

De moeizame relatie tussen overheid en specialisten

Het conflict tussen overheid en medisch specialisten bestaat al circa twintig jaar. Over een deel van deze conflictperiode, de periode 1979-1989, is een interessante dissertatie verschenen.

In de gezondheidszorg worden de doelstellingen van het overheidsbeleid in overleg met de belangenorganisaties vastgesteld. Mede daardoor is de medewerking van de belangengroepen aan de uitvoering van het beleid gewaarborgd. Ten aanzien van de medisch specialisten streeft de overheid naar verlaging van de inkomens. De vraag is nu of hierover overeenstemming mogelijk is en of hun medewerking verkregen zal worden bij de uitvoering. In de woorden van de dissertatie is de probleemstelling: "Slaagde de overheid er in voor de uitvoering van het inkomensbeleid voor vrijgevestigde specialisten een handelingscontext tot stand te brengen op een zodanige wijze dat de beleidsvoering en de gevolgen ervan konden worden beheerst?".

De dissertatie is niet alleen interessant omdat het een turbulente periode betreft, maar ook omdat de schrijver in de rol van beleidsambtenaar betrokken is geweest bij de uitvoering van het desbetreffende overheidsbeleid. Hierdoor kon gebruik gemaakt worden van bronnen die doorgaans minder gemakkelijk toegankelijk zijn.

Ik zal allereerst het analysekader en de toepassing bespreken, waarna de evaluatie volgt.

Het theoretisch kader

Om de verhoudingen van de overheid en de specialisten te analyseren maakt de auteur gebruik van het model van Warren¹. Warren onderscheidt vier typen relaties tussen organisaties, met behulp van twee kenmerken: de mate waarin (afhankelijke) organisaties een overkoepelend machtscentrum realiseren met een gezamenlijke doelstelling, en de mate waarin de leden van de deelnemende

organisaties zich voegen naar de collectieve doelstelling. De hiermee te onderscheiden 'interorganisationele' typen relaties zijn: unitary, federative, coalitional, social choice. Deze worden in het proefschrift vervolgens uitgewerkt tot respectievelijk het dwangtype, het coöperatieve type, het onderhandelingsstype en het markttype relatie.

Het dwangtype wordt gekenmerkt door met centraal gezag vastgestelde, gezamenlijke doelstellingen waarbij de leden en de geledingen van de samenstellende organisaties zich zonder weerstand voegen. Bij coöperatie is het verwezenlijken van de eigen doelstellingen afhankelijk van de andere partij, waardoor gemeenschappelijke doelstellingen en samenwer-

G.R.M. Scholten,

De omsingeling van de medische specialisten; een organisatie-sociologisch onderzoek naar de relatie tussen de overheid en de medische specialisten, 1979-1989, dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam, mei 1994.

king ontstaan. De achterbannen spelen een ratificerende rol bij de besluitvorming. Bij het onderhandelingsstype zijn de partijen wederzijds afhankelijk, maar ligt de nadruk op het maximaliseren van de eigen doelstelling. Het handelen bestaat niet uit samenwerken om de gezamenlijke opbrengst te vergroten, zoals bij coöperatie, maar uit het verdelen van een vast totaal. De top van de organisatie moet hier mandaat verkrijgen voor bindende afspraken met de andere organisatie(s). Bij marktachtige relaties zijn er geen gezamenlijke doelstellingen en beheerst de achterban de standpuntbepaling van de organisatie-

top. Met behulp van deze onderscheidingen probeert de auteur de relaties tussen overheid en specialisten te karakteriseren.

Relaties tussen overheid en specialisten

De auteur onderscheidt in de verhoudingen tussen de overheid en medisch specialisten drie episoden: 1979-1981, 1981-1984 en 1985-1989. Ieder van deze episoden wordt gekenmerkt door dezelfde opeenvolging van typen relaties:

- de overheid past, al dan niet na onderhandeling, dwang toe;
- de protestmiddelen zijn effectief, er ontstaat een impasse;
- de impasse wordt doorbroken met coöperatie in de vorm van nieuwe afspraken;
- de onderhandelingen over de overeengekomen onderwerpen beginnen, maar falen;
- de overheid valt terug op dwang.

In de eerste periode (1979-1981) probeert de overheid met behulp van de Prijzenwet de tarieven van de specialisten te verlagen, zodanig dat in twee jaarlijkse tranches de specialisteninkomens met gemiddeld f 26.000 per jaar zullen dalen. De tariefsverlagingen worden door de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) aangevochten en vervolgens door de rechtbank buiten werking gesteld. Tariefbeschikkingen mogen niet gebruikt worden voor inkomenspolitiek omdat de Prijzenwet bedoeld is voor inflatiebestrijding. Hierdoor ontstond een impasse die na bemiddeling wordt overbrugd met het gezamenlijk 'Protocol': een opsomming van conflictpunten, verlangens en afspraken.

In de tweede periode (1981-1984) werd een nieuwe wet ontworpen, de Tijdelijke wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaren, die inkomenspolitieke maatregelen mogelijk moet maken. Opnieuw vindt langdurig overleg plaats dat uitloopt op een impasse. De overheid dreigt de tarieven te verlagen waarna het 'Generaal Akkoord' tot stand komt. Voor eind 1985 zal een functiewaarderingsonderzoek worden afgerond en zullen

1. R.L. Warren, The organizational field as a focus for investigation, *The Administrative Science Quarterly*, 1967, blz. 420-439.

feitelijke inkomensgegevens bekend zijn uit een integraal gehouden kosten- opbrengstenenquête.

In de derde periode (1984-1989) faalden de afspraken die in het Generaal Akkoord waren opgenomen. Het door de LSV geïnitieerde functiewaarderingsonderzoek had als uitkomst dat het salarisniveau uiteindelijk hoger in plaats van lager zou uitkomen. Gegevens over het feitelijk verdiende inkomen komen niet beschikbaar. De leden van de LSV verwerpen al in 1984 een registratiesysteem. Ondanks de wettelijke informatieverplichting en de inschakeling van de Economische Controle Dienst laat ook de respons op de inkomensenquête te wensen over. Individuele medisch specialisten slagen er zelfs in publicatie van de wel bekende gegevens tegen te houden. Ten slotte wordt het Generaal Akkoord door de overheid opgezegd (juli 1988) en worden tariefsverlagingen voorgesteld. De LSV gaat over tot het voor onbepaalde tijd afkondigen van 'zondagsdiensten', die vervolgens op vordering van de organisaties van de patiënten en van de ziekenhuizen door de rechtbank verboden worden. Het uitzichtloze conflict wordt uiteindelijk in 1989 beëindigd met het 'vijf partijen akkoord' tussen de LSV, de Nationale Ziekenhuisraad, de ziekenfondsen en de ambtelijke en de particuliere ziektekostenverzekeraars. Dit akkoord noodzaakte de overheid tot intrekking van de wet op grond waarvan zij het norminkomen kon vaststellen.

Conclusies van het proefschrift

De auteur concludeert dat de handelingstypen 'dwang' en 'markt' domineren en elkaar afwisselen. De materiële betekenis van de typen 'onderhandelingen' en 'coöperatie' blijkt marginaal: de tot stand gekomen akkoorden hebben slechts de functie uit de impasse te komen en de broze relatie te continueren.

De auteur stelt twee vragen: wat is de verklaring voor de opeenvolging van de handelingstypen 'dwang' en 'markt' en waarom komt deze ineffektieve opeenvolging in de drie episode steeds weer terug? De eerste vraag beantwoordt de auteur door de voorwaarden voor effectief ruilgedrag te onderzoeken. In de eerste plaats moeten het ruilgebied (de agenda) en de wederzijdse doelstellingen zodanig worden gekozen dat een compromis mogelijk is. Een der-

gelijke 'ruilzone' heeft steeds ontbroken: de overheid wilde de inkomens verlagen zonder dat er voor de specialisten veel te winnen was. In de tweede plaats bestond er geen overeenstemming over het gebruik van de aan te wenden instrumenten. Functiewaardering werd door de overheid ingezet als instrument om overeenstemming te forceren en door de specialisten gebruikt om het eigen gelijk te halen. In de derde plaats vereisen collectieve ruilprocessen dat delegaties zich overwegend op elkaar oriënteren in plaats van op de eigen achterban. De overheidsdelegatie had echter steeds minder mandaat door interdepartementale rivaliteit en gebrek aan politiek draagvlak. De LSV koos steeds meer voor mobilisatie van de leden en gedroeg zich meer als regisseur van het protest dan als ruilpartner. De conflictregulering ten slotte geschiedde niet van 'binnen uit', maar door derden in de vorm van arbitrage en rechtspraak. Uitspraken zijn dan minder gericht zijn op het vernieuwen van de onderhandelingen, maar meer op de schuldvraag en het oordeel over het gelijk van de ene of de andere partij. Conclusie: aan de voorwaarden voor overeenstemming heeft het steeds ontbroken.

Waarom volhardden de overheid en de specialisten in hetzelfde, onproductieve stramen van handelen? De auteur verklaart dit enerzijds uit het dynamisch conservatisme van de overheid. Veranderingen in de manier van handelen zou leiden tot aantasting van de machtspositie van het met het beleid belaste ministerie. Bovendien zou een fundamenteel andere opstelling en werkwijze door de specialisten kunnen worden opgevat als een verzwakking en hen in de gelegenheid brengen de tijd in hun voordeel te laten werken. Door de specialisten werd het overheidsgedrag anderzijds als 'onbetrouwbaar' ervaren omdat het afwisselend op dwang en overleg werd gebaseerd. De beste strategie in zulke omstandigheden is het vermijden van besluiten en het kiezen voor afwachtende participatie. De partijen konden elkaar niet meer ontzetten uit hun vruchteloze omklemming.

Interdisciplinaire aanpak bij beleidsevaluaties

Dit proefschrift geeft een heldere beschrijving van een beleidsproces bij

de overheid. De auteur brengt een duidelijke ordening aan in een complex gebeuren en heeft daarbij op evenwichtige wijze het verloop van het beleidsproces logisch en chronologisch kunnen indelen. Dat de nadruk is komen te liggen op het handelen van de overheid is jammer, maar een noodzakelijk gevolg van de ontoegankelijkheid van het archief van de LSV voor wetenschappelijk onderzoek. Jammer maar begrijpelijk is ook dat de auteur zijn analyse niet heeft doorgezet tot 1993, de afloop van het Vijf Partijen Akkoord. Het antwoord op de probleemstelling is duidelijk: de overheid heeft geen institutioneel kader tot stand gebracht dat zorgde voor doelrealisatie.

De verklaring voor dit onvermogen vind ik echter minder duidelijk, omdat het begrippenkader niet goed past en de theorie niet goed wordt toegepast. De verhouding van de overheid en de specialisten zou ik niet karakteriseren als een opeenvolging van verschillende handelingstypen. De door de auteur onderscheiden handelingstypen gaan uit van in principe autonome organisaties die intern centraal of decentraal beheerst worden. Gegeven deze autonomie en de kenmerken van de externe omgeving wordt al of niet besloten tot samenwerking of onderhandelingen met andere autonome organisaties. De relatie tussen de overheid en de specialisten is er echter niet één van wederzijdse autonomie, al is er wel wederzijdse afhankelijkheid. Artsen vervullen een publieke taak en hebben een bij wet toegekend monopolie. Het is dan ook verwarrend om te spreken van 'marktachtige' relaties tussen overheid en specialisten. Er is eerder sprake van een uitvoeringsrelatie die mede door middel van overleg gestalte krijgt.

De overheid kan de wettelijke monopoliepositie door haar wetgevende macht desgewenst intrekken. Uitgaande van de wettelijk bepaalde machtspositie van de specialisten is de vraag daarom veeleer waarom de overheid zonodig via overleg haar doelen wenste te realiseren. Waarom het handelen van de specialisten niet verder aan banden gelegd of de wettelijke monopoliepositie afgebroken? Een rechtseconomische analyse van doeltreffende instituties zou een waardevolle aanvulling geweest zijn

op de werkwijze van de auteur². Een dergelijke analyse zou hebben duidelijk gemaakt dat verdergaande regulering zowel ondoelmatig als ineffectief zal zijn. Het wettelijk monopolie is juist aan de beroepsgroep toegekend omdat zij verondersteld wordt over een informatiemonopolie te beschikken ten aanzien van (de kwaliteit van) de diagnose en de meest geschikte therapie. Verdergaande regulering is dan ondoelmatig omdat er hoge controle- en nalevingskosten zijn, terwijl er sub-optimaal gebruik gemaakt zal worden van de expertise en het initiatief van de betrokken specialisten. Het is ook ineffectief omdat artsen zich niet zien als uitvoerders van overheidsbeleid, maar loyaal zijn aan hogere principes als de 'eet van Hippocrates'. Het is bovendien ineffectief omdat het wettelijk zelfreguleringsmonopolie juist gebaseerd is op de gedachte dat alleen de professie in staat is lage kwaliteit te herkennen en minimum-kwaliteitsstandaarden te handhaven. Het informatiemonopolie heeft tot gevolg dat specialisten alle ruimte zullen blijven houden om de eigen doelen na te streven in plaats van overheidsbelangen te behartigen.

Een rechtseconomische analyse zal verder aan het licht brengen waarom de overheid niet besloten heeft tot het onmiddellijk wegnemen van de toetredingsbarrières en het bevorderen van de mededinging. Door de asymmetrische verdeling van informatie blijven patiënten bij vrije marktvoering de afhankelijke partij. Verder zou duidelijk worden dat ook de overheid belang heeft bij het in stand houden van de machtspositie van de specialisten³. Vrije toetreding tot de markt vergt kostbare opleidingsplaatsen. Bovendien bestaat de angst dat het aantal verrichtingen zal toenemen vanuit de goed gedocumenteerde veronderstelling dat het aanbod de vraag genereert zolang de informatie-asymmetrie bestaat. De kosten gaan dus voor de baat uit; een baat die mogelijk ligt voorbij de eerstvolgende verkiezingen.

Voorwaarden voor lagere inkomens zijn instituties die een meer symmetrische verdeling van informatie en marktmacht teweegbrengen. In principe zouden de ziektekostenverzekeraars als 'makelaars' van de patiëntenwensen de benodigde marktmacht kunnen uitoefenen. In de door het proefschrift bestreken periode hadden de verzekeraars er echter

geen enkel belang bij om de specialisten tegenwicht te bieden. De prijzen lagen vast en wettelijk was omschreven waaruit de medische verrichtingen bestaan en door wie zij moesten worden uitgevoerd.

De kern van de relatie tussen overheid en specialisten bestaat uit de wederzijdse afhankelijkheid. De specialisten zijn van de overheid afhankelijk voor de continuïteit van het wettelijk monopolie en de overheid is van de specialisten afhankelijk door het informatiemonopolie. Deze wederzijdse 'gijzeling' kan alleen worden doorbroken door neutralisering van het informatiemonopolie. Die strategie heeft de overheid sinds het midden van de jaren tachtig trachten te volgen. De verzekeraars en de patiëntenorganisaties zijn gemobiliseerd en de wettelijke bepalingen ter zake van vaste prijzen en nauwkeurig omschreven verrichtingen zijn opgeheven. Deze strategie verklaart ook waarom 'opeens' het Vijf-partijenakkoord tot stand kwam, exclusief de overheid. Door het in het belang te maken van de betrokken partijen om te onderhandelen, kon de overheid zich van het strijdtoneel terugtrekken. Een interessante vraag voor een volgend proefschrift is of de 'counter-vailing power'-strategie in theorie en praktijk zal leiden tot het beoogde doel van inkomensvermindering.

Het tekortschietend theoretisch kader laat onverlet dat de auteur een heldere en overzichtelijke organisatie-sociologische beschrijving heeft gegeven van een turbulent beleidsproces. Ik kan deze interessante gevalstudie van harte aanbevelen bij een ieder die geïnteresseerd is in het feitelijk verloop van overheidsbeleid, waarbij het beleidsveld instabiel is en de beleidsuitvoering niet ondersteund wordt door voldoende macht of overeenstemming.

Johan den Hertog

De auteur is werkzaam bij het Economisch Instituut / CIAV, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Utrecht.

2. Voor een analyse op het terrein van de vrije beroepsgroepen zie bij voorbeeld M. Faure, J. Siegers, R. Van den Bergh (red.), *Regulation of professions*, MAKLU, Antwerpen, 1993.

3. J.A. den Hertog, De markt voor medische verrichtingen, *ESB*, 25 augustus 1993.