

Romke van der Veen

INTERVENTIE EN ORGANISATIE

Een sociologische analyse van de veranderingen in het gezondheidszorgbeleid

De wijzigingen die recent in de gezondheidszorg zijn doorgevoerd hebben publieke en private organisaties een steeds grotere rol krijgen in het verwezenlijken van publieke dienstverlening. Romke van der Veen analyseert in dit artikel, dat gebaseerd is op zijn oratie aan de Erasmus Universiteit, de wijzigingen die het gevolg zijn van de invoering van de Zorgverzekeringswet vanuit een organisatiesociologisch en beleidssociologisch perspectief. Is het veld van de gezondheidszorg zo ingericht dat de publieke doelen die de Zorgverzekeringswet stelt haalbaar worden?

Inleiding

Vanaf het midden van de jaren zeventig is een proces van ontvlechting van wat van Doorn de interventiestaat heeft genoemd op gang gekomen. Dit was niet een proces in de richting van minder staat of een zwakkere staat, maar, aldus van Doorn, in de richting van een zwakke vervlechtigingsgraad en een krachtig staatsoptreden. 'Wie hieruit concludeert tot een verzwakking van de staat, (...) mist volledig de portee van wat zich momenteel afspeelt', zo schreef hij in het begin van de jaren tachtig (Van Doorn 1984: 21). In retrospectief moeten we concluderen dat van Doorn met zijn ideeën de spijker beter op de kop sloeg dan tijdgenoten die spraken over deregulering en terugtreden van de staat.

Ontvlechting is onderdeel van een omvattender transformatie van de westerse verzorgingsstaat. De Engelse socioloog Gilbert (2002) spreekt van een transformatie naar een sociale investeringsstaat, die gekenmerkt wordt door private in plaats van publieke voorzieningen, bevordering van participatie in plaats van sociale bescherming, selectieve in plaats van universele rechten en geclausuleerde solidariteit in plaats van onvoorwaardelijke sociale rechten.

Deze transformaties gaan gelijk op met een verschuiving in het denken over het publiek domein van overheidsbureaucratie naar publiek management. De kern is gelegen in het idee dat organisaties 'gemanaged' moeten worden. Dit betekent meer handelingsvrijheid voor de manager van de organisatie, maar

voor de overige leden van de organisatie het omgekeerde: meer sturing en disciplinerend (Pollitt 1990). Daarnaast is sprake van de introductie van een economisch model van de organisatie in de plaats van het mechanische model van de bureaucratie. Dit leidt tot de introductie van financiële prikkels in het verkeer binnen en tussen organisaties en van marktwerking in het beleid (Lane 1994).

Deze ontwikkelingen hebben ingrijpende gevolgen voor maatschappelijke interventies door de staat. In de eerste plaats vindt decentralisatie van verantwoordelijkheden plaats. De staat brengt verantwoordelijkheden terug naar maatschappelijke actoren. Een tweede gevolg is de scheiding tussen beleid en uitvoering. De staat stuurt vooral door de publieke doelen die zij stelt en door de wijze waarop zij het veld inricht. De uitvoering is vervolgens aan maatschappelijke actoren, die door de spelregels van het veld te volgen als vanzelf de publieke doelen bewerkstelligen. Ten slotte geven de regels actoren keuzevrijheid en beïnvloeden ze de keuzes door er een prijs aan te verbinden.

De recente veranderingen in het gezondheidszorgbeleid, culminerend in de invoering van de Zorgverzekeringswet, kunnen model staan voor deze veranderingen. In dit artikel zal ik de veronderstelde werking van de Zorgverzekeringswet aan een beleids- en organisatiesociologische analyse onderwerpen. Ik zal eerst de Zorgverzekeringswet kort introduceren, vervolgens een analytisch model ontwikkelen om deze ten slotte toe te passen op de Zorgverzekeringswet.

De Zorgverzekeringswet

Vanaf 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet (zvw) in de plaats van de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen gekomen. De Zorgverzekeringswet bestaat uit een basisverzekering uitgevoerd door concurrerende particuliere verzekeraars die voor hun verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders (dit is de zogenaamde naturaverzekering) of de door de verzekerde gemaakte kosten voor zorg vergoeden (restitutieverzekering). De basisverzekering kent een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht,¹ er is sprake van risicoverevening² voor verzekeraars en van een zorgplicht. Op deze wijze worden de publieke belangen beschermd.

Er is sprake van risicosolidariteit tussen ziek en gezond, niet van inkomenssolidariteit tussen arm en rijk. Voor dit laatste is de zorgtoeslag in het leven geroepen. Burgers hebben de vrije keuze van verzekeraar en deze concurreert met de prijs. De Zorgverzekeringswet geeft de zorgverzekeraars een belangrijke inkooprol in de zorg. In beginsel is er dus ook sprake van concurrentie op de zorgmarkt, tussen zorgaanbieders. De basisverzekering, die ongeveer 90% van de zorg dekt, is ten slotte voor iedereen gelijk.

Met de Zorgverzekeringswet vindt geen introductie van marktwerking plaats, die was er al, zij het in beperkte mate. Er vindt wel een herschikking

plaats van de verhoudingen tussen de staat en marktpartijen, deze is echter niet in termen van meer/minder te vangen. De markt breidt zich uit, tegelijkertijd wordt zij ingeperkt. De consument krijgt een grote vrijheid op de verzekeringsmarkt en een beperkte keuzevrijheid op de markt van het zorgaanbod. Alleen in geval van een restitutieverzekering heeft de consument volledige keuzevrijheid. De risicosolidariteit is groter dan in het oude systeem het geval was. De zorgverzekeraar krijgt verder een belangrijke rol toebedeeld als 'inkoper' van zorg. Ook dit is niet nieuw. Wel is deze functie aanmerkelijk uitgebreid, althans wanneer de zorgverzekering in natura wordt aangeboden. De betaling en verrekening van de verleende zorg gaat ten slotte – en dat is nieuw – plaatsvinden via zogenaamde diagnosebehandelcombinaties,DBC's. Via deze DBC's moet het tariefensysteem en het declaratieverkeer gemoderniseerd worden.

In dit artikel is de noodzaak van hervorming als een gegeven beschouwd. Ik ben vooral geïnteresseerd in de werking en de gevolgen van de hervormingen. Voor de wetgever is de noodzaak van hervorming vooral gelegen in de stijgende kosten van de gezondheidszorg en in de te verwachten verdere stijging als gevolg van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de groeiende mogelijkheden van de medische technologie.

De hervormingen hebben vooral tot doel de beheersbaarheid van de zorg te vergroten onder handhaving van een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg met zo min mogelijk centrale sturing (Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet). De veronderstellingen waarop het nieuwe beleid is gebouwd zijn eenvoudig. De staat beperkt zich tot het vastleggen van algemene publieke doelen en spelregels. Deze doelen en regels definiëren het spel dat vervolgens door autonome actoren wordt gespeeld. Deze actoren hebben keuzevrijheid, zijn risicodragend en zullen zich als *economische actoren* gedragen. Dat wil zeggen dat zij kiezen voor het voor hen meest nuttige aanbod. De veronderstelling is dat dit tot kostenbeheersing zal leiden. Kwalitatief goede gezondheidszorg is het resultaat van de keuze van burgers voor een goede verzekering, van de inkoop door verzekeraars van goede zorg, en van professioneel handelen door zorgaanbieders. De beperkingen van de markt zijn essentieel voor de toegankelijkheid. Ze betreffen: de acceptatieplicht, de verzekeringsplicht, de risicoverevening tussen zorgverzekeraars en het belangrijkste: het basispakket. Een omvangrijk basispakket is het fundament van een solidaire verzekering.

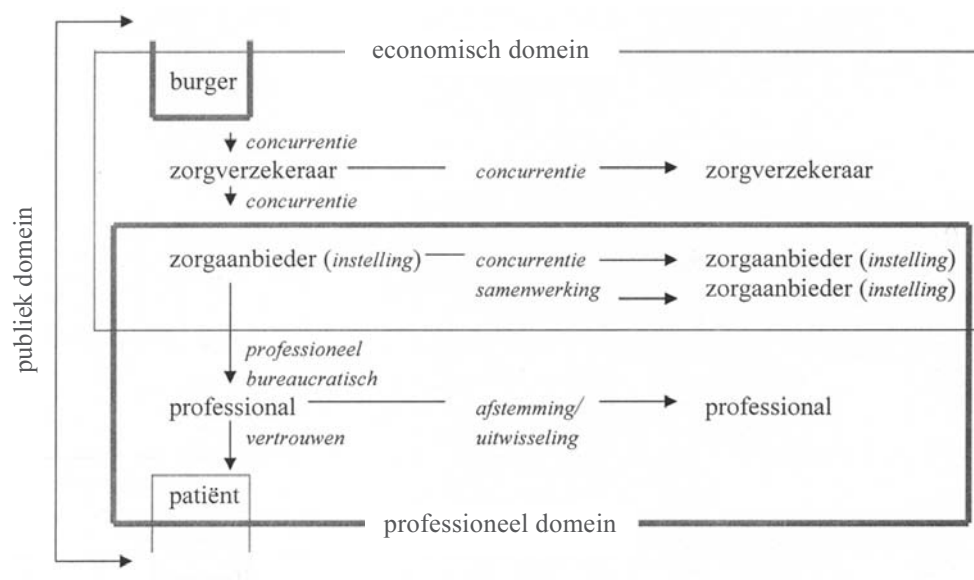
Zo eenvoudig als de doelen en veronderstellingen van de nieuwe Zorgverzekeringswet zijn, zo complex is vervolgens de realiteit waarin zij hun waarde moeten bewijzen. Bij de analyse van de doorwerking van de veranderingen gaat het om zeven verschillende relaties tussen actoren:

- 1 de relatie tussen burger en zorgverzekeraar: hier is in beginsel sprake van keuzevrijheid en concurrentie;
- 2 de relatie tussen zorgverzekeraars: ook hier is sprake van concurrentie;

- 3 de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder: wederom een concurrentiële relatie die vorm krijgt in opdrachtgever-opdrachtnemerverhoudingen;
- 4 de relatie tussen zorgaanbieders onderling: hier gaat het of om samenwerking in een keten of om concurrentie;
- 5 de relatie zorginstelling-professional: dit betreft in beginsel professioneel-bureaucratische verhoudingen;
- 6 de relatie tussen professionals: hier is wederzijdse afstemming en uitwisseling van kennis noodzakelijk; en
- 7 de relatie tussen professional en patiënt: dit is ten slotte een vertrouwensrelatie.

Deze relaties vallen grofweg in twee domeinen uiteen. In een domein dat geregeerd wordt door de wetten van de markt en een domein waarin professionele verhoudingen doorslaggevend zijn. Deze domeinen overlappen bij de patiënt en bij de zorgaanbieder. De patiënt is een economische actor wanneer hij kiest voor een verzekering en heeft een relatie gebaseerd op vertrouwen met zorgverleners. De zorgaanbieder – bijvoorbeeld een huisarts of een ziekenhuis – moet zich tegenover zorgverzekeraars als economische actor opstellen en in zijn professionele contacten als professional. In schema:

SCHEMA 1 Actoren en hun relaties in twee domeinen onder het regiem van de Zorgverzekeringswet



Systemrationaliteit 1: de logica van de Zorgverzekeringswet

Ik kom nu bij de vraag of de inrichting zal gaan functioneren zoals wordt verondersteld. Om deze vraag te beantwoorden wil ik onderzoeken hoe de logica van het systeem zich verhoudt tot het handelen van de betrokken actoren. De logica van het systeem noem ik in het vervolg de systeemrationaliteit. Deze breng ik in kaart voor twee velden, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbodmarkt, en voor vier actoren: de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, de professionele hulpverleners en de burger/patiënt. Het zal duidelijk zijn dat ik mijn analyse noodgedwongen in grove penseelstreken moet neerzetten.

Voor de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbodmarkt geldt dat zij moeten voldoen aan de algemene eisen waaraan markten met gereguleerde concurrentie moeten voldoen (LeGrand en Bartlett 1993). Op de markt moet sprake zijn van concurrentie en vrije prijsvorming. Er moet sprake zijn van accurate en volledige informatie waarop de marktpartijen hun beslissingen kunnen baseren. De transacties – alles nodig om een overeenkomst tot stand te brengen – moeten niet te complex zijn, niet te veel investeringen vragen en zekerheid bieden. Gerichtheid op de belangen van cliënten en gelijke behandeling zijn nodig om de publieke doelen te verwezenlijken. In gevallen waarin de gereguleerde markt niet aan deze eisen voldoet, functioneert de markt niet en komen de publieke doelen in het gedrang (Van der Veen 1997).

De zorgaanbodmarkt is echter een markt waarop niet alleen sprake is van marktwerking en concurrentie. Juist in de zorg is ook samenwerking nodig. Veel zorgprocessen vinden plaats in ketens waarin meerdere aanbieders, vaak werkzaam bij verschillende instellingen, actief zijn. De patiënt doorloopt een dergelijke keten. Concurrentie mag deze samenwerking niet blokkeren. Voorwaarde hiervoor is dat in dergelijke ketens professionaliteit en het belang van de zorgverlening voorop staan (zie schema 2).

De actoren in de zorg worden geacht zich op beide markten als marktpartijen te gedragen. Dit veronderstelt dat de managers van zorginstellingen sturing kunnen geven aan het handelen van de leden van de organisatie (ze maken hierover immers afspraken met verzekeraars). Tegelijkertijd hebben zorginstellingen, professionals en burgers ook niet-economische doelstellingen. De instelling is óók gericht op hulpverlening en onderlinge samenwerking, zo ook de individuele professional. De burger ten slotte is ook een zorgconsument die moet vertrouwen op de professionaliteit van de hulpverlener. Het management van de zorginstelling speelt een belangrijke rol in het zodanig organiseren van de instelling en de professionals dat deze en een goede marktpartij vormen en goede zorg leveren. De professionele doelen vereisen dat bij geneeskundige beslissingen professionele kennis leidend is en dat er sprake is van samenwerking tussen professionals (zie schema 3).

SCHEMA 2 De systeemrationaliteit van de zorgverzekeringenmarkt en de zorgaanbodmarkt

VELD	SYSTEEMRATIONALITEIT VEREIST:	VOORWAARDELIJK IS:
<i>zorgverzekeringenmarkt</i>	markt: <ul style="list-style-type: none"> • een homogene markt (gelijkwaardige partijen) • een transparante markt • een atomistische markt (geen concentratie, ruim aanbod) publiek: <ul style="list-style-type: none"> • verzekerings-/acceptatieplicht • risicoverevening 	<ul style="list-style-type: none"> • concurrentie (aanbod, vrije prijsvorming) • transparantie/informatie
<i>zorgaanbodmarkt (1)</i> (de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder)	markt: <ul style="list-style-type: none"> • een homogene markt • een transparante markt • een atomistische markt publiek: <ul style="list-style-type: none"> • verzekerings-/acceptatieplicht • risicoverevening 	<ul style="list-style-type: none"> • concurrentie • transparantie/informatie
<i>zorgaanbodmarkt (2)</i> (de relatie zorgaanbieders onderling)	<ul style="list-style-type: none"> • samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • professionaliteit

SCHEMA 3 De systeemrationaliteit van de verschillende actoren die vallen onder de Zorgverzekeringswet

ACTOR	SYSTEEMRATIONALITEIT VEREIST:	VOORWAARDELIJK IS:
<i>zorgverzekeraar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • primair economische actor 	<ul style="list-style-type: none"> • concurrentie
<i>zorgaanbieder (1)</i> (de organisatie op de markt, de professional als marktpartij)	<ul style="list-style-type: none"> • economische actor • geïntegreerde organisatie • interne sturing 	<ul style="list-style-type: none"> • management • transparantie • concurrentie
<i>zorgaanbieder (2)</i> (de zorginstelling)	<ul style="list-style-type: none"> • primair hulpverlener • interne samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • professionaliteit
<i>professional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • hulpverlener 	<ul style="list-style-type: none"> • professionaliteit
<i>patiënt/burger (1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • economisch actor 	<ul style="list-style-type: none"> • transparantie • concurrentie
<i>patiënt/burger (2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • zorgconsument 	<ul style="list-style-type: none"> • vertrouwen

De vraag is nu of het veld van de gezondheidszorg zo is ingericht dat deze systeemrationaliteit ook daadwerkelijk tot zijn recht komt. Om deze vraag te beantwoorden grijp ik terug op de organisatiesociologie. De vraag is of en wanneer organisaties aan hun systeemrationaliteit gehoorzamen.

Systemrationaliteit II: de integratie en rationaliteit van organisaties

De wortels van de organisatiesociologie liggen bij de bureaucratietheorie van Weber en de industriële sociologie van Taylor. Beide maken inzichtelijk hoe integratie en rationalisering van organisaties plaatsvindt via een autoriteitsstructuur – de Weberiaanse bureaucratie – of via arbeidsdeling in productieprocessen – het scientific management van Taylor. Bij Weber en Taylor worden organisaties gelijkgesteld aan geïntegreerde en rationele actoren en het optreden van organisaties is een afgeleide van de functie die de organisatie vervult.

Het (ideaaltypische) idee van de geïntegreerde en rationele organisatie wordt in sociologisch onderzoek en in de sociologische theorievorming voortdurend ondermijnd (Donaldson 1995). Er is in de praktijk eerder sprake van een machtsstrijd dan van integratie. Ook de rationaliteit blijkt minder sterk dan gedacht: men laat zich niet altijd leiden door het belang van de organisatie. Kortom: de integratie van de organisatie is beperkt en de rationaliteit begrensd.

Tegenover het beeld van de organisatie als een geïntegreerd en rationeel systeem is geleidelijk het beeld komen te staan van de organisatie als arena. Lammers (1997) spreekt daarom van een systeem- en een partijenmodel. In het systeemmodel ligt de nadruk op de functies en doelen van de organisatie en op de rationaliteit van de organisatie als systeem. In het partijenmodel valt de organisatie uiteen in verschillende groepen die hun eigen belangen en doeleinden nastreven. Deze machtsstrijd kan afhankelijk van de machtsbalans verschillend beslecht worden. Ook relaties tussen organisaties worden vanuit dit perspectief benaderd. Organisaties prefereren autonomie en gaan pas samenwerken wanneer ze van elkaar afhankelijk zijn.

Het idee dat het optreden van organisaties een afgeleide is van de logica van het systeem is van vele kanten onder vuur genomen. Ik licht er twee uit. De eerste is de economische organisatietheorie (Coleman 1990; Williamson 1975). Deze vertrekt uiteraard vanuit het idee van economisch handelende actoren die eigen belangen nastreven. Integratie en rationalisering van de organisatie vindt dan niet plaats via de autoriteitsstructuur of arbeidsdeling maar door het manipuleren van de belangen van de leden en door het opzetten van een systeem van verantwoording en controle.

Tegenover de economische organisatietheorie staat het neo-institutionalisme (Scott 1995). Deze legt de nadruk op de normatieve integratie van de organisatie in zijn omgeving. Legitimiteit gaat voor efficiëntie (Selznick 1957). Door dominante werkwijzen over te nemen verkrijgen organisaties legiti-

teit in het veld waarin zij werkzaam zijn. Niet doelmatigheid en doeltreffendheid – zoals in het economische model – verklaren het optreden van organisaties, maar normatieve druk en nabootsing (Meijer en Rowan 1991). Voor ons is verder het in het neo-institutionalisme geïntroduceerde idee van ontkoppeling van belang (Meijer en Rowan 1991). Binnen organisaties kan een zekere mate van ontkoppeling plaatsvinden tussen primaire processen op de werkvloer en het beleid van de organisatie. Het beleid van de organisatie naar buiten toe is gericht op legitimering, intern verandert er vaak weinig. Kenis (2003) heeft aan de hand van dit mechanisme laten zien waarom het zo moeilijk is om wachtlijsten in de zorg terug te dringen.

Voor de vraag of het beleidssysteem functioneert zoals bedoeld, moeten we de vraag stellen of de rationaliteit van actoren consistent is met die van het systeem. De systeemrationaliteit kan verstoord worden wanneer deelbelangen bepalend worden voor het functioneren van organisaties.

De systeemrationaliteit wordt bevorderd wanneer er sprake is van een sterk dwingend operationeel systeem (zoals een lopende band), van een niet al te ingewikkeld primair proces en van een hoge stabiliteit en voorspelbaarheid van de omgeving. In organisationele termen betekent dit – omgekeerd – dat in professionele, gedecentraliseerde en weinig bureaucratische organisaties de kans groot is dat de deelbelangen van bijvoorbeeld professionals of organisatieonderdelen dominant zijn. Verder wijst de organisatiesociologie ons op het belang van het veld voor de rationaliteit van organisaties. In sterk geïnstitutionaliseerde en interdependente velden is niet de systeemrationaliteit dominant, maar de normatieve integratie, dat wil zeggen legitimiteit. Dit betekent dat organisaties zich vooral laten leiden door hun onderlinge afhankelijkheden, ook dit belemmert de beoogde marktwerking. In schema:

SCHEMA 4 Systeemrationaliteit en deelbelangen bevorderende kenmerken van organisaties en velden

KENMERKEN ORGANISATIE/VELD	BEVORDERT SYSTEEMRATIONALITEIT INDIEN:	BEVORDERT DEELBELANGEN INDIEN:
operationeel systeem	dwingend	mens bepalend
complexiteit primair proces	lage complexiteit	hoge complexiteit
stabiliteit omgeving	hoge stabiliteit	lage stabiliteit
voorspelbaarheid	hoge voorspelbaarheid	lage voorspelbaarheid
<i>organisatiekenmerken:</i>		
werkproces	gestandaardiseerd	professioneel
sturing	gecentraliseerd	gedecentraliseerd
coördinatie	bureaucratisch	flexibel
<i>veldkenmerken:</i>		
interdependentie	laag	hoog
mate van institutionalisering	laag	hoog

De werking van het systeem van gezondheidszorgbeleid

Uit de voorgaande analyse is gebleken dat voor de beoogde werking van het systeem van het gezondheidszorgbeleid een aantal zaken cruciaal zijn: concurrentie op de markt, transparantie van markten en organisaties, professionaliteit van hulpverleners en effectief management van zorginstellingen. In de volgende paragraaf ga ik aan de hand van deze vier voorwaarden voor effectiviteit het systeem onderzoeken. Iedere keer kijk ik in hoeverre de kenmerken van het veld en de actoren hierop van invloed zijn. We zullen de werking vervolgens evalueren in termen van de doelstellingen van het systeem.

Concurrentie

De concurrentie op de zorgmarkt mag – dat zijn de publieke doelen – niet leiden tot overconsumptie en risicoselectie. Zonder verdere regulering zijn overconsumptie en risicoselectie het gevolg van het feit dat de zorgmarkt gedomineerd wordt door verzekeraars. Omdat in de gezondheidszorg sprake is van een grote informatieongelijkheid, bijvoorbeeld tussen artsen en patiënten en omdat gezondheidsrisico's moeilijk te voorzien zijn, verzekeren mensen zich voor de kosten van gezondheidszorg. De verzekeraars vervullen vervolgens een intermediaire functie tussen zorgverleners en consumenten en brengen verschillende risicogroepen samen in een verzekering. Op een vrije markt voor zorg neigen zowel consumenten als zorgverleners naar overconsumptie omdat zij niet direct geconfronteerd worden met de kosten van de zorg. Risicoselectie ontstaat omdat ziektekostenverzekeraars baat hebben bij selectie op basis van gezondheidsrisico's. Marktwerking op het terrein van de gezondheidszorg leidt dus tot hoge kosten en een beperkte toegankelijkheid. De situatie in de Verenigde Staten kan hier model voor staan: de kosten van de gezondheidszorg zijn daar 50% hoger dan in Nederland terwijl ongeveer 25% van de bevolking, met name de lage inkomensgroepen, niet verzekerd is (Porter en Olmsted Teisberg 2004). Het is goed hier op te merken dat met de combinatie van een acceptatieplicht voor verzekeraars, een verzekeringplicht voor burgers en risicoverevening tussen zorgverzekeraars de problemen van risicoselectie en overconsumptie vrij goed zijn afgedekt. Dit is wel afhankelijk van de omvang van het basispakket. Hoe kleiner dit pakket wordt, hoe meer zorg op de niet gereguleerde zorgmarkt komt en hoe groter de problemen van risicoselectie en overconsumptie weer worden.

Gegeven deze inperking van de vrije markt, moet ook een gereguleerde zorgmarkt aan een aantal voorwaarden voldoen. Er moet sprake zijn van concurrentie en transparantie. Op het punt van vraag en aanbod doet zich een aantal problemen voor die ik hier kort aanstip. In de eerste plaats lijkt er sprake van schaarste op de aanbodmarkt. Als dat zo is en blijft hebben zorgverzekeraars weinig ruimte voor concurrerende zorginkoop (Enthoven 1993). Dit wordt ver-

der versterkt door lokale dominanties van zorgaanbieders (Van Kesteren 1995). Met name grote instellingen als ziekenhuizen of psychiatrische instellingen hebben in hun regio geen concurrentie te duchten. Ervaringen in Amerika leren dat daar een toename van concurrentie op de zorgmarkt tot verdere concentratie van ziekenhuizen heeft geleid (Porter en Olmsted Teisberg 2004). Ten slotte is er ook op de markt voor zorgverzekeringen sprake van concentratie en regionale dominanties.³ Deze hebben zich de afgelopen jaren versterkt. Concentratie aan twee kanten van de markt lijkt concurrentie op de markt voor het zorgaanbod ernstig te belemmeren. Concurrentie lijkt er wel te zijn op de markt voor de zorgverzekeringen. Deze manifesteert zich nu en zal volgens velen aanvankelijk leiden tot een vechtmak⁴ – lage premies om marktpositie te veroveren en vervolgens premiestijgingen – die snel stabiliseert en daarna weinig mobiliteit meer zal vertonen.

Op de gereguleerde zorgmarkt vervullen de zorgverzekeraars een rol als inkoop. Tot voor kort werd hier gesproken van de regiefunctie van de zorgverzekeraar. Nu wordt gesproken van de inkoopfunctie, een subtiel maar essentieel verschil. Zorgverzekeraars oefenen invloed uit op de zorgmarkt door hun inkoopbeleid. Ze hebben echter geen regiefunctie, regie impliceert meer directe sturing en die is er niet. De inkoopfunctie van de zorgverzekeraar kan invloed hebben op de aard en de kwaliteit van het zorgaanbod, wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tot elkaar zijn veroordeeld (wanneer er dus geen schaarste is op de aanbodmarkt) en wanneer verzekerden mobiel zijn, dat wil zeggen dat ze stemmen met hun voeten. Het feit dat er veel collectieve contracten lijken te ontstaan (de zorgverzekeringswet biedt die mogelijkheid – bijvoorbeeld voor patiëntenverenigingen of bedrijven – en een collectief contract is goedkoper) belemmert deze mobiliteit. De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt geven dus aanleiding tot scepsis over de inkoopfunctie.

Zorgverzekeraars kunnen natura- en restitutieverzekeringen aanbieden, maar het stelsel is gebouwd op de gedachte dat verzekeraars naturaverzekeringen aanbieden. Via naturaverzekeringen kunnen verzekeraars de zorgmarkt beïnvloeden en via deze route worden zij geacht concurrerende verzekeringen aan te kunnen bieden. De werking van de zorgverzekering via het mechanisme van de naturaverzekering is om meerdere redenen betwifelbaar. In de eerste plaats veronderstelt zij keuze en concurrentie en die is op zich al twijfelachtig. In de tweede plaats veronderstelt het dat burgers als economische actoren de voorkeur geven aan een naturaverzekering en ook dat is de vraag. Burgers lijken juist in de keuze van behandelaar keuzevrijheid te prefereren en hier meer voorkeur te geven aan vertrouwen en professionaliteit dan aan economische overwegingen. Hoewel naturaverzekeringen hier ruimte voor laten, kan dit toch tot een ontwikkeling richting restitutieverzekeringen leiden. Ten slotte kan restitutie voor de verzekeraar ook wel eens een eenvoudiger en economischer optie blijken.

De werking van de inkoopfunctie van zorgverzekeraars als instrument ten behoeve van sturing op de zorgmarkt wordt waarschijnlijk verder ingeperkt door de professionaliteit van de hulpverleners. Verschillende verzekeraars zullen bij dezelfde zorginstellingen en dezelfde behandelaren zorg inkopen en deze behandelaren zullen patiënten waarschijnlijk niet verschillend behandelen. Uit professioneel en publiek oogpunt is dat onwenselijk en er zijn veel 'zorgproducten' die zich hier ook niet voor lenen. Wellicht is verschil in de hotel- of verblijffunctie mogelijk, maar in de curatieve zorg is dat al veel moeilijker.

Niet alleen burgers en professionals zullen zich niet altijd als economische actoren gedragen, dat geldt ook voor zorginstellingen. In de moderne gezondheidszorg is veel zorg georganiseerd in ketens van verschillende behandelaren en behandelingen. Wanneer professionals binnen instellingen of zorginstellingen onderling overgaan tot doorverwijzing of samenwerking staat ook dit concurrentie in de weg. Zij zullen zich dan moeilijker laten verleiden tot onderlinge strijd om de gunst van de verzekeraar.

Een eerste conclusie moet dus luiden dat zowel op de beide markten als bij de verschillende actoren slechts ten dele de rationaliteit van het systeem dominant zal zijn. Met name professionele overwegingen en ook het feit dat er geen gefragmenteerde, atomistische markt tot stand komt staat dit in de weg. De consequenties hiervan zijn dat het streven naar kostenbeheersing waarschijnlijk niet van de grond komt en dat de (decentrale) sturing door verzekeraars van de zorgmarkt – de inkoopfunctie – niet optimaal werkt.

Transparantie

Transparantie, doorzichtigheid van het veld, is om vele redenen van belang. In de eerste plaats om keuze mogelijk te maken. Als burgers moeten kiezen voor een zorgverzekering is het noodzakelijk dat de markt voor zorgverzekeringen transparant is. Er moet accurate en betrouwbare informatie beschikbaar zijn waarop burgers hun keuze kunnen baseren. De noodzaak van transparantie ten behoeve van het kiezen geldt natuurlijk evenzeer voor de markt van de zorg. Zorgverzekeraars, of burgers wanneer zij bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget hebben, hebben informatie over de zorgverlening nodig om keuzes te kunnen maken. Alleen de prijs geeft onvoldoende informatie. We willen weten wat we precies krijgen en wat de kwaliteit is. Juist dit is op de zorgmarkt, waar complexe producten door professionals worden geleverd, niet eenvoudig te bewerkstelligen. Transparantie is ook nodig om de resultaten van zorgverlening in kaart te kunnen brengen. Gereguleerde marktwerking en de inkoopfunctie veronderstellen zowel binnen als tussen organisaties dat veel sterker naar resultaten wordt gekeken en op resultaten wordt gestuurd. Managers van zorginstellingen moeten richting kunnen geven aan de resultaten van de zorgverlening in hun instelling om vervolgens in onderhandeling te treden met zorgverzekeraars. Verder is transparantie nodig om de kwaliteit van de

zorg te kunnen monitoren en beïnvloeden. Zowel managers van zorginstellingen als zorgverzekeraars hebben deze informatie nodig om kwaliteitsbeleid te kunnen voeren.

Een centraal probleem bij transparantie betreft het verzamelen van de benodigde informatie. Dat is kostbaar en gezien de complexiteit van het veld van de zorg en de ongrijpbaarheid van het begrip kwaliteit extreem moeilijk. Zeker wanneer niet – zoals nu in vele kwaliteitsprojecten het geval is – specifieke behandelingen in kaart gebracht worden, maar het hele veld gemonitord moet worden. Verder is ook niet iedere partij gediend met informatieverzameling. Wanneer de informatie vooral gebruikt wordt ten behoeve van sturing van werkprocessen hebben de managers van instellingen hier baat bij, maar professionals niet of veel minder. Frustratie van dergelijke vormen van informatieverzameling door de werkvloer – en dat is makkelijk wanneer het om complexe processen gaat – is een bekend fenomeen. Wanneer professionals ook belang hebben bij de verzamelde informatie wordt de kans op medewerking en dus op goede informatie groter. Verder kan informatieverzameling allerlei ongewenste effecten bewerkstelligen, zoals overconcentratie op datgene wat gemeten wordt – de politie die extra boetes gaat uitschrijven – of risicoselectie – het uitsluiten van patiënten met een hoog risico (Tonkens 2003: 49 e.v.).

Kortom: transparantie is belangrijk voor de werking van het systeem, maar zeker in het domein van de zorg niet eenvoudig te bewerkstelligen. Een belangrijk instrument dat in het systeem zit opgesloten is het financiële belang dat zorgverzekeraars (en burgers) bij goede informatie hebben. Tot de invoering van het nieuwe financieringssysteem (de DBC's) werd vooral gewerkt met macrobudgetten en niet-realistische prijzen. Met de komst van de DBC's – overigens, en dit terzijde, op verzoek van en ontwikkeld in samenwerking met de beroepsgroepen – is het de bedoeling dat er een directe relatie komt tussen de behandeling en de betaling, zonder directe facturering per verrichting. Het idee is dat de DBC's de relatie behandeling-betaling direct maken zonder te leiden tot overfacturering. De belangen van zorgverzekeraars en zorgverleners lopen in deze waarschijnlijk niet parallel. De zorgverzekeraar is gebaat bij maximale transparantie. De professional is – uit hoofde van zijn positie alleen al – gebaat bij een zekere bescherming en ondoorzichtigheid (Hasenfeld 1983). En ook de zorginstelling is uit het oogpunt van concurrentieoverwegingen niet gebaat bij te grote openheid. Desalniettemin betekenen de DBC's een grote sprong voorwaarts in vergelijking met de oude, werkelijkheidsvreemde financieringsstructuur die vele onbedoelde en ongewenste gevolgen had.⁵ Deze belangentegenstellingen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners zijn waarschijnlijk mede debet aan de huidige perikelen rondom de verdere ontwikkeling van het DBC-systeem: bijvoorbeeld het feit dat we inmiddels enige tienduizenden DBC's hebben. Zo worden de DBC's eerder een rookgordijn om transparantie te voorkomen.

Wie het nieuwe systeem vergelijkt met het oude moet erkennen dat de invoering van de DBC's – of welk ander systeem dan ook dat behandeling en betaling dicht bij elkaar brengt dan in het oude financieringssysteem het geval was – de transparantie heeft vergroot. Desalniettemin blijven er grote problemen aan de vereiste van transparantie kleven. Het veld is complex. De informatie is moeilijk te verzamelen en kan eenvoudig ongewenste effecten teweegbrengen. De verschillende actoren hebben sterk uiteenlopende belangen bij transparantie en informatie. Soms ook heeft dezelfde actor zowel baat bij transparantie – de zorgverzekeraar is gediend met transparantie van het zorgaanbod – en baat bij ondoorzichtigheid – de zorgverzekeraar is gediend met ondoorzichtigheid van de verzekeringenmarkt omdat dit verzekerden aan hem bindt. Dat laat onverlet dat informatie van groot belang is en blijft voor een kwalitatief goede zorgverlening en voor een effectief werkend financieringssysteem. De gereguleerde zorgmarkt in combinatie met de DBC-systematiek is echter niet voldoende om dit te bewerkstelligen. Dit betekent dat aan de eis van transparantie die voorwaardelijk is aan alle drie de doelen van het nieuwe stelsel –kostenbeheersing, handhaving van kwaliteit en minder centrale sturing – niet is voldaan.

Professionaliteit

Het nieuwe stelsel veronderstelt, uiteraard, professionaliteit bij de zorgverlener. De vraag is echter in hoeverre de professional in een spagaat wordt getrokken door de tegenstrijdige eisen die gesteld worden. Tonkens (2003) is van mening dat dit het geval is. Op het domein van de zorg staat de professional bloot aan beïnvloeding door de verzekeraar, de cliënt en door het management van de zorginstelling. Alle drie hebben ze andere belangen – waarin respectievelijk beheersing, zorg en marktpositie centraal staan – en tegelijkertijd is er sprake van grote onderlinge afhankelijkheden. Dit is het standaardrecept voor afwijkingen van de systeemrationaliteit.

Afwijkingen zijn het resultaat van dominantie van één van de drie deelbelangen. Een sterke dominantie van economische belangen kan de professionaliteit van de zorgverlening aantasten. De dokter moet zich immers niet laten leiden door de prijs van het geneesmiddel maar door de noodzaak van behandeling van een patiënt en door medische kennis. Dit wordt een lastige stelling wanneer het geneesmiddel 100.000 euro per behandeling kost en de gezondheidswinst aantoonbaar, maar bescheiden is. Dominantie van de mondige patiënt –waar Tonkens, vooral sprekend over het lokaal sociaal beleid, op wijst – kan de professional tot professioneel ongewenste beslissingen aanzetten en zal vooral tot overconsumptie aanleiding geven. Ook nu weer geldt dat de wereld een stuk complexer is. Chronische patiënten weten vaak beter dan de hulpverlener wat zij nodig hebben. Hulpverleners accepteren dit ook en hiervoor is het persoonsgebonden budget in het leven geroepen. Dominantie van

het management van de instelling kan professioneel handelen in de weg staan wanneer hier kostenbeheersing en de concurrentiepositie van de instelling centraal staan. De gevolgen kunnen bijvoorbeeld zijn dat samenwerking in de keten wordt belemmerd. Dit is vooral het geval wanneer de markt concurreert op prijs en niet op kwaliteit van de zorg. Ook nu weer geldt dat het management dat te sterk op de markt is gericht problemen krijgt met de zorgverleners binnen de eigen instelling en ook dit is ongewenst.

Een fundamentele kritiek op de gereguleerde markt in de zorg komt van de Amerikanen Porter en Olmsted Teisberg, in Nederland verwoord door Berg (2004), die stelt dat een markt waarop concurrentie om verzekeren plaats vindt niet bijdraagt aan bevordering van de kwaliteit van de zorg. Integendeel, er bestaat zelfs het risico van kwaliteitsvermindering wanneer de prijs van de polis dominant wordt in de overwegingen. Een markt die kwaliteit van zorg centraal stelt moet dusdanig georganiseerd worden dat er concurrentie plaatsvindt op basis van kwaliteit en niet primair op basis van de prijs. Porter stelt daarom voor om het geld de kwaliteit te laten volgen: wanneer u bijvoorbeeld voor een slechte dienstverlener kiest, krijgt u minder vergoed van uw verzekeraar. Los van de uitvoerbaarheid van dit voorstel, illustreert het dat kwaliteit op een gereguleerde markt niet vanzelfsprekend is en dat hiervoor inzicht in de kwaliteit die zorgverleners leveren nodig is.

Dit brengt ons weer bij het thema van transparantie en informatieverzameling. Niet alleen de markt maakt transparantie noodzakelijk, ook kwaliteitsbeheersing. Het meten van de kwaliteit van zorgprocessen is echter bijzonder lastig. Zowel de standaarden als de te bereiken doelen zijn in meerdere of mindere mate omstreden. De belangentegenstellingen tussen de betrokkenen maken het bovendien niet denkbeeldig dat op de werkvloer een rookgordijn wordt opgetrokken tegen te grote doorzichtigheid. In de organisatiesociologie is hiervoor het begrip 'ontkoppeling' bedacht. Wanneer er een grote druk is voor het management van de organisatie zich te conformeren aan bepaalde eisen die het veld stelt, en wanneer deze eisen meer of minder strijdig zijn met de logica van de werkvloer, dan doen zich verschijnselen van ontkoppeling voor. Naar buiten toe conformeert de werkvloer zich aan de opgelegde eisen – bijvoorbeeld een systeem van kwaliteitsbewaking – maar intern gaat ze er op zo'n manier mee om dat het werkproces niet verstoord wordt en de eigen belangen niet worden geschaad. Hoe complexer het primaire proces, hoe beter ontkoppeling mogelijk is. Dit verschijnsel kennen we ook in publieke dienstverlenende organisaties als sociale diensten, politieposten, scholen en dergelijke. Deze *street-level* bureaucratieën (Lipsky 1980) kennen een sterk door de werkvloer gedicteerde dynamiek die door het management moeilijk te sturen is. Informatisering van werkprocessen heeft op sommige terreinen de *street-level* bureaucratie verandert in een *screen-level* bureaucratie⁶ – door middel van vormen van automatisering die de werkvloer weinig beslissingsvrijheid geven – maar dit is slechts daar mogelijk waar het werk zich

leent voor standaardisering van besluitvorming. Hoe complexer het hulpverleningsproces, hoe moeilijker dit is. De conclusie voor grote delen van de zorg ligt voor de hand.

Kortom: de professionaliteit van de zorgverlening staat in het voorgestelde systeem van gereguleerde marktwerking zeker onder druk. De spagaat bestaat en is niet eenvoudig op te lossen. Ook niet door de professionals de dominante rol te geven. Uit ervaring weten we dat hier risico's aan zitten. Professionals hebben geen belang bij beheersing en zo ontstaat een vraag die vooral door het aanbod wordt opgeroepen.⁷ Ook vertonen professionals de neiging zich af te sluiten van hun omgeving en zich te concentreren op hun werk, dit geldt zowel voor het management van de instelling als voor medeprofessionals. Daarom moet kwaliteitsbeleid georganiseerd worden en komt ze niet vanzelf tot stand onder druk van de gereguleerde markt. In een dergelijk kwaliteitsbeleid – dat we overigens sinds de jaren negentig in diverse vormen van zorgvernieuwing kennen (zie: Van der Grinten en Kasdorp 1999) – moeten professionals leidend zijn, maar in onderlinge samenwerking – de logistiek van de hulpverlening en de organisatie van ketens blijkt keer op keer van groot belang voor de kwaliteit van de zorg – en in samenwerking met de andere belangen.

Management

Dit brengt ons bij de laatste voorwaarde voor het effectief functioneren van de nieuwe zorgmarkt: het management van zorginstellingen. Deze vormt een cruciale schakel tussen de verschillende actoren. De manager krijgt meer vrijheden, is een ondernemer op de zorgmarkt, wordt geacht goede zorg te organiseren en dit alles op een maatschappelijk verantwoorde manier, dat wil zeggen in lijn met de algemene doelstellingen van het stelsel. Hiervoor is al gememooreerd dat deze verschillende eisen de manager van de zorginstelling regelmatig in een lastig parket brengen. Er is sprake van meervoudige verantwoordelijkheden en van botsende doelstellingen. Het is aan de manager de tegenstrijdige eisen van de markt, de professional en de burger te verzoenen of althans hierin een zeker evenwicht te bewaren (Grit en Meurs 2005: 135).

Het moderne managementdenken, dat sterk steunt op een economisch model van de werking van organisaties, is tot op zekere hoogte paradoxaal. De veronderstelling is dat organisaties als ziekenhuizen zich op de markten van de zorgverzekering en de zorgverlening als economische actoren gedragen. Hiertoe bestaat er keuzevrijheid in het systeem: zorgverzekeraars hebben contracteervrijheid en zorginstellingen staat het vrij zich te profileren. Deze keuzevrijheid maakt de leiding van de organisatie, het management, belangrijk. Het is aan de manager vorm te geven aan de organisatie en zich als marktpartij te profileren. Binnen de organisatie zelf worden de actoren – in dit geval de leden van de organisatie – geacht niet meer economisch gemotiveerd te handelen, maar als raderen in een machine. Handelingsvrijheid voor het manage-

ment – de manager moet het maken en moet dus de ruimte krijgen om te managen – gaat gelijk op met standaardisatie en centralisatie binnen de organisatie – de manager moet er immers op kunnen vertrouwen dat de organisatie ook doet wat hij of zij wil (Pollitt 1990). Pollitt heeft laten zien dat daarom in veel situaties vrijheid van het management min of meer gelijk op gaat met een zekere Taylorisering – extreme standaardisatie en beheersing – van de werkvloer.

Het idee van het *managerialism* wordt ernstig begrensd door de speelruimte van de manager van de zorginstelling. Hij of zij kan de zorginstelling niet als een machine-bureaucratie besturen en de organisatie is ook geen juweel van doorzichtigheid. Dit is wederom een zwak punt in het idee van de gereguleerde zorgmarkt. De zorgmanager wordt geacht sturend op te treden in zijn of haar organisatie, maar wordt aan alle kanten begrensd in zijn of haar handelingsvrijheid: door professionele autonomie, door een sterk gedecentraliseerde organisatie, door de noodzaak van maatschappelijk verantwoord handelen en door de markt. Deze sterke interdependentie maakt opnieuw dat niet de systeemrationaliteit dominant is, maar dat de manager veroordeeld is tot het managen van een evenwicht tussen deelbelangen. Hij of zij kan dat op verschillende manieren doen (Grit en Meurs 2005: 141), maar zal altijd te maken krijgen met meervoudige externe en interne belangen. Hiervoor is al geïllustreerd hoe vaak deze belangen niet gelijk op lopen.

We kunnen onze korte verkenning van de werking van het veld van de gezondheidszorg nu afsluiten. De conclusie moet luiden dat de systeemrationaliteit kwetsbaar is. Zowel op de markt, binnen organisaties als bij de betrokken zorgverleners doen zich regelmatig situaties voor waar sprake is van strijdigheid tussen het systeem en de deelbelangen. Dit zorgt er voor dat de gestelde doelen – kostenbeheersing, goede zorg en minder centrale sturing – niet vanzelfsprekend verwezenlijkt worden. Dit vereist inspanningen van alle betrokkenen en de risico's van onbedoelde en ongewenste effecten zijn groot.

Organisatie en interventie

Wat leert de casus van het gezondheidszorgbeleid ons? De belangrijkste conclusie moet zijn dat het idee van het nieuwe zorgstelsel te veel steunt op ideeën van gereguleerde marktwerking die ervan uitgaan dat als de markt maar goed georganiseerd is, de rest min of meer vanzelf komt. Dat is dus niet zo. Niet alleen heeft de markt grenzen nodig – en wat dit betreft is een geruststelling op zijn plaats, die grenzen staan momenteel recht overeind – ook moet naast de markt richting worden gegeven aan de andere actoren en belangen. Een goed voorbeeld hiervan is het kwaliteitsbeleid. De markt lijkt deze niet vanzelf te organiseren en dus ligt hier voor de overheid, in samenwerking met anderen, de professionals voorop, een belangrijke taak. Innovatie, samenwerking, en lo-

gistische integratie van de zorg blijft een zaak van algemeen belang en niet iets wat aan de markt kan worden overgelaten.

Een tweede conclusie moet luiden dat de doelstelling van kostenbeheersing waarschijnlijk niet gehaald zal worden. Op vele punten in het veld van de zorg ligt het primaire belang van de betrokkenen niet bij kostenbeheersing en dit zal zo blijven zo lang er sprake is van een omvangrijk pakket in de basisverzekering. Dit betekent dat het veld van de zorg voorlopig waarschijnlijk nog niet verlost zal zijn van budgetmaatregelen. Het feit dat de minister recent bekend heeft gemaakt voorlopig de budgettaire begrenzing van de zorg te willen handhaven is hiervan een bevestiging. Een sterkere spanning dan tussen het nieuwe stelsel en budgettering is echter nauwelijks denkbaar.

Een laatste conclusie is dat in het veld van de zorg meerdere inrichtings- en sturingslogica's een rol spelen. Naast de markt (prijs) staan die van de professie (kennis) en het management (regels) (Freidson 2001). Een goedwerkend stelsel moet ieder van deze drie logica's ruimte geven. Dat gaat niet door één van de drie het voortouw te geven, maar door –met het oog op de doelstellingen – ieder ruimte en richting te geven.⁸ Dat impliceert waarschijnlijk niet minder maar misschien wel meer centrale sturing.

Deze observatie heeft een bredere betekenis. De gedachten over de herziening van het publiek domein en de doelstellingen van het beleid zoals ik die eerder heb getypeerd zijn tot op zekere hoogte ééndimensionaal. Voor de werking van het beleid en de rol van organisaties daarbinnen wordt sterk teruggevallen op economische modellen van motivatie en organisatie (LeGrand 2003; Van der Veen 2005). Dit leidt ertoe dat de kracht van de systeemrationaliteit wordt overschat en dat de invloed van deelbelangen, van andere motivaties en van de eigen dynamiek van organisaties te veel als een versturende factor wordt gezien. Vanuit het markt- en managementdenken is de enig mogelijke reactie hierop: zoeken naar maatregelen die mensen en organisaties dwingen zich te conformeren aan de systeemrationaliteit, dat is dus de rationaliteit van de gereguleerde markt. Onze analyse laat echter zien dat een dergelijke aanpak de spanningen binnen het systeem alleen maar vergroot. Met LeGrand (2003) denk ik dat we moeten zoeken naar veel robuustere vormen van sturing die weliswaar rekening houden met het economisch handelen van mensen en organisaties, maar die ook de anderssoortige belangen van professionals, managers, zorginstellingen en burgers hierbinnen nadrukkelijk een plaats geven.

De discussie over de herziening van het publieke domein wordt vaak gevoerd in termen van meer of minder sturing, meer of minder staat. Een tweede algemene conclusie die we uit het voorgaande kunnen trekken is dat de discussie zo verkeerd getoonzet wordt. Het gaat vooral om andere vormen van sturing en interventie. De pretentie van maakbaarheid is niet verlaten, integendeel, het markt- en managementdenken is behoorlijk dwingend, zoals ook van Doorn al benadrukte, maar maatschappelijke interventie vindt op een andere wijze en met andere methoden plaats.

Binnen deze nieuwe vormen van maatschappelijke interventie zal keuzevrijheid (LeGrand 2003: 73-84) nadrukkelijk een plaats hebben. De gereguleerde markt is 'here to stay'. Keuzevrijheid is een noodzakelijk onderdeel van een dergelijke markt. Maar daarnaast willen burgers – ondanks alle recente kritiek, zie: Hurenkamp en Kremer (2005) en Van den Brink (2005) – ook kunnen kiezen: bijvoorbeeld voor een arts of voor de vorm van ondersteuning die zij ontvangen. Tegelijkertijd heeft men behoefte aan zekerheid. Dit zijn de twee onvermijdelijke zijden van de medaille van individualisering. De vraag is wanneer keuzevrijheid mogelijk en wenselijk is en wanneer niet. Hiertoe moeten we bijvoorbeeld onderscheid maken tussen de keuze voor de aard van diensten, de omvang van de dienstverlening en de dienstverlener. Afhankelijk van de risico's kan de keuzevrijheid over deze verschillende zaken in meerdere of mindere mate worden overgelaten aan de consument. Ten slotte maakt het bewust kiezen voor bijvoorbeeld de aard en de omvang van de zorg of de verzekering die men ontvangt, deze minder vanzelfsprekend. En net als in een relatie, geldt ook voor publieke voorzieningen dat niets zo dodelijk is als vanzelfsprekendheid. Dus draagt keuzevrijheid op deze wijze juist bij aan het fundament van publieke voorzieningen.

Noten

- 1 De burger moet zich verzekeren en de verzekeraar moet hem of haar accepteren.
- 2 Grote verschillen in gezondheidsrisico's tussen de bij de verschillende verzekeraars verzekerde populaties worden gecompenseerd.
- 3 De ervaringen in bijvoorbeeld de Verenigde Staten illustreren de risico's van oligopolisering. Zie: Enthoven 1988. Enthoven stelt dat een dergelijke marktstructuur op termijn tot 'samenspanning' en ondoorzichtigheid zal leiden. Vanaf het moment dat de plannen voor marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg zijn ontvouwd hebben zich drastische veranderingen in de organisatie van het veld voorgedaan. (zie: Groenewegen 1992). De belangrijkste hiervan is zonder meer de fusiegolf die zich bij de ziektekostenverzekeraars heeft voorgedaan. Ook de zorgaanbieders hebben zich gelijktijdig georganiseerd in een beperkt aantal sterke belangenorganisaties (bijvoorbeeld de Landelijke Specialisten Vereniging, LVS).
- 4 Zie: van den Hauten 2003, voor vergelijkbare markteffecten bij de privatisering van de Ziektewet.
- 5 Bijvoorbeeld de wachtlijsten, zie: P. Kenis, 2003. Zie verder: Van der Veen en Groenendijk, 2003, voor een overzicht van het financieringssysteem. Over de werking van financieringssystemen en de noodzaak van een zekere directe koppeling tussen verrichting en vergoeding, zie: Mot, 2002.
- 6 *Screen Level Bureaucracy*, het begrip is van M. Bovens en S. Zouridis, uit: M. Bovens 2003.
- 7 De locus classicus voor Nederland: Achterhuis z.j.
- 8 De kritiek op de Wet Marktordening Gezondheidszorg van de Raad van State (advies dd. 6-6-2005) en van Zorgverzekeraars Nederland (brief dd. 19-10-2005 aan de leden van de vaste commissie voor vws van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, H. Wiegel) is terug te voeren op deze onduidelijkheid. Zowel de Raad van State als Zorgverzekeraars

Nederland verwachten dat de wetgever duidelijker richting aangeeft en stellen – impliciet – dat het idee van gereguleerde marktwerking dat noodzakelijk maakt.

Literatuur

- Achterhuis, H. (z.j.) *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo.
- Brink, G. van den e.a., red. (2005) *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam: Boom.
- Berg, M. (2004) *Een zorgstelsel dat doelmatig hoge kwaliteit zorg produceert*. Rotterdam: IBMG.
- Bovens, M. (2003) *De digitale republiek*. Amsterdam: AUP.
- Coleman, J.S. (1990) *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass.: The Belknap Press.
- College voor Zorgverzekeringen (cvz) (2004) *Analyse van sturings- en beheersaspecten van zorgverzekeringsstelsels*. cvz publicatie 183, Diemen.
- Donaldson, L. (1995) *American Anti-Management Theories of Organization. A critique of paradigm proliferation*. Cambridge: Cambridge UP.
- Doorn, J.A.A. van (1984) Inleiding: anatomie van de interventiestaat. In: J.A.A. van Doorn en J.W. de Beus (red.), *De interventiestaat. Tradities, ervaringen, reacties*. Amsterdam: Boom, 9-24.
- Enthoven, A. (1988) Managed Competition and Alternative Delivery Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988-2.
- Enthoven, A. (1993) The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Supplement 1993, 24-48.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Gilbert, N. (2002) *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Grinten, T. van der en J. Kasdorp (1999) *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.
- Grit, K. en P. Meurs (2005) *Verschuivende verantwoordelijkheden. Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: van Gorcum.
- Groenewegen, P.P. (1992) *Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt? Oratie Utrecht*.
- Hasenfeld, Y. (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hauten, M. van den (2003) *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet*. Den Haag: Reed.
- Hurenkamp, M. en M. Kremer (red.) (2005) *Vrijheid verplicht*. Jaarboek Tijdschrift voor de Sociale Sector, Amsterdam: van Gennep.
- Kenis, P.P. (2001) 'Die wachtlijsten is een verhaal apart ...' *Een organisatiewetenschappelijke beschouwing van het fenomeen wachtlijst in de Nederlandse zorg*. Oratie Universiteit van Tilburg.
- Kesteren, P. van (1995) Naar een gereguleerde zorgmarkt. In: L. Aarts et al., *Het bedrijf van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Boom, 134-159.
- Lane, J.E. (1994) Will Public Management drive out Public Administration? *Asian Journal of Public Administration* 16 (2), 139-151.
- Le Grand, J. (2003) *Motivation, Agency and Public Policy. Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*. Oxford: Oxford UP.
- LeGrand, J. and W. Bartlett (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*. Londen: MacMillan.
- Lipsky, M. (1980) *Street Level Bureaucracy. Dilemma's of the Individual in Public Services*. New York: The Free Press.

- Meyer, J.W. and B. Rowan (1991) Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: W.W. Powell en P.J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: Chicago University Press, 41-62.
- Meyer, J.W. and B. Rowan (1991) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality. In: W.W. Powell en P.J. DiMaggio, 63-82.
- Mot, E.S. (2002) *Paying the medical specialist: the eternal puzzle. Experiments in the Netherlands*. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam.
- Pollitt, C. (1990) *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell Publ.
- Porter, M.E. and E. Olmsted Teisberg (2004) Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 2004, online version.
- Selznick, Ph. (1957) *Leadership in Administration*. New York: Harper.
- Scott, W. Richard (1995) *Institutions and Organizations*. Londen: Sage.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Veen, R. van der (1997) Marktwerking en sociaal beleid. *Tijdschrift voor Politieke Economie*, Themanummer Marktwerking 2, 194-210.
- Veen, R. van der en N. Groenendijk (2003) *Frauderisico's in de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van vws.
- Veen, R. van der (2005) De klant koningin. Over motivatie en 'agency' in de publieke dienstverlening. *Socialisme en Democratie* 7/ 8, 26-35.
- Williamson, O.E. (1975) *Markets and Hierarchies*. Londen: The Free Press.