische beschouwing van ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Richard Janssen*

De gemoederen in de gezondheidszorg worden de laatste jaren sterk bezig gehouden door de eventuele invoering van de hervormingsvoorstellen van de commissie Dekker. Andere kwesties, zoals het loonconflict dat onlangs beslecht is en tekortschietende capaciteiten hebben in vergelijking hiermee een relatief geringe betekenis. Dit komt waarschijnlijk door het feit dat de voorstellen voor de invoering van een volksverzekering zoals deze gedaan zijn door de commissie Dekker een aantal verhoudingen in de gezondheidszorg wezenlijk raken. De voorstellen impliceren de introductie van nieuwe organisatievormen in de gezondheidszorg, waaronder de invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten. Hiermee lijkt een einde te komen aan een strijd die sinds het kabinet-Kuyper (1901-1905) herhaalde malen de Nederlandse politieke arena aardig heeft doen laten verhitten. Tot nu toe is deze strijd steeds weer gewonnen door de tegenstanders van de invoering van een volksverzekering, veelal aangevoerd door de artsenstand. Voor de Tweede Wereldoorlog georganiseerd in de Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde. In 1941 kreeg de ziektekostenverzekering een wettelijke basis door middel van het Ziekenfondsbesluit (van der Hoeven, 1989). De principes van dit besluit vormen de basis van het huidige ziektekostenverzekeringstelsel. De vraag is of deze 90

* Richard Janssen is hoofddocent bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg.

jarige strijd om de volksverzekering werkelijk binnen afzienbare tijd beslecht gaat worden.

Ik meen van niet. De voorstellen van de commissie Dekker zijn niet zodanig dat na uitvoering ervan kan worden gesproken van een totaal nieuwe organisatievorm in de gezondheidszorg. De spelregels worden gewijzigd, maar de om de knikers deelnemende spelers zijn nog altijd dezelfde.

In paragraaf een wordt ingegaan op de stelselwijzigingen die de voorstellen van de commissie Dekker met zich meebrengen. In paragraaf twee worden de doelstellingen besproken waarlangs de verschillende belangengroepen hun belangen maximaliseren en hoe deze zich verhouden tot een eventuele invoering van de voorstellen.

1 Hoofdlijnen van de veranderingsvoorstellen.

Gezondheidszorgsystemen kunnen verdeeld worden in een drietal historische modellen (OECD, 1987):

- Het National Health Service model zoals dat in Engeland functioneert, geïnspireerd door het gedachtegoed van Beveridge. Het model wordt gekenmerkt door staatsbezit en -beheer van de voorzieningen, financiering via de belastingen en beschikbaarheid voor elke staatsburger. Vooral Zuideuropese landen, zoals Italië en Portugal, hebben dit model overgenomen.
- Het tweede model is gebaseerd op een sociaal verzekeringssysteem. Hiervan kan Bismarck als geestelijk grondlegger worden beschouwd (Hermans en Spek, 1987). Dit model wordt over het algemeen gekenmerkt door een combinatie van publieke en private voorzieningen. Financiering vindt grotendeels plaats uit sociale verzekeringsfondsen. De verzekering tegen ziektekosten vindt plaats in het kader van wettelijke verzekeringen die een onderdeel vormen van een uitgebreid stelsel van sociale zekerheden. Premies worden daarbij vaak deels door de werkgever en deels door de werknemer betaald. Duitsland, Nederland, België en Frankrijk zijn landen die op basis van een dergelijk model hun gezondheidszorg georganiseerd hebben.
- Het laatste model is gebaseerd op private verzekering tegen ziektekosten. In een dergelijk model sluiten individuele personen of werkgevers voor de collectiviteit van hun werknemers contracten af met particuliere ziektekostenverzekeraars. Er doet zich hierbij een grote variëteit aan ziektekostenpolissen voor en voorzieningen zijn over het algemeen in private

handen. De Verenigde Staten is een land waar de gezondheidszorg op basis van dit model georganiseerd is.

De bovenstaande indeling is een typering die geen recht doet aan de genuanceerdheid van de organisatie van de gezondheidszorg in de meeste landen. Zo kent ook de Verenigde Staten een systeem van publieke voorzieningen dat functioneert als een opvangnet voor personen met een laag inkomen zoals werklozen en bejaarden. Daarnaast zijn er in Engeland particuliere ziektekostenverzekeraars actief. Toch is deze indeling bruikbaar om de dominerende organisatievormen van gezondheidszorgsystemen in de Westerse landen te typeren.

Aan de eerste twee genoemde modellen liggen expliciete verdelingsdoelstellingen ten grondslag. De premie is hierbij gerelateerd aan het inkomen en onafhankelijk van het ingebrachte risico. Dit in tegenstelling tot het laatste model waarin de premie over het algemeen bepaald wordt door het ingebrachte risico.

In de landen, waarin het tweede model domineert waren de vakbonden van oudsher actief op het gebied van de verzekering tegen ziektekosten en tegen inkomensderving bij ziekte. Ziekenfondsen zijn dan ook vaak vanuit initiatieven van vakbonden ontstaan. Het tweede model is in feite een geëvolueerde vorm van een op private initiatieven gebaseerd gezondheidszorgsysteem. Private instellingen zoals ziekenfondsen en ziekenhuizen hebben hierin publiekrechtelijke taken gekregen.

In deze bijdrage wordt op een tweetal vragen verder ingaan. Op de eerste plaats wordt nagegaan of de voorstellen van de Commissie Dekker van dien aard zijn dat er sprake is van een overgang naar een ander model, waarbij we ons baseren op de hierboven aangehaalde indeling. Op de tweede plaats wordt onderzocht of de voorstellen van commissie Dekker kans van slagen hebben. Het probleem van de veranderbaarheid van maatschappelijke systemen, waarbij politieke besluitvorming een rol speelt, kan verhelderd worden met de economische theorie van de politieke besluitvorming (van Winden, 1989). In deze benadering wordt er vanuit gegaan dat verschillende actoren in de politieke arena in laatste instantie doelstellingen nastreven die het eigen belang dienen. Deze doelstellingen worden regulerende motivaties genoemd. Het is interessant om voor de verschillende belangengroepen, die zich in de politieke arena bevinden, na te gaan via welke doelstellingen zij hun belangen maximaliseren en hoe deze zich verhouden tot een eventuele invoering van de voorstellen van de commissie Dekker.

De voorstellen van de commissie Dekker (Commissie, 1987) die door het vorige kabinet in principe zijn aanvaard (Ministerie, 1988) en onlangs door de nieuwe staatssecretaris in een aangepaste vorm zijn bevestigd (Ministerie, 1990) hebben

als kern dat de verzekeraars een belangrijke en nieuwe rol krijgen toebedeeld in de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg. De basisverzekering die volgens de voorstellen van Staatssecretaris Simons zo'n 95% van het huidige ziektefonds- en AWBZ-pakket zal omvatten zal door elke verzekeraar verkocht kunnen worden. De premie zal voor 85% geheven worden via de belastingen, samen met de premies voor de andere volksverzekeringen. Het betreft een procentuele premie. Bij de genoemde 85% zal deze ongeveer 12% van het premieplichtig inkomen voor de volksverzekeringen bedragen. De verzekeraars ontvangen een vergoeding per verzekerde uit de centrale kas. Deze vergoeding, normuitkering genoemd zal afhankelijk zijn van het risicoprofiel van de verzekerde (van Duuren e.a., 1989). Het overige premiedeel is een nominale premie die de verzekeraar zelf van de verzekerde moet innen. De hoogte van deze nominale premie kan de verzekeraar zelf vaststellen en kan gebruikt worden als een concurrentiemiddel. De uitkeringen uit de centrale kas zullen onafhankelijk zijn van de werkelijke uitgaven ten behoeve van een verzekerden. Op deze manier heeft de verzekeraar er belang bij om de omvang van de kosten die haar verzekerden veroorzaken te bewaken. De gedachte is dat de verzekeraars met de aanbieders van zorg zullen onderhandelen op grond van omvang en kwaliteit van te leveren prestaties. Immers lagere kosten voor de verzekeraar betekent meer winst of de mogelijkheid om de nominale premie te verlagen of om extra voorzieningen aan het basispakket toe te voegen. Essentieel onderdeel van de versterking van de positie van de verzekeraars is dat de huidige wettelijke prijs- en tariefregulering afgeschaft wordt. Tevens wordt de contracteerplicht opgeheven, zodat de verzekeraars meer mogelijkheden krijgen om aanbieders van zorg te sanctioneren indien deze op onvoldoende wijze hun verplichtingen nakomen. Verder zal de betrokkenheid van de overheid bij de planning van capaciteiten en vestiging van artsen aanmerkelijk gereduceerd worden. Kortom de bedoeling van de voorstellen is dat ook de aanbieders van zorg in een meer competitieve omgeving geplaatst worden. Tot slot ligt het in de bedoeling om het kostenbewustzijn bij de verzekerden c.q. consumenten van zorg te vergroten en dezen meer keuzemogelijkheden te bieden. Zo zal de verzekerde kunnen kiezen voor een eigen risico in ruil voor een lagere premie of zal hij kunnen variëren in de omvang van het pakket.

Samenvattend kan gesteld worden dat het terrein van de institutionele voorzieningen blijft voorbehouden aan het niet-commerciële particuliere initiatief. Het sociale verzekeringskarakter blijft behouden, hoewel er in de uitvoering sprake is van een meer marktconforme organisatie. Het bovenstaande maakt duidelijk dat de voorgestelde veranderingen zeker niet een zodanig karakter hebben dat men kan spreken van fundamentele wijzigingen waarbij een overgang naar een van de andere genoemde modellen aan de orde is.

2. De belangen van betrokken partijen

De hiervoor getrokken conclusie neemt niet weg dat de hervormingsvoorstellen veel weerstand hebben losgemaakt bij de betrokken partijen. Hierna wordt voor de verschillende relevante partijen kort geschetst welke gedrachtsregulerende motivaties, dat wil zeggen uiteindelijke doelstellingen, aan hun politieke opstelling ten grondslag liggen en tot welke standpunten deze leiden ten opzichte van de hervormingsvoorstellen van de commissie Dekker. Hierbij wordt overeenkomstig de economische theorie van de politieke besluitvorming (vergelijk Van Winden, 1989) aangenomen dat deze partijen streven naar een maximale behartiging van hun eigen belangen. Achtereenvolgens worden de posities besproken van de consumenten-verzekerden, vakcentrales, werkgeversorganisaties, aanbieders van zorg, verzekeraars, ambtenaren en politici.

Consument

De consument heeft belangen op het terrein van gezondheid, inkomen en opleiding. Alle drie worden wel beschouwd als vormen van human capital, die een zekere samenhang vertonen en die gekenmerkt worden door onzekerheid. Problemen met iemands gezondheid kunnen leiden tot negatieve inkomenseffecten en lage inkomens hangen nog altijd samen met minder opleidingskansen. Juist om deze redenen vormen verzekeringen op het gebied van ziektekosten en inkomensderving substantiële onderdelen van het sociale zekerheidsstelsel. Daarnaast is een toegankelijk onderwijsstelsel een van de centrale verworvenheden van onze verzorgingsstaat. Als gevolg van het feit dat er in het huidige zekerheidsstelsel een zekere inkomensgarantie aanwezig is, is het individueel welvaartsniveau minder bepaald door iemands gezondheid, waardoor een individu op het gebied van gezondheid een hoger risico zou kunnen dragen. In Nederland is toegang tot gezondheidszorg een grondrecht en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (ZFW) zijn vanzelfsprekende onderdelen van het sociale zekerheidsstelsel geworden. Hiermee is echter niet gezegd dat een algemene volksverzekering tegen ziektekosten (AVZ) door de verzekerden als een gewenste voltooiing van dit zekerheidsstelsel beschouwd zal worden. Een deel van de huidige particulier verzekerden, deze vormen bijna 40% van het totaal aantal verzekerden, zal de invoering van een AVZ met een deels inkomensgerelateerde premie als een achteruitgang beschouwen en derhalve tegen zijn. Particulier verzekerden betalen nu immers een premie die gebaseerd is op het ingebrachte risico en die

onafhankelijk van het inkomen is. Desondanks is uit enquêtes (Rutten e.a., 1985) gebleken dat ongeveer 45% van de particulier verzekerden voor een volksverzekering is met premieheffing op basis van draagkracht indien het om een beperkt basispakket gaat. Van de ziekenfondsverzekerden is ruim 60% voor een volksverzekering. De tegenstanders onder deze groep worden bijvoorbeeld gevonden bij de lagere inkomens en de grotere gezinnen, omdat de nominale premie onafhankelijk van het inkomen is en voor deze groepen een relatief zware last is. Samenvattend kan gesteld worden dat de groep consumenten c.q. verzekerden een verdeeld standpunt hebben ten aanzien van de invoering van een AZV, waarbij een kleine meerderheid voor invoering is.

Werknemers

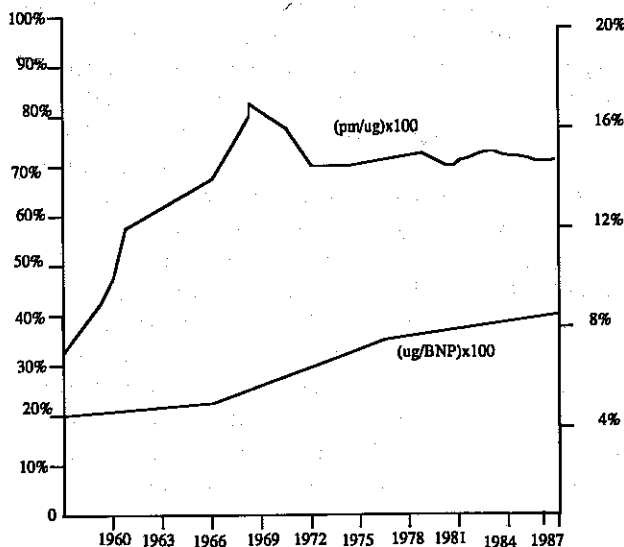
Werknemers zijn via de vakcentrales in de politieke arena vertegenwoordigd. Verondersteld mag worden dat de vakcentrales streven naar een kwalitatief goede gezondheidszorg die via een uitgebreide wettelijke ziektekostenverzekering voor iedereen toegankelijk is. Het streven van de vakcentrales in Nederland is er van oudsher op gericht om een wettelijke volksverzekering voor ziektekosten te realiseren met een omvattend pakket. Ten aanzien van de premielasten die hiermee gepaard gaan, hanteren zij het uitgangspunt dat de sterkste schoulers de zwaarste lasten moeten dragen. Zij dragen de hervormingsvoorstellen dan ook een warm hart toe met dien verstande dat zij vinden dat het door de AZV verzekerde pakket ongeveer alle voorzieningen zou moeten omvatten en dat zij eigenlijk tegen een nominaal premiebestanddeel zijn. Dit laatste standpunt heeft te maken met de eerder gesignaleerde samenhang tussen lage inkomens en slechte gezondheid. Personen met een laag inkomen en een slechte gezondheid hebben ook in het nieuwe systeem niets te kiezen en zullen dus vaak de maximale nominale premie en cumulaties van eigen bijdragen moeten betalen. Dit is een effect dat niet in de inkomenspolitiek van de Nederlandse vakbeweging past.

Werkgevers

Werkgevers hebben als specifiek belang in relatie tot de gezondheidszorg dat de kosten hiervan beperkt blijven. Deze kosten vinden immers hun weerslag in bruto-loonkosten. Hierbij lijken zij zich door korte termijn belangen te laten leiden. Immers een substantiële verschuiving van de financiering van de gezondheidszorg van de sociale zekerheidsfondsen naar de eigen portemonnee van de verzekerde zal op den duur immers zeker leiden tot aanvullende eisen in de sfeer van loononderhandelingen. Het belang dat werkgevers tevens zouden hebben bij een goede gezondheidstoestand van het werknemersbestand is minder relevant door een tweetal omstandigheden. Op de eerste plaats ligt er een druk op individuele ondernemingen om de produktiviteit op te voeren, hetgeen zeker

negatieve effecten op de gezondheid van werknemers heeft. Daarnaast heeft het stelsel van sociale zekerheid mogelijkheden geschapen die het relatief makkelijk maken werknemers, die als gevolg van hun gezondheid niet meer voldoen aan de gestelde produktiviteitsnormen, op een maatschappelijk aanvaardbare manier te lozen. Individuele werknemers en vakbonden zijn over het algemeen bereid hieraan mee te werken. Uitdrukking van dit laatste mechanisme zijn de ongeveer 800.000 WAO'ers die Nederland nu telt. In sommige bedrijfstakken bedraagt het aantal WAO'ers meer dan 25% van het aantal actieve werknemers. Overigens is het niet alleen een competitieve omgeving die stimuleert tot de uitstoot van minder gezonde mensen.

Figuur 1. Ontwikkeling van de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland.



(PM/UG) x 100 zijn voor de gezondheidszorg aangewende publieke middelen (PM) als percentage van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg (UG). (UG/BNP) x 100 zijn deze totale uitgaven als percentage van het Bruto Nationale Product (BNP). De gegevens zijn ontleend aan Schieber en Poullier (1989).

Organisaties met een beschermde positie binnen de collectieve sector vertonen tevens een onevenredig grote uitstoot. Mijns inziens wordt dit veroorzaakt door het feit dat het management in het algemeen problemen probeert op te lossen met een minimale inspanning. In plaats van aanpassingen in de organisatie te realiseren om problemen van individuele medewerkers op te lossen, kiest men ervoor zich van betreffende medewerker te ontdoen. Bij een dergelijke

gedragmotivatie en de aanwezigheid van een maatschappelijk aanvaardbaar alternatief is het derhalve aantrekkelijke om de ziekmakende omgeving te laten voor wat ze is.

Op dit moment kan vastgesteld worden dat de werkgevers redelijk succesvol zijn geweest in het realiseren van hun doelstellingen. Wanneer we kijken naar de ontwikkelingen van de kosten van de gezondheidszorg als aandeel in het nationaal bruto product dan is de relatief snelle stijging van dit aandeel sinds de tweede wereldoorlog in het midden van de jaren zeventig tot stand gekomen (zie figuur 1). Sindsdien is dit aandeel min of meer gestabiliseerd. Tevens is men er in geslaagd om het aandeel van de gezondheidszorg dat gefinancierd wordt uit publieke middelen te stabiliseren en zelfs terug te dringen.

Tot nu toe hebben de werkgeversorganisaties ingestemd met de hervormingsvoorstellen, die gedaan werden door een "onafhankelijke" commissie die door niemand minder werd voorgezeten dan Wisse Dekker, een van de captains of industry van Nederland. Deze instemming is vooral gebaseerd op de kostenverminderende effecten die van de voorstellen zouden uitgaan. Of deze ook werkelijk gerealiseerd zullen worden is allerm minst zeker. Voorlopig ziet het er naar uit dat de invoering van een AZV een verhogend effect op de collectieve lasten heeft, ook al heeft men afgesproken om de nominale premies niet tot de collectieve lasten te rekenen. Dat de werkgevers voorlopig toch instemmen met de voorstellen heeft waarschijnlijk te maken met het ideologische karakter van de voorstellen. Het liberale marktdenken krijgt een pregnante plaats in de gezondheidszorg en dat is de ondernemers blijkbaar ook iets waard.

Aanbieders

De belangen van de aanbieders van zorg zijn met name strijdig met de belangen van de hiervoor besproken groep. Instellingen streven naar uitbreiding van capaciteiten en budgetten en beroepsbeoefenaren streven naar een maximalisatie van inkomen. Het is evident dat zij in het laatste decennium aan het kortste eind hebben getrokken. Het kostenbeheersingsbeleid van de overheid is op macro-niveau wat de gezondheidszorg betreft succesvol geweest. Dit neemt niet weg dat delen van de gezondheidszorg sector er in geslaagd zijn hun omzet- c.q. inkomenspositie te handhaven. De vrijgevestigde specialisten en farmaceutische handel hebben zich tot nu toe redelijk kunnen onttrekken aan de bezuinigingsdoelstellingen van de overheid. De aanbieders van zorg hebben zich tot nu toe fel gekeerd tegen de invoering van de hervormingsvoorstellen. Zij blijven zich liever koesteren binnen een sterk door de overheid gereguleerde omgeving. De aanbieders van zorg hebben naast dominante posities in regulerende organen als de Ziekenfondsraad, het Centraal orgaan voor tarieven gezondheidszorg (COTG) zeer sterke lobbies in Den Haag die er garant voor

staan dat bij wet- en regelgeving serieus met hun belangen wordt rekening gehouden (van Mierlo, 1987). De positie van de hulpverleners en de hulpverlenende instellingen in de gezondheidszorg wordt wel getypeerd als een politieke dubbelrol (van der Made en van Mierlo, 1990). Hiermee wordt geduid op de invloedrijke positie die zij als pressiegroep aan de invoerzijde van het politieke systeem hebben en de centrale rol die zij spelen bij de uitvoering van publieke taken. De aanbieders van zorg hebben een zeer hoge-organisatiegraad. De instellingen hebben zich gebundeld in de Nationale Ziekenhuisraad en de beroepsgroepen in verenigingen zoals Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Landelijke huisartsenvereniging (LHV). Deze belangenorganisaties beschikken over een uitgebreide ambtelijk apparaat en een zeer sterke relatie met hun leden die indien nodig makkelijk te mobiliseren zijn. De hervormingsvoorstellen impliceren niet alleen een ander organisatie van de uitvoering van zorg, maar ook een zekere sanering van het adviserende en het toezichthoudende circuit, waardoor de machtige positie van de aanbieders van zorg serieus bedreigd wordt. Dit laatste komt tot uitdrukking in de voorgestelde opheffing van het COTG en het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Verder zou in de plaats van de Ziekenfondsraad een Raad voor de Zorgverzekering moeten komen. Het ligt in de bedoeling om dit nieuwe adviserende en toezichthoudende orgaan niet meer samen te stellen op basis van representatie van belangengroepen, maar Kroonleden te benoemen, die het vertrouwen genieten van werkgevers-, werknemers- en consumentenorganisaties. Kortom de aanbieders van zorg zijn vooralsnog tegenstanders van de contouren die in de hervormingsvoorstellen geschetst worden.

Verzekeraars

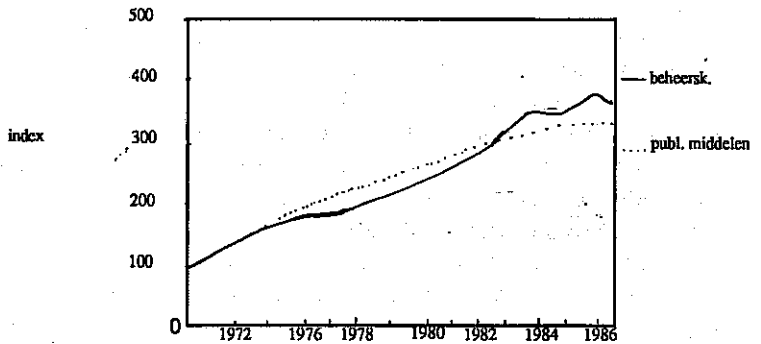
De verzekeraars hebben als collectief met de aanbieders van zorg belang in vergroting van de omzet. Echter ook binnen deze collectiviteit komen uiteenlopende belangenposities voor, die ondermeer te maken hebben met de historisch gegroeide duale structuur op het gebied van ziektekostenverzekeringen. Er zijn op de markt voor ziektekostenverzekering een aantal typen verzekeraars te onderscheiden (Goos, 1989). Op de markt voor particuliere ziektekostenpolissen zijn naast de commerciële for-profit verzekeraars non-profit verzekeraars actief, die een substantieel deel van deze markt beheersen. Daarnaast hebben de ziekenfondsen voorlopig het privilege om de ziekenfondswet uit te voeren. Hoewel een belangrijk deel van de ziekenfondsen ontstaan zijn vanuit particuliere initiatieven met ideële doelstellingen, zijn deze verworpen tot ambtelijk organisaties die eveneens streven naar maximalisatie van hun budget. Nu hun privilege betreffende de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen ter discussie staan in het kader van de

hervormingsplannen van de commissie Dekker, worden deze organisaties met de keuze geconfronteerd te blijven functioneren als een ledenorganisatie met klanten en maatschappelijke groeperingen in het bestuur of te streven naar een organisatievorm die meer beantwoordt aan de commerciële eisen die de nieuwe marktomstandigheden straks vereisen. De ziekenfondsen, die hun belangen gebundeld hebben in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), streefden een volledige volksverzekering na, waarbij de ziekenfondsen het privilege wilden behouden deze wettelijke verzekering uit te voeren. Zij beschouwen de voorstellen van de commissie Dekker echter als een aanvaardbaar compromis, begrijpende dat de aanwezigheid van particuliere verzekeraars een realiteit is. De particuliere verzekeraars, verenigd in het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) waren in eerste instantie tegen de genoemde hervormingen vanwege het feit dat zij in een intensiever gereguleerde omgeving zouden moeten functioneren. De optie dat zij toegang zouden krijgen tot de markt van wettelijke verzekeringspolissen lijkt minder aantrekkelijk dan een beperking van de dekking van het wettelijke pakket, waarbij er een substantiële markt van aanvullende ziektekostenverzekeringen voor de particuliere verzekeraars overblijft. Samenvattend kan gesteld worden dat het veld van ziektekostenverzekeraars een verdeelde opstelling ten aanzien van de voorgestelde veranderingen vertoont.

Ambtenaren en politici

Tot slot vormen de ambtenaren en politici ook nog een partij die een cruciale rol spelen bij de (re)organisatie van een sector die in zo'n belangrijke mate vermaatschappelijkt is. Sinds de olie-crisis van de begin jaren zeventig heeft het vrijmaken van nationale middelen ten behoeve van de particuliere sector hoog op de politieke prioriteitenlijst van de grote politieke stromingen gestaan. De bezuinigingen die hiervan het gevolg waren zijn over het algemeen effectiever geweest in de sfeer van de sociale zekerheid dan op de directe overheidsuitgaven. Het is opmerkelijk dat de beheerskosten van gezondheidszorg na een relatief achterblijvende groei ten opzicht van de groei van de publieke uitgaven in de tweede helft van de jaren zeventig, in de jaren tachtig relatief sneller groeien ondanks het dereguleringsbeleid. Hieruit blijkt dat het ambtelijk apparaat er redelijk goed in geslaagd is om haar positie veilig te stellen. Was dit apparaat in de jaren tachtig de trouwe verdediger van een strak gereguleerd en gepland gezondheidszorgsysteem, nu treden zij op als overtuigde vertegenwoordigers van het denken waarin de terugtrekkende overheid en het marktdenken centraal staat. Het is begrijpelijk dat zij deze opvattingen niet laten vergezellen met de expliciete constatering dat er na de herstructurering volstaan kan worden met een afgeslankt ambtelijk apparaat.

Figuur 2. Ontwikkeling van de beheerskosten ten opzichte van de groei van de publieke uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg



Bron: Financieel Overzicht Zorg, diverse jaargangen. ^{jaar}

Wat het politieke draagvlak betreft, worden de voorstellen gesteund door het CDA, de PvdA, D66 en de VVD. Het is evenwel niet verwonderlijk dat de VVD in haar nieuwe oppositierol weer aanschurkt tegen haar politieke achterban, die zich onder de vrijgevestigde professionele hulpverleners bevindt. Hoewel het laatste regeerakkoord enigszins mistig geformuleerd was op het punt van de stelselherforming heeft de kersverse Staatssecretaris zich gehaast in de nota Werken aan zorgvernieuwing (Ministerie, 1990) helderheid te scheppen. Deze coalitie wenst de voorstellen van de commissie Dekker, weliswaar vertraagd, zonder twijfel ten uitvoer te brengen. Met de twee grootste politieke partijen aan de macht lijkt het ambtelijk en politieke Den Haag een stuwende kracht achter de realisering van de hervormingsvoorstellen te zijn.

3 Conclusie

Op basis van deze globale analyse kan gesteld worden dat de vakbeweging, de werkgeversorganisaties en de huidige regeringscoalitie een draagvlak voor de hervormingsvoorstellen vormen. De consumenten-verzekerden en de verzekeraars zijn belangengroepen met verdeelde standpunten. Hierbij kunnen een tweetal opmerkingen worden gemaakt. De consumenten-verzekerden zijn een zeer zwak georganiseerde belangengroep, die eigenlijk pas weer bij de volgende verkiezingen hun stem kunnen laten horen. De commerciële particuliere verzekeraars vertegenwoordigen op de markt van ziektekostenverzekeringen dan

wel een bescheiden minderheid, hun nationale belangenvereniging, de Vereniging van Verzekeraars in Nederland (VVN) vormt een niet geringe machtsfactor wanneer het gaat om regulering van de verzekeringsmarkt. De aanbieders van zorg en met name de vrijgevestigde hulpverleners blijven een partij die consistent met hun historische rol ervoor zullen zorgen dat daar waar mogelijk beren de bestuurlijke weg opgestuurd worden om te voorkomen dat hervormingsvoorstellen realiteit worden. Deze posities overziende lijken de omstandigheden aanwezig om zowel een volksverzekering tegen ziektekosten in Nederland en een aantal nieuwe organisatievormen te realiseren op het terrein van uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekering en het aanbod van voorzieningen. Toch kan deze kans zich snel keren indien bij de concretisering van de uitvoering blijkt dat als gevolg hiervan een opwaartse druk op de collectieve lasten ontstaat. Deze zal voor het CDA onaanvaardbaar zijn. Oplossing van dit probleem is de omvang van het basispakket verkleinen en of de nominale premie verhogen. Dit kan de voor de PvdA aanvaardbare grenzen overschrijden, waardoor een situatie gehandhaafd blijft, waarin een volksverzekering tegen ziektekosten een onderwerp is dat de gemoederen in Nederlandse politieke arena voorlopig blijft bezighouden.

Literatuur

- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987, *Bereidheid tot verandering*, Den Haag
- Duuren, R.van e.a., 1989, Marktwerking, normuitkeringen en risicoselectie, in *Economische Statistisch Berichten*, 13 December 1989, 1232 - 1235
- Goos, A., 1989, Concentratie Verzekerd, *Tijdschrift voor Politieke Economie* 12(2), 52 - 73
- Hermans, H.E.G.M. en J.Spek, 1987, De actualiteit van de geschiedenis der ziekenfondsen, in *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65(4), 104-110
- Hoeven, H.C. van der, 1989, *Ziekenfondsen en de duitse bezetting*, Den Haag
- Made, J. van der en J. van Mierlo, 1990, Het particuliere initiatief in de gezondheidszorg, in J. Maarse en I. Mur-Veeman (red.), *Beleid en Beheer in de gezondheidszorg*, van Gorcum, Assen
- Mierlo, J.G.A. van, 1987, Een politiek-economische analyse van externe adviesorganen in de Nederlandse gezondheidszorg, in Janssen e.a. (red.), *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988, *Verandering Verzekerd*, Rijswijk

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990, *Werken aan Zorgvernieuwing*, Rijswijk

OECD, 1987, *Financing and Delivering Health Care*, Parijs

Rutten, F. e.a., 1985, Verzekerden over het systeem van ziektekostenverzekeringen, in *Inzet*, 8(5), 20 - 25

Schieber, G.J. en J.P. Poullier, 1989, International Health Care Trends: 1987, in *Health Affairs*, herfst 1989.

Winden, F.A.A.M., 1989, De economische theorie van de politieke besluitvorming, *Economische Statistische Berichten*, 1 november 1989, 1068 - 1077.