Herstructurering van de gezondheidszorg:

van imperfecte planning naar een imperfecte markt?

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar, vanwege het Utrechts Universiteitsfonds benoemd om onderzoek te doen en onderwijs te geven in de faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen en de faculteit der Sociale Wetenschappen op het vakgebied van ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg

op 12 november 1992

door

Dr. P.P. Groenewegen

NIVEL

nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

ISBN 90-6905-205-9

Mijnheer de Rector Magnificus,
Dames en Heren,

Inleiding

Velen van ons zijn hun arbeidszaam leven begonnen als ziekenfondspatiënt, omdat hun salaris beneden de loongrens lag. Vrijheid van keuze was daar niet in; beneden de loongrens was iedereen verplicht verzekerd en de ziekenfondsen hadden een regionaal monopolie. De hoogte van de ziekenfondspremie was onafhankelijk van de gezondheidssituatie en de woonplaats van de individuele verzekerde.
Degenen die het geluk hadden dat hun arbeidsinkomen tot boven de loongrens groeide, kwamen plotseling voor een keuze te staan, de keuze van een particuliere ziektekostenverzekering. De particuliere ziektekostenverzekeraars hadden een acceptatie-plicht voor iedereen die direct uit het ziekenfonds kwam. Voor het overige hanteerden zij - vooral sinds het begin van de jaren tachtig - naar leeftijd en verwacht risico gedifferentieerde verzekeringspremies. Van een sociale verzekering, gekenmerkt door solidariteit van niet-zieken met zieken, kwam men in een schade-verzekering met weliswaar hele lage premies voor gezonde jonge mannen, maar ook met sterk met het ouder worden stijgende premies[1]. Zoals de voormalige staatssecretaris Van der Reijden het eens uitdrukte: 'indien u ouder dan pak-weg 47 jaar bent, behoort u vanuit verzekeringsoogpunt tot de brandende huizen'[2].

Waarom spreek ik hier in de verleden tijd? Niet omdat deze beschrijving helemaal niet meer zou opgaan. Ik doe dat om het verschil te kunnen aangeven met de situatie zoals die mogelijk zal bestaan als de stelselwijziging van de gezondheidszorg, waar we voorlopig nog middenin zitten, voltooid zal zijn.

Hoe zal die toekomstige situatie na de stelselwijziging er uitzien? Voor de burgers zullen de meest merkbare elementen zijn dat er geen onderscheid meer is tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden en dat er naast een inkomensgerelateerde premie een nominale premie is voor de ba-

sisverzekering en (eventueel) een nominale premie voor een aanvullend verzekeringspakket. De (voormalige) ziekenfondsen werken niet meer voor een regionaal afgebakend en door de Ziekenfondsraad goedgekeurd werkgebied. Ze staan open voor verzekerden in het hele land. Zorgverzekeraars, zoals de ziektekostenverzekeraars nu heten, hebben een acceptatieplicht waardoor ze niet kunnen concurreren door risico-selectie[3]. Geaggregeerde verschillen in risico worden ondervangen door normuitkeringen uit de Centrale Kas, waarin alle premies van de inkomensafhankelijke basisverzekering gestort worden. De normuitkeringen houden rekening met verschillen in ziekte-risico van categorieën verzekerden[4]. Dat wil zeggen: voor mensen van wie verwacht wordt dat ze een groter beroep op de zorg zullen doen, zoals ouderen, wordt een hoger bedrag uitgekeerd. De ordening van het nieuwe stelsel vindt plaats door contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg. Verzekeraars sluiten selectief contracten af (de contracteerplicht van ziekenfondsen is al afgeschaft), gebaseerd op overwegingen van kwaliteit van zorg en kosten. Verschuivingen van duurdere naar goedkopere vormen van zorg vinden plaats, doordat de zorgaanspraken niet meer in termen van voorzieningen zijn geformuleerd, maar in termen van zorgfuncties. In termen van voorzieningen geformuleerd heeft de verzekerde recht op huisartsenzorg en in termen van functies op 'hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, volgens de algemeen aanvaarde standaard, verloskundige hulp daaronder niet begrepen'. Zo is de functionele omschrijving van huisartsenzorg omschreven in een brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer[5]. Verder zijn in het nieuwe stelsel prikkels ingevoerd om zorgverzekeraars en aanbieders van zorg te stimuleren tot efficiënt werken.
Concurrentie tussen verzekeraars wordt gestimuleerd doordat verzekerden periodiek van verzekeraar kunnen wisselen. Ze kiezen dan voor de verzekeraar die een lagere nominale premie aanbiedt, aantrekkelijke eigen risico regelingen heeft of een breder pakket in de aanvullende verzekering heeft. Waar verandering van verzekeraar in het oude stelsel voor ziekenfondsverzekerden alleen aan de orde is bij verhuizing naar een andere regio[6] en bij particulier verzekerden waarschijnlijk betrekkelijk weinig voorkomt[7], wordt er in het nieuwe stelsel een beroep gedaan op het calculerend vermogen van de burger[8] en op het PR-budget van de zorgverzekeraars.

Gezondheidszorgbeleid

Het beeld van de situatie na succesvolle uitvoering van de stelselwijziging is nog lang niet gerealiseerd. Het is de vraag in hoeverre het ooit gerealiseerd zal worden. Dit is niet zomaar een vraag van de scepticus, maar een vraag die gebaseerd is op analyses van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid in het verleden. Het antwoord op deze vraag hangt nauw samen met karakteristieken van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

Het toekomstbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg halverwege de jaren zeventig was gebaseerd op een planmatige verandering van de gezondheidszorg. Die moest leiden tot een nieuwe balans tussen de sterk groeiende intramurale, specialistische zorg en de rechtstreeks toegankelijk eerstelijnszorg. De gezondheidszorg zou worden gedecentraliseerd en regionaal georganiseerd. De ordening van het systeem zou door planning tot stand komen. Dat was de manier waarin toen, met het verschijnen van de Structuurnota in 1974 [9], in het beleid aangekeken werd tegen de gezondheidszorg. Om het beleid te realiseren werd gewerkt aan een drieluik van wetgeving: ten eerste een wet met betrekking tot de planning en regulering van voorzieningen waarin de Wet Ziekenhuis Voorzieningen zou worden opgenomen, ten tweede een wet voor de tarieven in de gezondheidszorg en ten derde een wet voor de verzekering tegen ziektekosten.
In de tweede helft van de jaren tachtig heeft een belangrijke omslag in de beleidsvisie op de gezondheidszorg plaats gevonden. Planning als basis van ordening heeft plaats gemaakt voor ideeën over een gereguleerde markt. Dat betekent niet dat er nu echt zo veel in het concrete beleid is veranderd. De planningsgedachte was nooit zover door gevoerd dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) integraal is ingevoerd. De gezondheidszorg in de nieuwe polders, met name in Almere, zou men kunnen zien als een demonstratie-project van hoe de planmatige ordening van de gezondheidszorg volgens de ideeën uit de jaren zeventig eruit zou kunnen zien[10]. Landelijk gezien is binnen de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, het kernstuk van het planningsdenken, alleen het vestgingsbeleid voor huisartsen gerealiseerd en dat is nu weer opgeheven. Toch stuurde de planningsgedachte de manier waarop er tegen de gezondheidszorg werd

aangekeken. Ook al was er geen WVG-geplande gezondheidszorg, als aan buitenstaanders moest worden uitgelegd hoe de gezondheidszorg in elkaar stak, dan werd die beschreven bezien door een WVG-bril[11].
Toen de plannen van de commissie Dekker[12] en wat later het plan Simons[13] de beleidsdiscussie gingen beheersen, veranderde ook de manier waarop tegen de gezondheidszorg werd aangekeken; nog voor dat er maar één concrete beleidsmaatregel genomen was.
Typerend voor het pluralistische karakter van de Nederlandse gezondheidszorg is dat er misschien niet eens zoveel concreet beleid gemaakt wordt[14], maar dat er onder invloed van veranderende visies verschuivingen plaats vinden in de machtsbalans en de relaties tussen de belangrijkste partijen. In een pluralistisch systeem[15] is de centrale overheid weliswaar verantwoordelijk, maar ontbreken de instrumenten om met kracht het beleid op te leggen aan de partijen. Als het om ingrijpende veranderingen gaat, ook als dat het terugtreden van de overheid betreft, dan gaat dat makkelijker als die overheid een centrale rol speelt (en dus ook iets heeft om van terug te treden).
Men kan stellen dat er meer continuïteit zit in hoe de gezondheidszorg zich ontwikkelt dan men zou denken als men de omslagen in de beleidsvisies beschouwt. Tegelijk ook zit er meer verandering in het systeem dan men zou verwachten op basis van wat er aan concreet beleid uitgevoerd is.
De veranderingen die feitelijk plaats vinden, veranderen de machtsbalans en de relaties tussen partijen. Ze hebben daarmee onbedoeld een invloed op hoe verdere veranderingsprocessen plaats vinden. Gestuurde verandering in de Nederlandse gezondheidszorg is dus nog niet zo eenvoudig. Het toekomstbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg is vervat in het advies van de commissie Dekker en uitgewerkt in regeringsstandpunten en het plan Simons. Het geeft een blauwdruk van een nieuw systeem. Men kan op die blauwdruk van alles tegen hebben, maar in theorie (in casu vooral theorie uit de economie van de gezondheidszorg) zit het systeem helder in elkaar en zou het wellicht moeten werken ook. Ik voeg dat laatste toe omdat we dat niet weten; er is niet zoiets als een experiment Almere voor het plan Simons. Moet dan toch de Markerwaard maar worden droog gelegd?[16]
Wat ontbreekt is een helder plan om van de huidige situatie bij de nieuwe situatie te geraken. Alleen al door anticipatie op verwachte veranderingen veranderen de condities die nodig zijn om het nieuwe stelsel tot een succes te

maken. In de loop van het traject verandert er van alles waardoor het onvoorspelbaar wordt waar we uitkomen. Waar we uitkomen kan er wel eens heel anders uitzien, dan hetgeen de bedoeling was; er kunnen onbedoeld negatieve effecten optreden ook op punten waar het beoogde nieuwe systeem nu net tot verbeteringen moest leiden: kostenbeheersing en doelmatigheid, kwaliteit, toegankelijkheid.

Institutionele verandering in een pluralistisch stelsel

Om verder te komen dan deze wat impressionistische analyse van het gezondheidszorgbeleid in Nederland wil ik twee vragen aan de orde stellen. In de eerste plaats de vraag hoe institutionele veranderingen in een pluralistisch stelsel van gezondheidszorg tot stand komen. De tweede vraag is welke onbedoelde gevolgen er in het proces van institutionele verandering optreden, op welke terreinen dergelijke gevolgen optreden en hoe dat te verklaren valt.[17]

Instituties zijn het geheel van formele en informele regels van het maatschappelijk verkeer, de beperkingen die mensen en organisaties zichzelf en elkaar opleggen[18]. Het feit dat het bij institutionele verandering om formele èn informele regels gaat, onderstreept dat ondanks gerichte veranderingen er veelal continuïteit zal zijn en dat de stuurbaarheid van institutionele verandering beperkt is.
Bij het tot stand komen van veranderingen in de institutionele structuur kunnen we drie processen onderscheiden[19] die een verschillende tijdshorizon hebben en die elkaar beïnvloeden. Van de lange naar de korte tijdshorizon gaande zijn dat in de eerste plaats de lange-termijnprocessen van toenemende functionele rationaliteit. Men kan die zien als *een autonome ontwikkeling*[20] die de handelings- en interactiesituatie van mensen langszaam maar zeker verandert.
In de tweede plaats komt institutionele verandering tot stand door *verandering van dominante visies* (of beliefsystemen) met betrekking tot de gezondheidszorg. Deels zou men deze verandering kunnen zien als gevolg van de juist genoemde autonome ontwikkelingen. Verandering in dominante visies

is van invloed op de beleidsvorming van de overheid en andere actoren en op hoe deze actoren hun situatie definiëren. Traditionele planningsmodellen hebben geen effectief antwoord meer op de toegenomen complexiteit van de institutionele omgeving, stellen Saltman en Von Otter. De 'conceptuele bril' waardoor tegen overheidsactiviteiten wordt aangekeken, is veranderd en dat geldt ook voor de taal van de beleidsontwikkeling en beleidsevaluatie op het gebied van de gezondheidszorg[21].
Ten slotte komt institutionele verandering tot stand door *intentioneel beleid*, dat wil zeggen het doelgerichte handelen van met name de overheid om de regels van het spel van de gezondheidszorg te veranderen.
Veranderingen in de institutionele structuur van de gezondheidszorg komen door elk van deze drie processen en in onderlinge samenhang tot stand. Gezondheidszorgsystemen zullen weliswaar verschillen in de mate waarin institutionele verandering tot stand komt door intentioneel beleid, maar de richting van de institutionele verandering vertoont vaak opmerkelijke overeenkomsten[22].
Heel kort samengevat kan de onderlinge samenhang als volgt onder woorden gebracht worden. Ik zal het betoog straks verder uitwerken. Autonome ontwikkelingen in de richting van meer functionele rationaliteit hebben via het micro-proces van veranderende interactiesituaties tussen hulpverleners en patiënten geleid tot een andere benadering van patiënten. Dat heeft op zijn beurt geleid tot een definiëring van gezondheidszorg als een product en van de patiënt als een project, zoals Philipsen deze ontwikkeling heeft beschreven[23]. Dit autonome, lange termijnproces heeft een van de voorwaarden geschapen voor een verschuiving in de dominante visie, de manier waarop door actoren aangekeken wordt tegen de gezondheidszorg en de wenselijke ordening daarvan. Verandering in 'beleid op papier', zoals ik de richtinggevende nota's van de overheid noem, brengt subtiele veranderingen tot stand in de handelingsruimte van actoren. Er vindt anticiperend gedrag plaats door actoren, bestaande formele en informele regels worden minder dwingend en bestaande handelingsruimte wordt anders gedefinieerd. Het hieruit resulterende gedrag van actoren verandert de condities die van invloed zijn op het voeren van intentioneel beleid en op het succes daarvan. Het intentioneel beleid, zoals dat stapsgewijs en soms met grote vertraging (in de Nederlandse situatie) wordt uitgevoerd, is direct van invloed op

de handelingsruimte van actoren. Echter, door de veranderde invoeringscondities die tot stand komen onder invloed van verandering in de dominante visie, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de intenties van het beleid niet worden gerealiseerd.

Autonome ontwikkelingen

In de lange-termijnontwikkeling van Westerse industriële samenlevingen is toenemende rationalisering een belangrijk proces. Ik wil hier niet ingaan op de oorzaken van deze ontwikkeling en op verschillen tussen of binnen landen, maar op de gevolgen van dit proces.
Door De Swaan[24] is de expansie van de sociale zekerheid, waaronder de gezondheidszorg, in Westerse landen beschreven. Het ontstaan van collectieve regelingen om de disruptieve gevolgen van armoede, analfabetisme en ziekte te voorkomen worden door hem geanalyseerd in termen van externe effecten. Op het terrein van de gezondheidszorg zijn twee brede ontwikkelingen naar toenemende rationaliteit te onderkennen.
De zorg voor gezondheid en ziekte is het bijna exclusieve terrein van professionele hulpverleners geworden. De ontwikkeling van professionele groepen is er een van toenemende arbeidsverdeling geweest[25] die ertoe heeft geleid dat de patiënt zich onderwerpt aan de eisen die het medisch bedrijf stelt. Medici zijn steeds meer gespecialiseerd op deelgebieden en zijn in de loop van de tijd voor hun beroepsuitoefening ook afhankelijker geworden van de ziekenhuisorganisatie, een afhankelijkheid die pas de laaste tijd vermindert door ontwikkelingen in de medisch technologie. Deze condities van specialisatie en afhankelijkheid van de ziekenhuisorganisatie beïnvloeden de manier waarop artsen hun doelen kunnen bereiken. Algemeen gesteld zijn die doelen het eigen welzijn van artsen waarvoor inkomen en gedragsbevestiging instrumenteel zijn, en het bevorderen van de gezondheid van hun patiënten. Inkomen wordt verkregen door het uitvoeren van specifieke verrichtingen en gedragsbevestiging is in belangrijke mate afhankelijk van eveneens gespecialiseerde collega's. De ideeën over wat bevorderend is voor de gezondheid van de patiënt, zijn gebaseerd op gespecialiseerde ken-

nis. Bij elkaar genomen een situatie waarin functionele rationaliteit de overhand heeft boven substantiële rationaliteit.
Parallel aan en mede onder invloed van deze ontwikkeling heeft aan de zijde van de gebruikers van zorg een mentaliteitsverandering[26] plaats gevonden die door De Swaan proto-professionalisering is genoemd; een aspect en fase van de rationalisering van het alledaagse leven. Door verspreiding van professionele kennis naar de bevolking hebben mensen de neiging om hun gezondheidsproblemen voor zichzelf al te definiëren in termen die de medische professie hanteert. In hun streven naar welzijn speelt gezondheid voor mensen een steeds belangrijkere rol[27]. Een van de middelen om gezondheid te bereiken is gebruik te maken van gezondheidszorg. De bijdrage die gezondheidszorg daaraan kan bieden is moeilijk in te schatten; men verlaat zich daarbij noodgedwongen voor een belangrijk deel op het oordeel van professionals. Gezondheidszorg is niet alleen een middel om gezondheid te bereiken, maar ook een middel om gedragsbevestiging te krijgen in de vorm van aandacht en geruststelling[28]. Medische oplossingen voor de problemen des levens zijn belangrijker geworden, naarmate de toegang tot andere bronnen van geruststelling geringer is geworden door het uiteenvallen van traditionele vormen van integratie, zoals het gezin en de kerk. Dit laatste is een voorbeeld van een andere lange termijn ontwikkeling die voor de gezondheidszorg van belang is, namelijk de toenemende individualisering.
In de communicatie tussen arts en patiënt leiden deze ontwikkelingen tot een benadering van de patiënt op een functioneel rationele wijze als een project, door Philipsen als volgt gedefinieerd: 'gedurende een beperkte tijd, vaak in een afgegrensde ruimte, wordt op een nauw omschreven manier, daadwerkelijk een gedefinieerde begintoestand omgezet in een gedefinieerde eindtoestand'[29]. De instrumentele aspecten van de communicatie prevaleren boven de affectieve. Door het belang dat patiënten hechten aan gezondheid en door de onzekerheid over gezondheidszorg als middel daartoe sluit dit voor een deel aan bij de doelstellingen van patiënten en wordt gezondheidszorg als een product gezien.
Het feit dat gezondheidszorg ook een middel is voor het bereiken van andere doelstellingen van patiënten, laat ook de grenzen van deze 'product- en project-definitie' zien. Deze definitie past beter bij de curatieve zorg dan bij

preventieve zorg en beter bij op genezen gerichte zorg ('cure') dan bij verpleging en verzorging ('care'). Dit zijn ook precies de gebieden waarop de nieuwe beleidsvisie op de gezondheidszorg waarin het project- en productkarakter voorop staan, problemen heeft met de omschrijving van verzekeringsaanspraken. Huisartsgeneeskunde zit daar zo'n beetje tussenin; spreken over het 'product huisartsgeneeskunde'[30] zal nooit een golf van herkenning teweeg brengen bij de patënten. Dat komt door het grote belang van zulke niet-project- en productmatige aspecten in het werk van huisartsen als de affectieve houding ten opzichte van patiënten en de belangrijke rol die afwachten en aankijken (in de letterlijke en figuurlijke zin van het woord) spelen[31].

Verandering van de dominante visie

Het hier beschreven proces geeft een schets van een ontwikkeling waarin een veranderde visie op de gezondheidszorg en de plaats van de patiënt daarin mogelijk werd. Het resultaat vormt een 'input' voor een nieuwe beleidsvisie op de gezondheidszorg. Het gaat hier om een proces dat zich over een langere periode heeft afgespeeld. Waarom nu precies in de tweede helft van de jaren tachtig zich de omslag in de beleidsvisie heeft voorgedaan, valt er niet uit af te leiden. Met andere woorden: de 'timing' van de omslag valt - ook achteraf bezien - niet zo gemakkelijk te begrijpen[32]. Achteraf bezien zou de introductie van de ziekenhuisbudgettering in 1983 wel eens een belangrijk moment geweest kunnen zijn. De ziekenhuisbudgettering kan weliswaar de positie van het management van de instellingen hebben versterkt ten opzichte van de hulpverleners die erin werken, maar heeft ook de instellingen als geheel voor problemen geplaatst. De combinatie van kostenbeheersing en betaling per verrichting van medisch specialisten beperkt de professionele autonomie van deze hulpverleners[33]. Waar kostenbeheersing feitelijk redelijk succesvol was, werden de ziekenhuizen en specialisten in een drukvat geplaatst. De druk kon voor een deel doorgeschoven worden naar de verzekeraars en de overheid door samen met de georganiseerde categoriale patiëntenverenigingen het bestaan van wachtlijsten publicitair uit te buiten[34].

De discussie over de grenzen van ordening door planning is verder gevoed door het advies van de Commissie Sanering Planprocedures in 1985. Door deze commissie zijn onder meer de planprocedures op het terrein van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening doorgelicht. Een belangrijk punt van kritiek in het eindrapport is de scheiding van planning en financiering in de gezondheidszorg[35].
Aan de kant van de overheid speelde ten slotte een rol dat de solidariteit van gezonden en zieken en van vermogenden en minder vermogenden, die verankerd is in het ziekenfondssysteem, onder druk kwam te staan sinds de zogenaamde kleine stelselwijziging in april 1986. Toen werden de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering opgeheven. De betreffende verzekerden gingen deels naar de verplichte ziekenfondsverzekering en deels naar de particuliere verzekering met een standaardpolis. De nasleep van de kleine stelselwijziging zien we terug in de WTZ-premie die particulier verzekerden betalen om de tekorten van de standaardpolis om te slaan[36].
In deze situatie kregen de belangrijkste partijen er allengs belang bij om de situatie ingrijpend ter discussie te stellen. De Commissie Structuur en Functioneren Gezondheidszorg zette de toon voor de nieuwe beleidsvisie[37]. Met de successieve 'Dekker-brieven' waarin het kabinetsstandpunt werd verwoord, en de beleidsnota's omtrent het Plan Simons werden het idee van de terugtredende overheid en de introductie van marktgerichte elementen tot het officiële 'beleid op papier'.
Zonder de pretentie te hebben hiermee uitputtend te zijn heb ik eerder drie manieren aangegeven waarop alleen al een verandering van het 'beleid op papier' de handelingsruimte en daaruit resulterend het gedrag van actoren in de gezondheidszorg beïnvloedt. Dat zijn anticipatie op voorgenomen veranderingen, interpretatie van de regelgeving en definitie van de situatie. Ik zal de werking daarvan in enkele voorbeelden toelichten.
Ik zal eerst een voorbeeld geven van anticiperend gedrag.

In een rapport van de Projectgroep Economie Groningen[38] wordt gesteld: 'Samenvattend verwachten we op basis van de theorie dat in de tijd gezien de verzekeraars voor de (al dan niet gehele) invoering van de plannen van de Commissie Dekker samenspannend gedrag zullen vertonen. Bovendien

zullen ze regionaal gaan samenwerken.' De gedachte dat zorgverzekeraars zouden moeten gaan concurreren om de gunst van patiënten en aanbieders, heeft tot een fusiegolf onder zorgverzekeraars geleid[39]. Immers, elke individuele verzekeraar wil de sterkste uitgangspositie hebben. Het gevolg van deze ontwikkeling is tweeledig. In de eerste plaats heeft het de machtsbalans tussen partijen veranderd. Of de stelselwijziging nu voortgang zal vinden of niet, de positie van zorgverzekeraars lijkt sterker te zijn geworden[40]. In de tweede plaats heeft deze ontwikkeling nieuwe condities geschapen waaronder de slaagkans van de invoering van concurrentie tussen zorgverzekeraars alleen maar kleiner geworden is. Precies het omgekeerde van wat de bedoeling was. En om het gewenste effect terug te krijgen is ingewikkelde anti-kartel wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg nodig[41]. Niks terugtreden dus, maar nieuwe wetgeving maken.
Ook aan de kant van de aanbieders van zorg zijn tendenzen tot organisatie en/of concentratie te zien. In de recente overheidsnota Positionering Ziekenhuiszorg[42] wordt gesproken van een 'tweede fusiegolf'; het gaat niet langer om de indertijd door de overheid gestimuleerde fusies tussen kleine ziekenhuisjes, maar om fusies tussen middelgrote en grote instellingen. Versterking van de concurrentiepositie en de onderhandelingspositie met het oog op het nieuwe stelsel worden onder meer als motieven genoemd. In dit geval heeft de overheid een instrument om de concentratie tegen te gaan via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. In tegenstelling tot het stimulerende beleid ten tijde van de eerdere fusiegolf wordt nu voorshands een terughoudend beleid voorgestaan.

Een tweede manier waarop verandering van 'beleid op papier' invloed kan hebben op het gedrag van actoren in de gezondheidszorg is dat op een andere manier tegen bestaande regelgeving aangekeken wordt op het moment dat het overheidsbeleid vermindering van diezelfde regelgeving voorstaat. Een voorbeeld hiervan is de opkomst van privé-klinieken. Uit een inventarisatie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid[43] blijkt dat er in 1991 reeds een veertigtal van dergelijke klinieken actief is. Medisch-technologische ontwikkelingen hebben meer ingrepen in dagbehandeling en kleinschaliger voorzieningen in principe mogelijk gemaakt. Echter, voor de opkomst van privé-klinieken is doorslaggevend geweest dat de bestaan-

de regelgeving mazen bleek te hebben en minder stringent wordt toegepast. De regelgeving die bij de vestiging van privé-klinieken in het geding is, is de volgende:

- de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), waarin de planprocedure voor ziekenhuisvoorzieningen is geregeld. In het nieuwe stelsel zal de WZV sterk vereenvoudigd worden en mogelijk alleen nog van toepassing zijn op top-klinische zorg[44]. Uit de jurisprudentie is gebleken dat privé-klinieken die aan een aantal voorwaarden voldoen, niet onder de werking van de WZV vallen[45]. Op grond van die voorwaarden worden privé-klinieken nu officieel aangeduid als 'zelfstandige niet-klinische behandelcentra'. Tot de reparatie-wetgeving die nodig zou zijn om privé-klinieken wel onder de vigerende regelgeving te laten vallen, is met het oog op de stelselwijziging niet overgegaan.
- de Wet Tarieven Gezondheidszorg, waarin is geregeld welke tarieven door organen van gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden. Officieel kunnen privé-klinieken de praktijkkosten voor zover die niet in het specialistenhonorarium zitten, niet in rekening brengen. Naaborg[46] merkt hierover op: 'Nochtans lijken verzekeraars, waaronder ziekenfondsen, bereid de kosten, honoraria en praktijkkosten te vergoeden. Zulks past in een gedoogbeleid en loopt vooruit op de stelselwijziging, waarin verzekeraars en aanbieders van zorg via het sluiten van overeenkomsten tot individuele prijsafspraken kunnen komen.'

Door de ruimte die binnen de huidige regelgeving geboden wordt en de nog steeds bestaande beperkingen voor de erkende instellingen (beperkte budgetten, wachtlijsten), vestigen ondernemende specialisten en/of andere ondernemers privé-klinieken. Hierdoor verandert in algemene ziekenhuizen de mix van relatief lichtere en relatief zwaardere ingrepen, doordat vooral de relatief lichtere ingrepen overgenomen zullen worden door privé-klinieken[47].

Een derde manier, ten slotte, waarop verandering van 'beleid op papier' de handelingssituatie van actoren beïnvloedt, is dat dezelfde situaties anders gedefinieerd worden waardoor afwegingen anders uitvallen en resulteren in ander gedrag[48].

Lange tijd is er voor de meerderheid van de Nederlandse bevolking geen keuzesituatie geweest als het ging om de keuze voor een verzekering tegen

ziektekosten. De ziekenfondsverzekering was en is nog steeds verplicht voor de iedereen beneden de loongrens. De verdeling van de premielast is in de ziekenfondsverzekering gebaseerd op risicosolidariteit, dat wil zeggen de hoogte van de premie is onafhankelijk van het ziekterisico en afhankelijk van het inkomen dat men verdient. In de particuliere verzekering is de verdeling van de premielast gebaseerd op risico-equivalentie, dat wil zeggen mensen met een gelijk geschat risico betalen een gelijke premie[49]. In het nieuwe stelsel wordt gestreefd naar een volksverzekering gebaseerd op risicosolidariteit, met een belangrijk inkomensafhankelijk deel en een beperkt nominaal deel. Deze opzet is gekoppeld aan concurrentie tussen zorgverzekeraars op basis van het nominale deel van de premie. Dat een verandering in die richting niet de hartelijke instemming zal hebben van de particulier verzekerden, is niet verbazingwekkend. Het rumoer rond de solidariteitsheffing in de particuliere ziektekostenpremie spreekt boekdelen. In een situatie die de betrokken mensen bij hun afwegingen definiëren in termen van hun individuele risico, wordt een solidariteitsheffing alleen negatief beoordeeld. Maar wat gebeurt er met een situatie die 'voorgestructureerd' is in termen van solidariteit tussen mensen als daar een andere definitie van de situatie voor in de plaats komt? Bij de afweging van verschillende verzekeringsopties en met name van de keuze voor eigen risico's zullen mensen als vanzelf hun eigen risico-inschatting als maatstaf nemen. Het denken in termen van risico-inschatting is mogelijk in de loop van de tijd verder verbreid onder invloed van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding waarin veel nadruk ligt op het belang van het eigen gedrag voor de gezondheid[50]. Een onbedoeld gevolg hiervan is dat door een verschuiving van de definitie van de situatie het draagvlak voor risicosolidariteit in de bevolking en met name in dat deel van de bevolking dat nu verplicht via het ziekenfonds verzekerd is zal afnemen[51].

Intentioneel beleid

Ik heb nu drie manieren geschetst waarop de veranderde beleidsvisie op de gezondheidszorg van invloed is op het gedrag van actoren in de gezondheidszorg. De institutionele structuur van de gezondheidszorg is hierdoor al veranderd, nog los van gerichte, feitelijke uitvoering van beleid. De uitkom-

sten ervan beïnvloeden wel op hun beurt de invoeringscondities van concreet beleid.
De voorbeelden van invoeringscondities die in het voorgaande genoemd zijn, zijn versterking van de regionale monopoliepositie van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg, de ontwikkeling van een alternatief aanbodcircuit van specialistische hulp, en een verminderend draagvlak voor risicosolidariteit in de ziektekostenverzekering. Deze veranderde condities zijn van invloed op de mate waarin institutionele verandering door gericht beleid zijn doelen zal bereiken.
Het overheidsbeleid richt zich op drie doelstellingen:
- het tot stand brengen of vergroten van de cohesie en samenhang in het stelsel van zorg;
- het voorkómen of verminderen van ongelijkheid in de toegang tot de zorg;
- en het vergroten van de rationaliteit van het stelsel (waaronder kostenbeheersing door doelmatigheid en gepast gebruik).

Middelen voor de realisering van de eerste doelstelling, cohesie en samenhang, zijn ordening van het stelsel door overeenkomsten tussen aanbieders en verzekeraars en het verwijderen van belemmeringen voor substitutie van zorg door functionele omschrijvingen. Voor de tweede doelstelling, toegang tot de zorg, is het nieuwe verzekeringsstelsel instrumenteel. Door de wijze van premieheffing moet de solidariteit verhoogd worden en door de acceptatieplicht moet risico-selectie worden tegen gegaan. Voor de derde doelstelling, rationalisering, zijn concurrentie op kwaliteit en kosten tussen verzekeraars en eigen bijdragen of eigen risico's aan de kant van gebruikers instrumenteel.
In beginsel vaart iedereen er wel bij als deze doelstellingen worden bereikt, maar dat wil niet zeggen dat onder de huidige omstandigheden individuele actoren in de gezondheidszorg er ook belang bij hebben. De individuele actoren in de gezondheidszorg zijn slechts voor een deel natuurlijke personen, namelijk verzekerden ofwel gebruikers van zorg en hulpverleners; deze laatsten zijn ook veelal georganiseerd in professionele belangenorganisaties. Voor het overige zijn er vooral 'corporate actors' actief: verzekeraars en instellingen van gezondheidszorg. Deze corporate actors streven naar instandhouding van de organisatie en vergroting van hun speelruimte.

Ordening van het stelsel door overeenkomsten en regeling van zorgaanspraken door functionele omschrijvingen brengen kosten met zich mee. Deze kosten, de zogenaamde transactiekosten, bestaan uit informatieverzameling, overlegtijd, monitoring en feedback. Ze zijn lager voor verzekeraars met een regionaal monopolie. Landelijke verzekeraars hebben er belang bij dat regionele verzekeraars in dit opzicht voor hen de kolen uit het vuur halen door energie te steken in het tot stand brengen en in stand houden van goede relaties met aanbieders en door toe te zien op kwaliteit[52].
Gegeven het feit dat de aanbieders van zorg, met name de instellingen, ook georganiserd zijn en bovendien een schaars goed aanbieden, zijn overeenkomsten die sterke beperkingen opleggen aan de aanbieders onwaarschijnlijk. Bovendien hebben de instellingen belang bij uitbreiding van hun zorgaanbod. Hulpverleners zullen daarin meegaan, omdat uitbreiding van het aanbod zowel hun persoonlijke als professionele doelstellingen ten goede komt.
Voor verzekerden spelen de transactiekosten ook een rol. Door beperkte informatie over kwaliteit is de kwaliteit/prijs-verhouding een moeilijk te hanteren beslissingscriterium. In dat geval ligt het meer voor de hand dat het adagium 'meer is beter' gehanteerd wordt bij de keuze van een verzekeraar. De kans dat doelmatige organisaties in zo'n situatie boven komen drijven is gering. Een algehele opwaardse druk op het aanbod van voorzieningen lijkt waarschijnlijker[53].
Functionele omschrijvingen stellen nieuwe en extra informatie-problemen aan de verzekeraars. De vraag welke zorg functioneel equivalent is, is moeilijk te beantwoorden; zeker waar dat afgemeten moet worden aan niet of nauwelijks omschreven algemene standaarden. Het gaat niet alleen meer om de vraag of een verzekerde zorg van een bepaalde soort nodig heeft, maar ook om de vraag welke persoon of instelling die zorg moet leveren. Naast de indicatiestelling komt de zorgtoewijzing.
Een belangrijke vraag daarbij is in hoeverre en wanneer uitgegaan wordt van individuele verzekeringsaanspraken danwel aanspraken van leefeenheden. Door het Sociaal en Cultureel Planbureau is erop gewezen dat individualisering van verzekeringsaanspraken onbedoelde negatieve gevolgen kan hebben. Een voorbeeld daarvan betreft de vraag in hoeverre bij de toewijzing van thuisverpleging en -verzorging rekening kan worden gehouden

met het al of niet aanwezig zijn van informele hulpverleners, zoals partner, familie of buren[54]. Cliëntgebonden budgetten kunnen hier weliswaar de keuze bij de hulpvrager leggen, maar dat lost het probleem van kwaliteit en kosten niet op.
Gegeven de fusies die hebben plaats gevonden en nog plaats vinden tussen zorgverzekeraars, is voorshands geen grote toename van de onderlinge concurrentie te verwachten nu ziekenfondsen landelijk mogen werken. Verzekerden kunnen in principe eens per twee jaar van zorgverzekeraar wisselen. Door verhuizingen zouden daardoor vanzelf de werkgebieden van ziekenfondsen door elkaar gaan lopen. De interregionale migratie is in Nederland echter zeer laag, waardoor dit effect niet op korte termijn optreedt[55].
Gegeven de concentratie die plaats gevonden heeft in de ziekenhuissector en die bij vermindering van de regulering mogelijk nog zal toenemen, is concurrentie tussen ziekenhuizen om de contracten met verzekeraars niet te verwachten. Het aantal ziekenhuizen dat dicht genoeg bij elkaar gelokaliseerd is, is daarvoor in het grootste deel van ons land te klein[56]. Veel ziekenhuizen hebben een regionaal monopolie. De deconcentratie in de vorm van de opkomst van privé-klinieken biedt wel ruimte voor selectieve contracten, mede omdat deze zich naar verwachting in de omgeving van ziekenhuizen en in de dichterbevolkte en welvarender gebieden zullen vestigen.
Bij een verminderd draagvlak voor risico-solidariteit zal er in de politiek de neiging zijn om bij de verdere modernisering van het verzekeringsstelsel de inhoud van het inkomensafhankelijke deel van de verzekering te beperken en een groter deel van de zorg onder te brengen in het nominale deel en met name in het op vrijwilligheid gebaseerde aanvullende deel. Op dit moment worden pleidooien gehoord voor het onderbrengen van wat aangeduid wordt als de echt onverzekerbare risico's in het inkomensafhankelijke deel, men denke aan verpleeghuiszorg en zwakzinnigenzorg, van grote verzekerbare risico's, zoals ziekenhuiszorg en specialistische hulp, in het nominale deel en de overige zorg in een vrijwillige verzekering[57]. De suggestie wordt daarbij gehoord om de huisartsenzorg in de vrijwillige verzekering onder te brengen. De relatieve prijs van huisartsenzorg wordt daardoor onbedoeld verhoogd. Dit stelt de institutionele regel van getrapte toegankelijkheid van specialistische en ziekenhuiszorg impliciet ter discusie.

Immers, voor al diegenen die om wat voor reden dan ook zich niet verzekeren voor huisartsenzorg (risico-inschatting, kostenoverwegingen[58]), wordt het aantrekkelijker rechtstreeks een specialist te bezoeken[59]. De invoering van een functionele omschrijving van geneeskundige hulp zal de mogelijkheden daartoe eerder vergroten dan verkleinen. Daarmee verdwijnt een belangrijk aspect van de doelmatigheid van het stelsel en ontstaat een opwaardse druk voor het gebruik van specialistische zorg[60].

Al met al is het zeer de vraag of de stapsgewijze invoering van een geregulleerde markt in de gezondheidszorg onder de condities die hier geschetst zijn, zal leiden tot een stabiele ordening van het systeem, tot gelijke toegankelijkheid van de zorg en tot een doelmatige en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg.
Bij deze constatering eindigt de argumentatie niet. Een gestuurde verandering naar een beoogd nieuw stelsel is moeilijk. Maar hetzelfde geldt ook voor een gestuurde verandering die nodig zou zijn om de negatieve effecten van de gestuurde verandering in eerste aanleg weer ongedaan te maken. Met andere woorden: als het allemaal niet zo mooi blijkt uit te komen als de bedoeling was, hoe maken we dat dan weer ongedaan? 'Weloverwogen verder', zoals de titel van een recente WVC-nota luidt, is een ding; 'weloverwogen terug' is een andere zaak.
Deze overwegingen leiden ertoe dat ik mij meer en meer opstel als een 'empirisch conservatief', zoals Anderson het in een overdenking van zijn veertigjarige carriere als gezondheidszorgonderzoeker uitdrukte[61]. Blauwdruk denken past slecht in ons pluralistische gezondheidszorgsysteem. Waar er iets veranderd moet worden, zijn kleine stappen te prefereren. Door proefprojecten en tussentijdse evaluaties moet in de gaten worden gehouden dat wat goed gaat niet in gevaar komt door het optreden van onbedoelde en ongewenste effecten.

Theoriegestuurd onderzoek naar gezondheidszorgvraagstukken

In het voorgaande heb ik een analyse gegeven van processen van institutionele verandering in de gezondheidszorg. Ik wil enkele aspecten van die analyse die van belang zijn voor mijn onderzoeksprogramma, kort belichten.

Gezondheidszorgonderzoek of zoals het in het angelsaksisch taalgebied bekend staat, health services research, is een vorm van toegepast onderzoek. Er wordt zelden over nagedacht wat er dan precies toegepast wordt in toegepast onderzoek. In de praktijk zal het antwoord vaak zijn: een aantal methoden en technieken van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Dat is een beperkte kijk op toegepast onderzoek. In mijn idee betekent toegepast onderzoek dat de probleemkeuze vooral ingegeven wordt door problemen in het veld en het beleid en dus niet wetenschapsintern gegenereerd worden; het gaat vooral om praktische problemen[62]. Deze moeten omgezet worden in een onderzoekbare vraagstelling. Bij het formuleren van mogelijke antwoorden op een vraagstelling kan bredere wetenschappelijke kennis worden toegepast in gezondheidszorgonderzoek. Het soort kennis dat in deze stap toegepast kan worden, bestaat uit algemene theorieën uit de sociale wetenschappen[63]. Wanneer vraagstellingen voor onderzoek die voortkomen uit problemen in het veld of het beleid van de gezondheidszorg beantwoord worden door algemene theorieën toe te passen en die toepassingen empirisch te toetsen, spreek ik van theoriegestuurd onderzoek naar gezondheidszorgvraagstukken[64].

Institutionele veranderingen en de sociale en ruimtelijke gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg staan in dit onderzoek centraal. De ideeën over de drie samenhangende processen van institutionele verandering zullen daarbij verder uitgewerkt worden. De veranderende institutionele structuur van de gezondheidszorg legt beperkingen op aan en schept nieuwe mogelijkheden voor het doelgericht handelen van individuen en partijen, naast andere restricties van sociale en ruimtelijke aard, zoals het gedrag van andere mensen of partijen en kenmerken van de materiële inrichting van de samenleving in tijd en ruimte[65]. Bij de analyse hiervan spelen onbedoelde gevol-

gen van dit doelgericht handelen, zoals ik vanmiddag heb laten zien, een belangrijke rol.
Op het gebied van orde en samenhang staat de vraag centraal of en in hoeverre contracten tussen aanbieders van zorg en verzekeraars zullen leiden tot een stabiele ordening van het systeem en functionele omschrijvingen tot zorg op maat en substitutie.
Verdelingsvraagstukken staan centraal bij analyses van de spreiding van voorzieningen en het gebruik van zorg. De ruimtelijke spreiding van voorzieningen, of dat nu over de spreiding van huisartsen gaat of over een nieuw verschijnsel als privé-klinieken, komt tot stand door locatie-keuze van nieuwe hulpverleners of voorzieningen en doordat bestaande hulpverleners of voorzieningen ophouden of zich verplaatsen. Bij de verklaring wordt uit gegaan van de doelen van hulpverleners of instellingen (als corporate actors) onder restrictieve ruimtelijke en institutionele omstandigheden[66].
Bij de verklaring van ruimtelijke patronen van voorzieningengebruik komen patiënten en hulpverleners of instellingen bij elkaar[67]. Het gebruik van voorzieningen komt tot stand in een interactie-situatie van patiënten en hulpverleners. De drempels voor gebruik van voorzieningen, die veranderen door de herstructurering van het verzekeringsstelsel, verschillen voor sociale groepen. In de interactie-situatie zijn sommige groepen patiënten beter in staat hun eigen doelstellingen die net als bij de hulpverleners breder zijn dan alleen hun eigen gezondheid, over te brengen[68].
Op het gebied van rationaliseringsvraagstukken staat het gedrag van professionele hulpverleners onder verschillende institutionele omstandigheden centraal. De toegang tot het beroep, het betalingssysteem en de allocatie van tijd in relatie tot de kwaliteit van zorg worden hier bestudeerd[69].

Door de hier geschetste lijn van theoriegestuurd onderzoek naar gezondheidszorgvraagstukken voort te zetten en uit te bouwen hoop ik een samenhangende bijdrage te kunnen leveren aan het toegepast onderzoek dat op het NIVEL wordt uitgevoerd, aan het wetenschappelijk onderzoek dat binnen de vakgroep Sociologie en de vakgroep Toegepaste Geografie en Planologie wordt uitgevoerd en aan het onderwijs van studenten in de sociologie en sociale geografie.

Dames en heren, aan het eind van mijn oratie gekomen wil ik graag een enkel woord van dank uitspreken.
Ik dank de Stichting Utrechts Universiteitsfonds en het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht die de instelling van deze bijzondere leerstoel mogelijk gemaakt hebben, en de Stichting NIVEL die mij de gelegenheid biedt mij een dag in de week voor dit werk vrij te maken. Ik hoop en verwacht dat mijn werk wederzijds profijtelijk is voor de Universiteit en het NIVEL.
Hooggeleerde Wippler, beste Reinhard, ik beschouw jou als mijn leermeester op het gebied van de empirisch-theoretische sociologie. Door jouw colleges ben ik op het spoor gezet waarop ik nu nog zit. Ik heb van jou vooral geleerd om eerst te denken en dan te doen.
Hooggeleerde Van der Zee, beste Jouke, jij bent mijn leermeester geweest op het gebied van het empirisch onderzoek van de gezondheidszorg. In de tijd dat wij de mogelijkheid hadden intensief aan dezelfde projecten te werken, zoals de internationale vergelijking van ziekenhuisopnamecijfers, onze breikous voor de vrijdagmiddagen, heb ik van jou geleerd dat het soms ook geen kwaad kan eerst te doen en dan te denken.
Waarde collega's van het NIVEL, tesamen scheppen jullie de professionele en sociale sfeer waarin kwaliteit gestimuleerd wordt en waarin onderzoek doen plezier is.
Waarde collega's van de vakgroep Sociologie en van de vakgroep Toegepaste Geografie en Planologie, ik hoop dat mijn activiteiten niet alleen van nut zijn voor elk van jullie afzonderlijk, maar dat ze ook bruggen zullen slaan tussen beide vakgroepen. De studiedag die wij vorig jaar rond deze tijd gezamenlijk gehouden hebben over de micro-macro problematiek in de sociale geografie en de sociologie beschouw ik als een eerste stap waarop hopelijk nog andere zullen volgen, gedachtig het citaat van Giddens: 'There are no logical or methodological differences between human geography and sociology'[70].
Dames en heren studenten, tot nu toe hebben jullie waarschijnlijk nog niet zoveel van mijn aanwezigheid gemerkt. Ik hoop dat dat anders wordt als in het voorjaar de cursus 'theoriegestuurd onderzoek van gezondheidszorgvraagstukken' van start gaat.

Dames en heren, ik heb deze rede uitgesproken ter nagedachtenis aan mijn ouders.
Ik heb gezegd.

Noten

1. Dit beschrijft de situatie van voor de invoering van de standaardpakketpolis.

2. Van der Reijden, J., Onze kostelijke gezondheid, Amsterdam, Uitgeverij Balans, 1987, p.175.

3. De rol van collectieve contracten in dit opzicht is nog onduidelijk. Op de mogelijkheid van verhulde risico-selectie door collectieve contracten is gewezen door de CDA-werkgroep gezondheidszorg in de discussie-nota 'Betere zorg op basis van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid' ('s-Gravenhage, mei 1992).

4. De discussie over de kenmerken die daarbij gebruikt moeten worden, is nog volop gaande. Die kenmerken moeten daarvoor gebruikt worden die de beste voorspelling geven van de ziektekosten in een bepaalde periode, en die voor administratieve doeleinden beschikbaar en acceptabel zijn. Dit laatste is niet onbelangrijk, omdat het de vraag is of kenmerken als ethniciteit of het lijden aan bepaalde ziekten als zodanig aangemerkt kunnen worden. Door Van de Ven en Van Vliet is betoogd dat de beste voorspeller van de ziektekosten in een bepaalde periode het gebruik van zorgvoorzieningen in het verleden is. Vergelijk: Van de Ven, W.P.M.M. en R.C.J.A. van Vliet, Welke gezondheidskenmerken opnemen in de normuitkeringenformule?, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 70 (1992) 180-188.
Een probleem daarmee is dat het gebruik van zorg in een bepaalde periode niet alleen het ziekte-risico van de verzekerden weerspiegelt, maar ook samenhangt met kenmerken van het zorgaanbod die op hun beurt weer samenhangen met het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar. Dit probleem speelt nog sterker als ook 'meerjarige schade' meegerekend wordt bij de vaststelling van de normuitkeringen, hetgeen van belang is bij bijvoorbeeld de verzekering van chronische patiënten (vergelijk Van de Ven, W.P.M.M., Concurrentie op de markt voor ziektekostenverzekering: wel of geen bijdrage tot doelmatigheid?, in: Naaborg, R. en J. Kesenne, Gezondheidszorg, een zaak van de overheid of van verzekeraars en verstrekkers?, Maastricht, Universitaire Pers, 1992).

5. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer van 10 september 1991, betreffende de Invoering functionele omschrijving/specifiek eigen risico/uitbreiding AWBZ. Overigens heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd om geen functionele omschrijving van huisartsenhulp in te voeren met als argumenten dat een functionele omschrijving zou kunnen leiden tot ongewenste segmentatie van huisartsenzorg bij andere zorgvormen en tot verlies van de 'poortwachtersfunctie' van huisartsen. Zie Advies huisartsenhulp; omschrijving en tariefstructuur, Amstelveen, Ziekenfondsraad, 1991.

6. In de overgangsperiode zijn ziekenfondsen niet actief geweest in de voorlichting aan hun verzekerden. Per 1 januari 1992 bestond de mogelijkheid om per 1 juli te kiezen voor inschrijving bij een ander ziekenfonds; daaraan is pas in mei ruchtbaarheid gegeven via het blad Welzijn. Vergelijk: Ziekenfondsraad, Feitelijke stand van zaken invoering maatregelen stelselwijziging tweede fase, Amstelveen, Ziekenfondsraad, juni 1992.

7. In een recent proefschrift (Nillesen, J.P.H. Services and advertising effectiveness: an emperical study of the Dutch health insurance market, Groningen, Universiteitsdrukkerij, 1992) wordt een grote steekproef verzekerden van zes particuliere maatschappijen beschreven. Van degenen die in een periode van vijf jaar van verzekeraar veranderd waren, was het overgrote deel uit de verplichte ziekenfondsverzekering afkomstig. Afhankelijk van de maatschappij was 11 tot 22% van een andere particuliere maatschappij afkomstig. Mensen die voor het eerst moesten kiezen (ex-ziekenfondsverzekerden) lieten zich vooral leiden door anderen (adviezen van een verzekeringsagent of het ziekenfonds). Mensen die van de ene naar de andere particuliere verzekeraar zijn overgestapt, maakten hun keuze op basis van tamelijk beperkte informatie door inlichtingen in te winnen bij slechts een of hooguit twee andere verzekeraars (p. 157).

8. Op het feit dat dat niet eenvoudig zal zijn in verband met de onderlinge vergelijkbaarheid van prijs/kwaliteit verhoudingen, de omvang van het

pakket en de waardering van eventuele eigen ricico's en eigen bijdragen, wordt nu al geanticipeerd. Met een gedeeltelijke subsidie uit het WVC-programma ter stimulering van de informatievoorziening, Transparant (what's in a name...), wordt door de Consumentenbond een informatie- en keuze-programma ontwikkeld op floppy disc.

9. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene, Structuurnota Gezondheidszorg, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

10. Evaluatie-onderzoek rond de Almeerse gezondheidszorg vindt al enige jaren plaats. Door Sixma wordt op het ogenblik gewerkt aan een (voorlopige) eindevaluatie die zich vooral richt op substitutieprocessen en kwaliteit van zorg (vergelijk Sixma, H., D. de bakker, J. van der Velden en M. Foets, Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk; samenvattend rapport, Utrecht, NIVEL, 1992).

11. Dit verschijnsel komt het sterkst tot uitdrukking wanneer buitenlanders de Nederlandse gezondheidszorg beschrijven. Vergelijk bijvoorbeeld het rapport van Meyer-Lie die een overzicht samenstelde van de gezondheidszorgplanning in een aantal landen in opdracht van de WHO op basis van officiele documenten en gesprekken met sleutelfiguren (Meyer-Lie, A., Health planning: comparative study (Finland, Hungary, Italy, The Netherlands, Sweden), Geneva, WHO, 1988).

12. Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering, 's-Gravenhage, DOP, 1987.

13. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Werken aan Zorgvernieuwing, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1990.

14. 'In de afgelopen jaren heeft het rijk wellicht nog het meest gerealiseerd via richtinggevende beleidsnota's die het op een aantal deelterreinen heeft uitgebracht.' Vergelijk: Roes, Th.H., De rol van de overheid in de gezondheidszorg, in: Ten Berge, J.B.J.M., A. van der Jagt en J.J.H. Pop (red.), Toekomsttrends en binnenlands bestuur, 's-Gravenhage, Raad

voor het Binnenlands Bestuur/SDU, 1989, p.177. Ook de jaarlijks verschijnende Financiele Overzichten hebben zo'n functie. 'Management by speech' heeft blijkbaar zijn intrede gedaan bij de overheid, in navolging van complexe organisaties in het bedrijfsleven.

15. De Europese gezondheidszorgsystemen konden tot voor kort globaal in drie groepen ingedeeld worden:
    * nationale gezondheidszorgsystemen binnen gemengde economieën, met collectieve financiering via belastingheffing en uitvoering onder directe overheidscontrole (eigendom van de voorzieningen en dienstverband van de hulpverleners);
    * nationale gezondheidszorgsystemen binnen de communistische planeconomieën - deze groep systemen is nu met wisselende snelheid en met wisselend succes op weg naar pluralistische stelsels;
    * pluralistische stelsels binnen gemengde economieën, met collectieve financiering door sociale verzekering al of niet gecombineerd private financiering en grotendeels private uitvoering, gereguleerd door de overheid.

    Deze globale indeling laat onverlet dat er grote verschillen zijn binnen de groepen (men denke aan de verschillen tussen zulke pluralistische systemen als Nederland, Belgie en Duitsland) en dat er in de loop van de tijd belangrijke ontwikkelingen zijn in de positie van partijen (men vergelijke de discussie over de rol van het particulier initiatief in de Nederlandse situatie: Mierlo, J.G.A. van (red.), Particulier initiatief in de gezondheidszorg, Assen, Van Gorcum, 1991).

16. Van der Zee opende een artikel over het Nederlandse gezondheidszorgbeleid als volgt: 'The typical Dutch way of constructing a health care system is as follows. Take a large quantity of water, build a dyke around it, pump the water out of it, build a couple of new towns and villages and provide this newly reclaimed land with a [new] health care system....' (Van der Zee, J., The Netherlands: the hurdle race to primary health care, in: E. Tarimo and M. Creese (eds), Achieving health for all in the year 2000, Geneva, WHO, 1990).

17. De vraag naar onbedoelde gevolgen van menselijk handelen neemt een centrale plaats in de sociale wetenschappen in. Vergelijk Wippler, R., Erklärung unbeabsichter Handlungsfolgen; Ziel oder Meilenstein soziologischer Theoriebildung?, in: Matthes, J. (Hrg.), Lebenswelt und soziale Probleme, Frankfurt, Campus, 1981; Popper, K.R., Prediction and prophecy in the social sciences, in: Conjectures and refutations, London, Routledge & Kegan Paul, 1963; Boudon, R., The unintended consequences of social action, London, McMillan Press.

18. North, D.C., Institutions, institutional change and economic performance, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

19. Alexander, J.A. & Th.A. D'Aunno, Transformation of institutional environments: perspectives on the corporatization of US health care, In: Mick, S.S. (ed.), Innovations in health care delivery; insights for organization theory, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990.

20. Deze ontwikkelingen worden hier beschouwd als gegeven en als zodanig niet geproblematiseerd. Rationalisering behoort evenwel tot de kernproblemen van de sociale wetenschappen en behoeft op zich ook verklaring, net zo goed als problemen van orde en samenhang en problemen van ongelijke verdelingen dat behoeven (verg. Ultee, W.C., How classical questions where enriched; the relation between problems of general sociology and of sociology's specialisms in The Netherlands in the 1980s. In: H.A. Becker, F.L. Leeuw & K. Verrips (eds.), In pursuit of progress, Amsterdam, SISWO, 1991).

21. Saltman, R. en C. von Otter, Planned markets and public competition; strategic reform in northern European health systems, Buckingham, Open University Press, 1992, p.6.

22. Vergelijk voor de in gang gezette en op handen zijnde veranderingen in een aantal landen van de Europese Gemeenschap Schneider, M., R.K.-H. Dennerlein, A. Köse en L. Scholten, Health care in the EC member states, Health Policy, 20(1992)special issue no. 1 + 2. Schrijvend over de

Verenigde Staten van Amerika stellen Alexander en D'Aunno (Transformation of institutional environments: perspectives on the corporatization of US health care, In: Mick, S.S. (ed.), Innovations in health care delivery; insights for organization theory, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990) dat verandering in de institutionele omgeving van de gezondheidszorg vooral veranderingen in de dominante beliefsystemen reflecteren en dat dergelijke veranderingen relatief snel kunnen optreden. Men zou de hypothese kunnen opwerpen dat in staatsgezondheidszorgsystemen, zoals de Britse National Health Service, intentioneel beleid meer bijdraagt aan institutionele verandering dan in pluralistische systemen van gezondheidszorg. De richting van de veranderingen - de ontwikkeling van interne markten - wijst in de richting van een verandering van dominante beliefsystemen, parallel aan die in andere landen. Het is tegen deze achtergrond zinniger om de vraag stellen naar de onderlinge beïnvloeding van de onderscheiden processen van institutionele verandering dan naar welk proces overheersend is.

23. Philipsen, H., Gezondheidszorg als project en bejegening; waarden ten aanzien van ziekte, gezondheid en samenleving, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1988; en Philipsen, H., Rationaliteit en ons oordeel over de verdwijnende patiënt, Gezondheid en Samenleving, 6(1985)142-151.

24. De Swaan, A., Zorg en de staat, Amsterdam, Bert Bakker, 1989.

25. Abbot, A., The system of the professions; an essay on the division of expert labour, Chicago, University of Chicago Press, 1988; Jaspers, J.B., Het medisch circuit; een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980), Utrecht, Bohn Scheltema en Holkema, 1985.

26. Vergelijk de stelling bij het proefschrift van P. Verbeek-Heida: 'Voor wie studie wil maken van de mentaliteitsverandering in de gezondheidszorg geven de maandbladen van de Consumentenbond van de laatste jaren een schat aan materiaal. Het product dat medici aanbieden wordt vaker

aan een vergelijkend warenonderzoek onderworpen dan tapijten of cassettebandjes' (P. Verbeek-Heida, De eigen wijsheid van de patiënt; alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik, proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1992).

27. Tijdreeksen van het Sociaal en Cultureel Planbureau laten dat zien: 'De opvatting dat een goede gezondheid het belangrijkste in het leven is, lijkt het waardepatroon te zijn gaan overheersen' (vergelijk SCP, Sociaal en cultureel rapport 1992, 's-Gravenhage, Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1992). Het percentage van de bevolking dat gezondheid het belangrijkste vindt, is gestegen van 35% in 1966 tot 60% in 1991. Mogelijk hangt deze ontwikkeling samen met een substitutieproces waarbij andere middelen om welzijn te bereiken in toenemende mate gegarandeerd zijn door de sociale zekerheidswetgeving.

28. Vergelijk bijvoorbeeld Krol, L. De consument als lijdend voorwerp in de gezondheidszorg, Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Proefschrift, 1985; Ben-Sira, Z., Stress, disease and primary medical care, Aldershot, Gower, 1986.

29. Philpsen, H. Gezondheidszorg als project en bejegening; waarden ten aanzien van ziekte, gezondheid en samenleving, Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1988, p.9.

30. Deze terminologie wordt bijvoorbeeld door de Landelijke Huisartsen Vereniging gebruikt in haar nota De positie van de huisarts in de toekomst (Utrecht, LHV, 1987).

31. Vergelijk het NIVEL-onderzoek naar arts - patiënt communicatie: Bensing, J.M., Doctor patient communication and the quality of care, Utrecht, NIVEL, 1991; en het onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk: Groenewegen, P.P., D. de Bakker en J. van der Velden, Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk, Utrecht, NIVEL, 1991.

32. Eind jaren zestig en begin jaren zeventig was de sterke groei van de kosten van de gezondheidszorg, met name van de intramurale sector, een directe aanleiding voor een veranderende visie op de rol van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg. Hetzelfde kan nu niet de aanleiding geweest zijn; de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Product laat in de jaren tachtig weinig groei meer zien. In dit opzicht was het beleid blijkbaar succesvol.

Tabel 1:
Kosten van de gezondheidszorg als percentage van het BNP in Nederland en gemiddeld inde OECD-landen, 1960-1980.

	Nederland	OECD
1960	3.9	4.2
1965	4.4	4.8
1970	6.0	5.8
1975	7.7	7.0
1980	8.2	7.0
1985	8.3	7.5
1990	8.0 a	7.5 b

Bron: OECD, Health care systems in transition, OECD, Parijs, 1990.
a: CBS, Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1972-1988, 's-Gravenhage, SDU, 1991.
b: 1987.

Door Saltman, R. en C. Von Otter (Planned markets and public competition: strategic reform in northern European health systems, Buckingham, Open University Press, 1992) is als mogelijke reden voor de omslag van planningsdenken naar marktgericht denken de toegenomen complexiteit van de omgeving van het gezondheidszorgsysteem genoemd. Dit komt tot uitdrukking in snelle medisch-technologische veranderingen, vergrijzing van de bevolking, toegenomen mobiliteit en arbeidsonrust en mon-

digheid van de patiënt. De assumptie erachter is dat planning alleen succesvol kan zijn in een stabiele omgeving.
Overigens speelt bij de 'timing' van veranderingen in beleidsvisie ook diffusie van ideeën een rol. In het begin van de jaren zeventig was er in meerdere Europese landen een trend naar een meer planmatige inrichting van de gezondheidszorg en naar een versterking van de eerste lijn (vergelijk Groenewegen, P.P. en R. Willemse, Naar een sterkere eerste lijn? deel 2: buitenlandse ervaringen, Utrecht, NIVEL, 1987), terwijl er ook nu paralelle ontwikkelingen zijn (vergelijk Ham, C., R. Robinson en M. Benzeval, Health Check; health policy in an international perspective, London, King's Fund Institute, 1990).
In de beleidsvisie van de WHO heeft een vergelijkbare omslag plaats gevonden van het 'district-concept', gebaseerd op een planmatig georganiseerd stelsel (vergelijk De Bakker, D., The district concept for primary health care planning: attempts at implementation in The Netherlands, Health Policy, 13(1989)55-64; en Van der Zee, J., Primary health care in Europe; the plan of work of NIVEL as a collaborating centre of WHO, in: Bosman, J.H., H. Kroon en J. van der Zee, Hospitals and primary health care in The Netherlands, Utrecht, NIVEL/NZI, 1988) naar een meer pluralistische opvatting met een centrale positie van de huisarts. Deze omslag viel samen met de val van de communistische regimes in Oost-Europa.

33. Groenewegen, P.P. en M. Calnan, Convergence in the control of health care systems in Europe? Implications for professional autonomy, bijdrage aan de Workshop on professional autonomy in health care, 12th International Conference on the Social Sciences and Medicine, Peebles, september, 1992.

34. Informatie over het bestaan en de omvang van wachtlijsten is hierdoor een strategisch goed geworden waarover geen gedetailleerde informatie te verkrijgen valt, zoals bleek bij pogingen hierover informatie te verkrijgen in een nog lopend afstudeeronderzoek naar de opkomst en geografische spreiding van privé-klinieken. In het nieuwe stelsel van gezondheidszorg wordt informatie in toenemende mate een strategisch goed voor partijen (vergelijk de nota Informatiebeleid in een veranderend

stelsel van zorg, Rijswijk, WVC, 1992), waarover de overheid zonder actief ingrijpen niet zal kunnen beschikken. Dit heeft zowel te maken met de bereidheid van partijen om informatie ter beschikking te stellen als met de mogelijkheden van partijen om informatie te vergaren. Informatie als strategisch goed hangt samen met de onzekerheden die kleven aan een herstructureringsfase en met de 'bedrijfsbelangen' die ontstaan met de introductie van marktgerichte elementen in het stelsel. Partijen hebben een groot belang bij informatie, maar vooral bij informatie waarover zij exclusief kunnen beschikken. Vrijwillige uitvoering van informatievoorziening die ook voor andere partijen en voor de overheid beschikbaar is, is niet te verwachten. Ook bij de mogelijkheid van partijen om adequate informatie te verschaffen kunnen vraagtekens gesteld worden. Door de versnippering van de markt die een gevolg zal zijn van de stelselwijziging, zal het voor partijen zeer moeilijk zijn om een totaaloverzicht van (een sector van) de gezondheidszorg te verkrijgen en zal het voor de overheid zeer moeilijk zijn een dergelijk totaaloverzicht samen te stellen. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. In een situatie waarin zorgverzekeraars een regionaal monopolie hebben (zoals tot nu toe het geval is bij de ziekenfondsen), kunnen zij op grond van declaraties en productie-cijfers een redelijk omvattend overzicht construeren van wat er omgaat in delen van de zorgsector in hun werkgebied. In een situatie waarin zorgverzekeraars in toenemende mate landelijk werken, is hun overzicht op basis van declaratie- en productiegegevens per definitie partieel en afhankelijk van hun marktaandeel in een bepaalde regio meer of minder omvattend. Een totaal overzicht ontbreekt in zo'n situatie.

35. Adviescommissie Sanering Planprocedures, Carnavalstocht der planprocedures, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985. Zie over ditzelfde punt ook Van der Zee, J., Het falen van het structuurbeleid in de gezondheidszorg, in: Schrameijer, F. e.a. (red.), De nota 2000 ter discussie, Alphen aan den Rijn, Samsom Stafleu, 1987; en Evans, R.G., The grass on our side is actually quite green; health care funding in Canada, Gezondheid en Samenleving, 6(1985)245-255.

36. Door Bakker en De Kam is er terecht op gewezen dat de stijging van de premies voor particulier verzekerden (waarover dit voorjaar veel onrust was in politiek en samenleving) niet het gevolg is van de stapsgewijze invoering van het Plan Simons, maar eerder een van de aanleidingen is geweest tot de grote stelselwijziging (Bakker, B.B. en C.A. de Kam, Het plan-Simons: rijp voor de schroothoop? Openbare Uitgaven, 24(1992)213-221).

37. Overigens zit ook in de originele plannen van de commissie Dekker nogal wat regulering van de ziekenhuissector, zoals het plan om de specialistische zorg onder te brengen in het ziekenhuisbudget. Gezien de eerdere ontwikkeling die mogelijk een van de aanleidingen was tot de gewijzigde beleidsvisie, zal dit op zeer grote weerstand stuiten.

38. Projectgroep Economie Groningen, Concentratie verzekerd? De gevolgen voor de ziektekostenverzekeringsbranche van het Plan Dekker voor de gezondheidszorg, Groningen, Faculteit der Economische Wetenschappen, 1989, p. 119.

39. Het aantal officieel toegelaten ziekenfondsen is inmiddels (per 31-12-1991) gedaald tot 31, waar er per ultimo 1985 nog 53 waren, per ultimo 1980 62, per ultimo 1975 84 en per ultimo 1970 99 (bron: Jaarverslagen Ziekenfondsraad). De concentratie in de ziekenfondswereld was dus al langer aan de gang. De eerste fusies waren fusies tussen fondsen met een historisch verschillende ontstaansgeschiedenis (medewerkersfondsen, onderlinge fondsen). Later kwamen daarvoor in de plaats fusies om te komen tot regionale afstemming van werkgebieden. Deze laaste ontwikkeling is echter al in het begin van de jaren tachtig voltooid.
Ook in de wereld van de particuliere ziektekostenverzekeraars is er sprake van concentratie door onderlinge fusies van verzekeringsmaatschappijen: een daling van 69 eind 1985 tot 61 eind 1991 (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Financieel Overzicht Zorg 1993, 's-Gravenhage, SDU, 1992, p.37).
Ten slotte is er een ontwikkeling te constateren die wel aangeduid wordt als 'geclausuleerde fusie'. Het gaat hierbij om vormen van samengaan

tussen bovenbouwmaatschappijen (indertijd door ziekenfondsen opgerichte particuliere maatschappijen om verzekerden die boven de loongrens kwamen, een verzekering aan te bieden) en ziekenfondsen. Daarbij is tot nu toe door de Ziekenfondsraad de eis gesteld dat afzonderlijke ziekenfondsen in het samenwerkingsverband een officiële rechtspersoon moeten blijven.

40. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de eerste tegengeluiden dit voorjaar al te horen waren. Een werkgroep van PvdA-leden die in de gezondheidszorg werkzaam zijn, heeft in een rapport gewezen op gevaren van een overheersende positie van zorgverzekeraars in het 'nieuwe stelsel'. Hamel, J., N. de Jong, G. Siemons, H. Richter en T. Witteveen, Naar een nieuwe gezondheidszorg; discussiestuk van een werkgroep van de PvdA, 26 april, 1992.

41. Door Van de Ven en anderen is op de noodzaak daarvan gewezen; vergelijk Van de Ven, W.P.M.M., From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system, European Economic Review, 34(1990)632-645; Schut, F.T., W. Greenberg en W.P.M.M. van de Ven, Antitrust policy in the Dutch health care system and the relevance of EEC competition policy and US antitrust practice, Health Policy, 17(1991)257-284.
Dat deze situatie niet denkbeeldig is, wordt geïllustreerd door het volgende citaat uit een rapport van de Ziekenfondsraad: 'Eind 1991 is tussen ziekenfondsen een overeenkomst tot stand gekomen die o.m. pooling van verschillen in financiële uitkomst van de budgettering inhoudt.' (Feitelijke stand van zaken invoering maatregelen stelselwijziging tweede fase, Amstelveen, Ziekenfondsraad, 1992, p. 17).

42. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Positionering Ziekenhuizen, met als bijlage de nota Fusie en bouw, Rijswijk, WVC, 1992.

43. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies privé-klinieken, Zoetermeer, NRV, 1991.

44. WVC, Positionering ziekenhuizen, Rijswijk, WVC, 1992.

45. Van der Graaf, N.J., Privé-klinieken en overheid, Medisch Contact, 47(1992)1090-1093.

46. Naaborg, R., Privé-kliniek voorbode van ontvlechting?, Medisch Contact, 47(1992)1087-1090.

47. Post, D., Privé-klinieken: een toename van tweedeling, Medisch Contact, 47(1992)1095-1097.
In Nederland is de ambulante specialistische zorg nauw verbonden aan de ziekenhuizen. In Duitsland is dat niet het geval; daar ligt de grens tussen eerste en tweede lijn tussen ambulant werkzame specialisten en huisartsen die beiden rechtstreeks toegankelijk zijn, en ziekenhuiszorg. Een groter regionaal aanbod van ambulante medische zorg hangt daar samen met een lager ziekenhuisopname-cijfer (verg. Van Noordt, M., P.P. Groenewegen en J. van der Zee, Regional variation in hospital admission rates in The Netherlands, Belgium, Northern France and Nordrhein-Westfalen, Das Gesundtheitswesen 54(1992)173-178.)

48. Door Lindenberg is een gedragstheorie uitgewerkt waarin de definitie van de situatie ofwel de 'framing' een belangrijke rol speelt (Lindenberg, S., Marginal utility and restraints on gain maximization: the discrimination model of rational, repetitive choice, Journal of Mathematical Sociology, 7(1980)289-316; voor een empirische beproeving vergelijke men Braspenning, J., Framing; de prospecttheorie en het discriminatiemodel, Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, proefschrift).

49. Een uitleg van deze terminologie is te vinden in Roscam Abbing, H. en F. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, Deventer, Kluwer, 1985.

50. Vergelijk Bernts, T., Leven zonder zorg; oordelen over risico's en solidariteit in de gezondheidszorg, Amsterdam/Lisse, Swets en Zeitlinger, 1991, p. 24 en 58.

51. Het is jammer dat Bernts in zijn analyse van de verschillende verdelingsprincipes die mensen aanhangen, geen onderscheid maakt naar de wijze waarop deze mensen feitelijk verzekerd zijn tegen ziektekosten; vergelijk Bernts, T., Leven zonder zorg; oordelen over risico's, rechtvaardigheid en solidariteit in de gezondheidszorg, Amsterdam/Lisse, Swets en Zeitlinger, 1991.

52. Vergelijk de twee modellen die Snijders onderscheidt, waarbij de mogelijkheden van regionaal werkende verzekeraars vooral in aanbod-regulering liggen en die van landelijke verzekeraars vooral in vraag-regulering (Snijders, E., Concurrentie, wel of geen bijdrage tot doelmatigheid?, in Naaborg, R. en J. Kesenne (red.), Gezondheidszorg, een zaak van de overheid of van verzekeraars en verstrekkers?, Maastricht, Universitaire Pers, 1992).

53. Vergelijk ook Roes, Th.H., De rol van de overheid in de gezondheidszorg, in: Ten Berge, J.B.J.M., A. van der Jagt en J.J.H. Pop (red.), Toekomsttrends en binnenlands bestuur, 's-Gravenhage, Raad voor het Binnenlands Bestuur/SDU, 1989, p.183.

54. Andere voorbeelden zijn de indicatie voor verzorging van echtparen in een bejaardenoord als slechts een van beide partners aan de indicatievoorwaarden voldoet, en de indicatie voor gezinsverzorging als degene die doorgaans het huishouden doet bijvoorbeeld in een ziekenhuis wordt opgenomen (vergelijk SCP, Sociaal en cultureel rapport 1992, 's-Gravenhage, Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1992).

55. Over het algemeen vinden verhuizingen in Nederland plaats over korte afstand, vaak binnen dezelfde gemeente (Harts, J.J. en L. Hingstman, Verhuizingen op een rij; een analyse van individuele verhuisgeschiedenissen, Utrecht, Rijksuniversiteit Utrecht, proefschrift, 1986). Van de binnenlandse migratie blijft bijna 60% binnen de provincie waar men oorspronkelijk woonde (CBS, Jaarcijfers binnenlandse migratie 1987-1991, Maandstatistiek Bevolking, 40(1992)29). Grof geschat zal zo'n 2% van de ziekenfondsverzekerden per jaar van woonprovincie veranderen.

56. Uit onderzoek in de VS (geciteerd door Schut) blijkt dat zogenaamde 'preferred provider' contracten, dat wil zeggen verzekeringspolissen waarin vastgelegd is dat vergoeding alleen plaats vindt als de verzekerde bepaalde voorzieningen gebruikt waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft, inderdaad tot lagere kosten leiden, met name wanneer er tien of meer ziekenhuizen in een straal van 24 kilometer gevestigd zijn. Schut geeft een figuur waaruit blijkt dat dat in Nederland alleen in de Randstad het geval is (Schut, F.T., Naar een doorbreking van kartels in de gezondheidszorg?, in: Naaborg, R. en J. Kesenne, Gezondheidszorg, een zaak van de overheid of van de verzekeraars en verstrekkers?, Maastricht, Universitaire Pers, 1992). Dit is zelfs nog optimistisch geschat, omdat geen rekening gehouden wordt met de schaalverschillen tussen een land als Nederland en een staat als California.

57. Vergelijk bijvoorbeeld het interview met ex-staatssecretaris Hendriks in de Volkskrant van 16 september 1992 en het interview met de voorzitter van de Vereniging van Ziekenhuizen in de Volkskrant van 20 oktober 1992.

58. Onderzoek naar de bereidheid tot het afsluiten van een aanvullende verzekering voor fysiotherapeutische hulp heeft laten zien dat die bereidheid het laagst is bij mensen met een laag inkomen. Zie Kool van Langenberghe, H.V., J.J. Kerssens, J. Dekker en E.Chr. Curfs, De vraag naar een aanvullende ziektekostenverzekering bij patienten met een verhoogd risico voor fysiotherapie, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 70(1992)111-117.

59. Overigens is er niets bekend over hoe vaak particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts in de huidige situatie zonder verwijzing naar een specialist gaan.

60. In empirisch onderzoek is gebleken dat de relatief kleine groep particuliere verzekerden die niet voor de huisarts verzekerd is, minder vaak bij de huisarts komt en minder specialistische zorg gebruikt (Gloerich, A.B.M. en J. van der Zee, Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de

tweede lijn, Utrecht, NIVEL, 1992). Het betreft echter een specifieke groep die gezonder is (minder chronische aandoeningen heeft) dan particulier verzekerden die wel voor de huisarts verzekerd zijn. Daarnaast zou het kunnen zijn dat particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts meer traditionele opvattingen hebben over het inroepen van medische hulp bij problemen die ook wel vanzelf overgaan, en minder vaak kleine kinderen hebben. Het is daarom niet verstandig dit resultaat zonder meer te generaliseren naar de gehele populatie.

61. Anderson, O.W., The evolution of health services research: personal reflections on applied social science, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1991.

62. Dat wil overigens niet zeggen dat deze problemen niet in verband kunnen worden gebracht met de klassieke problemen van de sociologie en sociale geografie. Door praktische problemen gegenereerde vraagstellingen kunnen worden ondergebracht in de 'geleding' (zoals Ultee e.a. dat noemen) van de klassieke problemen waardoor de relaties tussen problemen duidelijk worden en waardoor zicht gekregen wordt op mogelijk toepasbare oplossingen die voor andere deelproblemen zijn ontwikkeld. Zie Ultee, W., W. Arts en H. Flap, Sociologie: vragen, uitspraken, bevindingen, Groningen, Wolters-Noordhoff, 1992.

63. Vergelijk Wippler, R., Sociologische theorievorming, medisch-sociologisch onderzoek en beleid, Gezondheid en Samenleving, 7(1986)244-248, over de verhouding tussen medische sociologie en theoretische sociologie.

64. Bij de uitwerking hiervan op het toepassingsgebied van mijn leeropdracht sluit ik aan bij het wetenschapsprogramma van de Werkgemeenschap Verklarende Sociologie. Voor een beschrijving vergelijke men de beleidsnota van deze werkgemeenschap.

65. Daarvoor moet een theorie van doelgericht handelen uitgewerkt worden. Binnen de sociologie is door Lindenberg een algemene oplossing uitge-

werkt in wat hij noemt de sociale productie-functie benadering. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat mensen een beperkt aantal uiteindelijke doelen hebben, te weten fysiek welzijn en sociale bevestiging. Binnen gegeven restricties en gebruikmakend van de hulpbronnen waarover mensen beschikken, streven zij ernaar deze doelen zoveel mogelijk te bereiken. Met andere woorden: zij produceren welzijn en sociale bevestiging uitgaande van de hun ter beschikking staande 'productie-factoren'. Om op basis van dit idee tot informatieve hypothesen te komen moeten tussenliggende of instrumentele doelen geformuleerd worden die op hun beurt de productie-factoren voor de uiteindelijke doelen zijn. Het probleem van het ontstaan en veranderen van preferenties of voorkeuren wordt hiermee vermeden. Op een abstract niveau geformuleerd streven alle mensen hetzelfde na, maar afhankelijk van de beperkingen en mogelijkheden die de sociale situatie stelt, kunnen zij hun doelen op verschillende manieren bereiken. Vergelijk: Lindenberg, S., Social approval, fertility and female labour market, in: Siegers, J.J., J. de Jong-Gierveld & E. van Imhoff (eds.), Female labour market behaviour and fertility, Berlin, Springer Verlag, 1991b; en Siegers, J.J., Interdisciplinaire economie, Groningen, Wolters-Noordhoff, 1991.

66. Groenewegen, P.P., Locatiekeuze en huisartsendichtheid; een verklaring van regionale verschillen en veranderingen, Utrecht, NIVEL, 1985; Groenewegen, P.P. en J. van der Zee, Spreiding van huisartsen en tandartsen over Nederland: gelijke doelstellingen, verschillende regels , Gezondheid en Samenleving, 4(1983)99-109.

67. Afhankelijk van de aard van de voorzieningen spelen keuzes van patiënten een zwaardere of minder zware rol. Bij de verklaring van de hogere en meer gefragmenteerde medische consumptie in stedelijke gebieden in vergelijking met meer rurale gebieden, spelen keuzes van patiënten een belangrijke rol (vergelijk Groenewegen, P.P., Verschillen in medische consumptie tussen urbane en rurale gebieden, subsidie-aanvraag SRO/NWO, 1992), terwijl bij de verklaring van verschillen in ziekenhuisligduur vooral de beslissingen van medisch specialisten onder verschillende institutionele omstandigheden en restricties in de

ziekenhuissituatie van belang zijn (Westert, G.P., Verschillen in ziekenhuisgebruik: een empirisch-theoretische analyse van verschillen in duur van ziekenhuisopname bij tien veel voorkomende chirurgische verrichtingen, Amsterdam, Thesis Publishers, 1991).

68. Ook al zal een huisarts er veelal geen weet van hebben of een particulier verzekerde patiënt al of niet is verzekerd voor de kosten van huisartsenhulp, en daar in zijn afwegingen geen rekening mee houden, zal een hoger opgeleide patiënt beter in staat zijn om in de interactie met de hulpverlener tot een voor hem of haar gunstige uitkomst te komen. Vergelijk Westert, G., P.P. Groenewegen en S. Lindenberg, De invloed van de patient op de duur van de hospitalisatie, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 69(1991)184-194; Uunk, W., P.P. Groenewegen en J. Dekker, Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen, Mens en Maatschappij, 67(1992)389-411.

69. Bij de modellering van het gedrag van professionele hulpverleners wordt ervan uitgegaan dat zij hun beslissingen afwegen tegen enerzijds professionele doelen, als bevordering van de gezondheidstoestand van de patiënt, en anderzijds persoonlijke doelen als hun eigen welzijn en sociale waardering. Institutionele omstandigheden zoals de inrichting van het honoreringssysteem zijn van invloed op de mate waarin naast professionele doelen ook de eigen doelstellingen van de hulpverleners een rol spelen bij afwegingen. De introductie van marktgerichte elementen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door de overgang van honorering in de vorm van een vast bedrag per patiënt naar een gedeeltelijke honorering per verrichting, kan ertoe leiden dat de beslissingssituatie anders gedefinieerd wordt en dat onder bepaalde omstandigheden de eigen doelstellingen van hulpverleners meer geactiveerd worden dan professionele doelstellingen. Vergelijk bijvoorbeeld Flierman, H.A., Changing the payment system of general practitioners, Utrecht, NIVEL, 1991; Delnoy, D., Geld, zorgen en geldzorgen, Utrecht, NIVEL, 1992; Calnan, M., P.P. Groenewegen en J.B.F. Hutten, Professional reimbursement systems

and allocation of time in general practice, Social Science and Medicine, 35(1992)209-216.

70. Giddens, A., The constitution of society; outline of the theory of structuration, Cambridge, Polity Press, 1984, p.368; Groenewegen, P.P. en P.P.P. Huigen (red.), Micro-macro vraagstukken in de sociologie en de sociale geografie, Utrecht, Nederlandse Geografische Studies, in druk.