

# Tien jaar stelselwijziging

In maart jl. is het boek 'Van Revolutie naar Evolutie'<sup>1</sup> uitgekomen. Daarin wordt op tien jaar stelselwijziging teruggeblikt en wel vanuit verschillende perspectieven (ziekenhuizen, thuiszorg, zorgverzekeraars en artsen). Per perspectief wordt beschreven wat er de afgelopen tien jaar aan beleid is gevoerd op het betreffende terrein en wat de effecten en gevolgen daarvan zijn geweest. Het boek is een inventarisatie van veranderingen die hebben plaatsgevonden in tien jaar tijd.

Het rapport dat de commissie Dekker in 1987 uitbracht over een fundamentele herziening van de structuur en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg, vormde het startschot voor vele discussies over de inrichting van onze gezondheidszorg en leidde ook tot veel veranderingen in zowel het overheidsbeleid als de uitvoerende praktijk van de zorg. Het betekende in 1987 een revolutie in de gezondheidszorg; van een sterk overheidsgerichte sturing werd een overgang bepleit naar een veel meer marktgerichte sturing. Tegelijkertijd deed de commissie voorstellen voor een fundamentele herziening van het verzekeringsstelsel. Het rapport bracht een schrikreactie te weeg, zowel binnen de politiek, het veld van de zorg als andere betrokken partijen.

## Stelselwijziging is nog volop gaande en onomkeerbaar

gezondheidszorg-geschiedenis geworden. Hoewel de 'geest van Dekker' nog in vele voorstellen en maatregelen is te herkennen, worden er inmiddels weer nieuwe accenten gelegd. Opgedane ervaringen, veranderende maatschappelijke en economische omstandigheden en zich wijzigende politieke opvattingen spelen daarbij een rol. Het opmaken van de balans van 'tien jaar stelselwijziging' geeft een tweezijdig beeld. Aan de ene kant zijn de plannen zoals die indertijd zijn opgesteld en door de politiek zijn overgenomen bij lange na niet uitgekomen. De brede basisverzekering is achter de horizon verdwenen en ook de marktwerking is aanmerkelijk minder ver doorgevoerd

Inmiddels zijn we ruim tien jaar verder en is het Dekker-rapport onderdeel van de

dan in de oorspronkelijke plannen was aangegeven. Aan de andere kant zijn er de afgelopen jaren ingrijpende maatregelen genomen op weg naar meer decentralisatie van verantwoordelijkheden en versterking van 'checks & balances' in de gezondheidszorg. Op de hoofdterreinen van wet- en regelgeving zijn wijzigingen doorgevoerd (of verregaand in voorbereiding) die partijen meer eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden geven. Veel is dus bereikt in een periode van tien jaar, maar tot een fundamentele herziening van het verzekeringsstelsel is het niet gekomen. En ook van de vergrote marktwerking in de gezondheidszorg zijn de uiteindelijke effecten nog onzeker.

## Ziekenhuizen

Voor de ziekenhuizen, in kaart gebracht door M.J.M. Le Grand-van den Boogaard, D.K. Munsterman en R.L.W.M. Spaay, is er de laatste tien jaar een veranderingsproces in gang gezet richting meer 'marktgericht denken'. Deze veranderingen zijn een uitvloeisel van gewijzigde visies op de werking van de gezondheidszorg. Veranderingen zijn waarneembaar in de aansturing van het ziekenhuis, maar ook in de interne organisatie. Zo wordt de centrale sturing van instellingen langzaam aan vervangen door meer beleidsvrijheid voor de instellingen en de zorg wordt steeds minder op basis van vaste regels gefinancierd en meer op basis van lokale afspraken tussen verzekeraars en aanbieders. In dit kader kan worden gesproken van een verschuiving van centrale naar een lokale benadering. Ook binnen de ziekenhuizen zijn veranderingen waarneembaar, die worden gekenmerkt door een meer bedrijfsmatige aanpak, waarbij bijvoorbeeld ook kan worden gedacht aan een patiëntvriendelijkere benadering. Alle veranderingen kennen een transitie periode. Voor de ziekenhuizen betekent dit dat het voeren van een strategisch en marktgericht beleid wordt belemmerd door de nog vigerende wet- en regelgeving. De veranderende positie van ziekenhuizen heeft geleid tot een aantal niet meer weg te denken ont-

wikkelingen in de ziekenhuissector, zoals de ingezette tendens naar een betere afstemming tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuiszorg en de transmuralisering van de zorg.

## Thuiszorg

Ook in de thuiszorg, beschreven door Q.A.J. Swagerman, was de marktwerking tien jaar geleden volledig afwezig. Er werd zelfs nog niet gesproken van thuiszorg, maar van kruiswerk en gezinsverzorging. De afgelopen tien jaar heeft de thuiszorg in een geheel andere positie gesteld. Vanuit een onopvallend bestaan heeft het zich ontwikkeld tot een belangrijke partij in de gezondheidszorg. Deze sector wordt gekenmerkt door termen als schaalvergroting, integratieprocessen en thuiszorgbedrijven. De concurrentie is niet meer weg te denken, met alle spanningen van dien tussen de oude en de nieuwe thuiszorginstellingen. Het zorgaanbod wordt gedifferentieerder, netwerken breiden zich uit en transmurale zorg is een begrip. Het marktaandeel van de thuiszorg is niet langer meer gegarandeerd. Ontwikkelingen zoals het persoonsgebonden budget en flexibilisering van het thuiszorg budget, particuliere thuiszorgbureaus en de verzekeraarsbudgettering zorgen ervoor dat de thuiszorg zich als marktpartij moet profileren ter behoud van het marktaandeel.

## Zorgverzekeraar

Tien jaar stelselwijziging heeft geleid tot een nieuw begrip: de zorgverzekeraar (E. Brouwer, P.A.M. van den Broek). De ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen zijn steeds meer geconvergeerd en de verzekeraars zijn meer samen gaan werken. Compartimentering, terugheveling, convergentie, budgettering van verzekeraars zijn ingeburgerde begrippen geworden. De verzekeraar als marktpartij wordt vormgegeven door onder andere de ontwikkeling van een normuitkeringsstelsel en pogingen de zorg-aanspraken te flexibiliseren. Vanuit de overheid wordt de flexibilisering gestimuleerd maar aan de andere kant ook met argusogen bekeken.

Optische flexibilisering gaat vaak gepaard met invulling via nieuwe gedetailleerde regelgeving. Maar de ingezette lijn van privatisering van de verzekeraarsmarkt lijkt op termijn onafwendbaar.

## Artsen

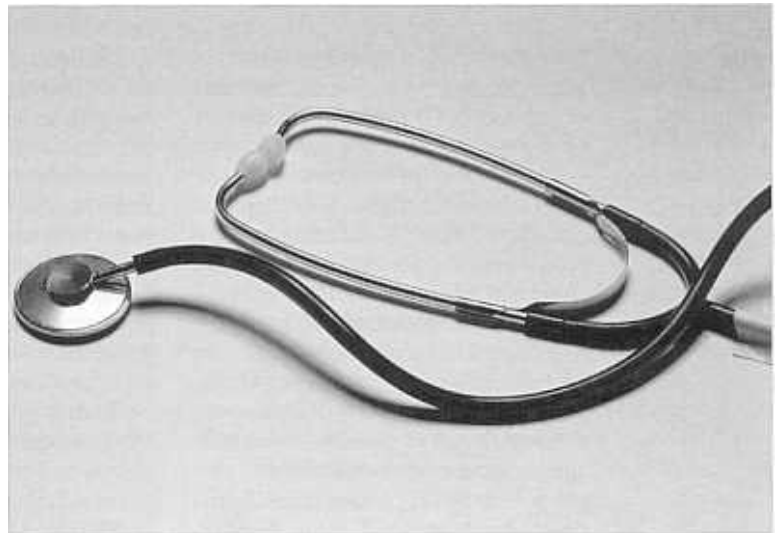
De stelselwijziging is voornamelijk ingezet om te komen tot kostenbeheersing. Volgens Th.M.G. van Berkestijn en W.T.P.F. van de Werf worden de afgelopen tien jaar gekenmerkt door verschillende pogingen om de stijgende kosten van de gezondheidszorg af te wettelen op de beroepsgroepen (onder andere medisch specialistische zorg). De artsen identificeren tien jaar stelselwijziging dan ook voornamelijk met inkomenspolitiek. Door een vergaande beheersing van de uitgaven worden particuliere (wachtlijstverminderende) initiatieven, zoals bedrijvenpoli's en privé klinieken onafwendbaar. De afgelopen periode is op initiatief van de beroepsgroepen zelf aandacht besteed aan het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Aandacht wordt gevraagd voor een beleid gericht op het sturen met incentives inplaats van met bezuinigingen. We kunnen anno 1997 constateren dat het hervormingsbeleid van de gezondheidszorg, zoals dat tien jaar geleden is ingezet, niet is gelukt maar evenmin is mislukt. T.E.D. van der Grinten gaat in op de wijze waarop de beleidsprocessen zijn verlopen en waarom het zo is gegaan. Onduidelijk is de mate waarin het overheidsbeleid de veranderingen van de gezondheidszorg werkelijk heeft gestuurd: was Dekker en alles wat aan het beleid volgde niet meer een manifestatie dan een oorzaak van de veranderingen in de gezondheidszorg? Onderzoek bracht aan het licht dat het niet zozeer de belangen en voorkeuren van de burgers, belangengroepen en de overheid zijn die het verloop, inclusief de stagnatie, van de hervormingsprocessen verklaren, maar de manier waarop deze belangen en preferenties worden verwerkt in het beleidsproces. Een periode van 'tien jaar stelselwijziging' is voorbij. De vraag is hoe de

volgende periode van tien jaar er uit zal zien. Blauwdrukken als die van Dekker en Simons zijn aan de kant geschoven en ingeruild voor een 'no regret' aanpak waarin langs incrementele weg veranderingen worden aangebracht in het bestaande systeem. Hoewel de retoriek en de invoeringsstrategie is veranderd, zijn belangrijke elementen van de stelselwijziging dus zeer beslist niet van tafel. Vooral in de curatieve zorg staat het beleid nog steeds in het teken van versterking van decentrale verantwoordelijkheden en gereguleerde marktwerking. Het besef dat de marktwerking ook risico's van kostenstijgingen en verschillen in toegankelijkheid met zich meebrengt is echter nu duidelijker aanwezig. Om die reden houdt de overheid ten aanzien van het politieke deel van de zorg een steviger vinger in de pap dan zij eerder van plan was.

## Politiek

Zoals ook uit de internationale vergelijking van hervormingen naar voren komt (B.L. Kirkman-Liff), is voor een stelselwijziging veel politieke steun vereist. Het periodiek aantreden van een nieuwe coalitie en een verandering van de ministerspost zorgen ervoor dat structurele hervormingen in de gezondheidszorg moeizaam tot stand komen. Als een fundamentele stelselwijziging politiek niet haalbaar is, verschuift het accent naar incrementele organisatorische veranderingen in het stelsel. Tien jaar stelselwijziging kan worden gezien als incrementele veranderingen in de manier waarop de zorg is georganiseerd of wordt bekostigd, hetgeen plaatsvindt in kleine stapjes. Een ingrijpende structuurverandering vergt relatief snel handelen binnen één regeringstermijn. Bij het vervolg van de stelselwijzi-

ging zullen (opnieuw) een aantal fundamentele vragen aan de orde komen, zoals de omvang van het pakket (wat moet onderdeel vormen van een voor ieder gegarandeerd zorgpakket en wat kan worden overgelaten aan de vrije keuze van de individuele verzekerde?), de premiestelling (moet deze voor ieder uniform zijn, welke verdeling



tussen inkomensafhankelijke en nominale premie?) en de regierol van de verzekeraars (in hoeverre kunnen en willen zorgverzekeraars echt handelen als countervailing power tegen het zorgaanbod en bewakers van kostenbeheersing en doelmatigheid?). In de Nederlandse gezondheidszorg is inmiddels de revolutie overgegaan in evolutie. Langs de weg van de geleidelijkheid veranderen belangrijke delen van de gezondheidszorg steeds meer in de richting die de commissie Dekker voor ogen stond. Zeker wat de veranderende sturing betreft is de stelselwijziging volop gaande en onomkeerbaar, hoewel het misschien niet zo mag heten!

*Dr. Y.W. van Kemenade  
Dr. E. Elsinga*

*Dr. Van Kemenade is als beleidsadviseur verbonden aan de Raad voor de Volksgezondheid  
Dr. Elsinga is werkzaam bij de Marktgroep Gezondheidszorg van de ING Bank*