



Beleid en compromissen

Auteur(s):

Meurs, P.L.

Lid van de WRR en bijzonder hoogleraar bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), EUR.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D18, 1 juli 1999

Rubriek:

Dossier De zorg ontregeld?

Trefwoord(en):**Dit artikel is een reactie op:**

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#), *ESB-dossier*, 1 juli 1999, blz. D16-D20.

Erik Schut geeft een helder inzicht in het geschipper tussen markt en overheid dat zo kenmerkend is voor de Nederlandse gezondheidszorg. Zijn redeneerlijn en de daaruit voortvloeiende conclusies kan ik zonder meer onderschrijven.

In mijn reactie breng ik een aantal punten naar voren die in het verhaal van Schut nog onvoldoende zijn belicht en die naar mijn oordeel van belang zijn voor huidige en toekomstige inrichting van het Nederlandse gezondheidszorgbestel.

De institutionele context

De bestuurscultuur en -structuur van Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een mengeling van 'maatschappelijke pluriformiteit, particuliere werkzaamheid, veel overheidsverantwoordelijkheden en weinig overheidsmacht en een hoge mate van solidariteit'¹. De combinatie van deze karakteristieken heeft geleid tot een grote mate van wederzijds afhankelijkheid tussen de diverse hoofdrolspelers. Nieuwe ideeën worden opgenomen in het systeem als geheel en gekneed tot aanvaardbare compromissen of tot deelbeslissingen die wel van invloed zijn op het functioneren van het stelsel als geheel maar de wezenskenmerken er niet van veranderen.

Nog los van de mogelijke economische merites van een volksverzekering - die zoals Schut terecht zegt, steeds als een feniks uit zijn as herrijst - , is te verwachten dat een volksverzekering, gelet op de hiervoor genoemde kenmerken van het huidige bestel weinig kansen maakt. Het feit dat dit type fundamentele veranderingen nooit als geheel worden ingevoerd wordt vaak negatief geïdentificeerd: het stelsel is ondoorzichtig, stroperig, weinig daadkrachtig zijn veel gehoorde commentaren.

De keerzijde dient naar mijn oordeel ook te worden beklemtoond: juist omdat veel partijen bij de besluitvorming worden betrokken vindt er vanuit verschillende gezichtspunten een weging plaats en wordt er gezocht naar draagvlak. Misschien worden er kansen gemist maar daar staat tegenover dat de Nederlandse gezondheidszorg in termen van toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit de internationale vergelijking zeer goed kan doorstaan.

Als er al een probleem is met ons bestel dan is dat eerder gelegen in een te grote mate van ondoorzichtigheid en complexiteit waardoor de van oudsher sterke legitimeringsbasis van ons gezondheidszorgsysteem scheuren begint te vertonen².

De geest is uit de fles

Een tweede opmerking die ik wil maken heeft betrekking op de rol van het management van instellingen in de gezondheidszorg. Hoewel een groot deel van de plannen Dekker en Simons nooit zijn geïmplementeerd, hebben de introductie van het budgetteringssysteem in zorginstellingen, de discussie over marktwerking en de verdere professionalisering van het management wel degelijk de nodige veranderingen teweeg gebracht: de strategische speelruimte op instellingsniveau is toegenomen en bestuurders zijn zich meer als 'ondernemers' gaan opstellen. Zij gaan keuzes maken op regionaal niveau, allianties sluiten en de prioriteiten bepalen. Schut heeft reeds gewezen op de sterke concentratietendensen in de ziekenhuissector. Te verwachten valt dat de verticale allianties die nu overal in de maak zijn, zullen leiden tot concerns op regionaal niveau. Zij zullen een monopoliepositie gaan innemen, maar ook hier is de vraag of dat erg is. Veel zorgelijker is het feit de 'countervailing power' van de verzekeraars, zoals Schut terecht zegt, nog onvoldoende is ontwikkeld.

Niet het geld maar de mensen zijn het probleem

Tot slot wil ik opmerken dat de permanente discussie over kostenbeheersing, herziening van het stelsel en wel of geen marktwerking, het werkelijke probleem in de zorg onderbelicht laat. Ik doel op het feit dat er steeds minder mensen beschikbaar zijn voor een baan in de zorgsector resp. dat er minder belangstelling is voor het werken in de gezondheidszorg.

Het risico is groot dat de politiek zich blindstaart op de kosten, de beteugeling van de collectieve lasten, prachtige systemen ontwikkelt en vergeet dat er nu en straks te weinig mensen zijn die willen zorgen.

ESB-Dossier: De zorg ontregeld?

Inleiding

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#)

Scenario's

L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, [Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden](#)

J. Hamel, [De tijd dringt](#)

Bestuur

R. Bekker, [Met zorg besturen](#)

H. Simons, [De Haagse cockpit is overbelast](#)

Het zorgstelsel

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#)

P.L. Meurs, *Beleid en compromissen*

Solidariteit

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#)

J.A.C. van Ophem, [Begrensd solidariteit](#)

Blik vooruit

A.J.P. Schrijvers, [De Gezondheidszorg in 2020](#)

W. Groot, [Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

Epiloog

H.A. Keuzenkamp, [Gezond blijven](#)

¹ T.E.D. van der Grinten, Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid markt en middenveld. In: E. Elsinga en Y. W. van Kemenade (red.). *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse Gezondheidszorg*, De Tijdstrom, Utrecht, 1997.

² Op dit moment is een commissie 'health care governance' aan het werk om aanbevelingen te doen over adequate vormen van bestuur, toezicht en verantwoording. Dit gebeurt uit bezorgdheid voor een mogelijk afkalvende legitimeringsbasis van het systeem als geheel en van de voornaamste actoren