

De verzekeraar: Ondernemer in de Maatschappij of Maatschappelijk Ondernemer?

Een politiek-bestuurlijke krachtenveldanalyse naar draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen

Doctoraalscriptie Opleiding Bestuurskunde - Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Opleiding Bestuurskunde
Beleid & Politiek
mei 2004

Arnoud Strijbis (163668)

Begeleiding: dr. T. Beukenholdt & dr. K. Putters

“De enige limiet aan de realisatie van de toekomst is ons twijfelen van vandaag”

Franklin D. Roosevelt,
De 32^e President van de Verenigde Staten van Amerika van 1933-1945

*Voor mijn trotse opa op wie ik zo trots ben,
Mijn opa, degene die het einde van mijn studie helaas niet meer mee mocht maken,
maar er toch altijd bij was...*

Inhoudsopgave

Voorwoord	9	
1	Inleiding	11
1.1	Achtergronden van het onderzoek	11
1.2	Benaderingswijze van deze studie	11
1.3	Probleemanalyse	12
1.4	Probleemstelling	14
1.4.1.	Doelstelling	14
1.4.2.	Centrale vraagstelling	15
1.4.3.	Deelvragen	15
1.5	Theoretisch kader	16
1.6	Relevantie	16
1.7	Leeswijzer	17
2	Het krachtenveld	19
2.1	Inleiding	19
2.2	Karakteristieken van het stelsel van ziektekostenverzekeringen	19
2.3	Ontwikkelingen van het stelsel	20
2.4	Trends, kansen en bedreigingen	21
2.4.1	Europese Unie	22
2.4.2	Nieuwe technologieën	22
2.4.3	Demografische ontwikkelingen	23
2.4.4	In de zorg zelf	23
2.5	Actoren in de beleidsarena	24
2.5.1	Politiek	25
2.5.2	Maatschappelijk middenveld	26
2.6	Focus van het onderzoek	27
2.6.1	Verantwoordelijkheidsverdeling	27
2.6.2	Vraagsturing & marktwerking	28
2.6.3	Basispakket	29
2.7	Tot slot	29
3	Theoretisch kader	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Centrale concepten	31
3.3	Besluitvorming	33
3.4	Standpunten	35
3.4.1	Niveau 1: basisassumpties	36
3.4.2	Niveau 2: oriëntaties & waarden	36
3.4.3	Niveau 3: culturele artefacten	37
3.5	Tot slot	37
4	De discussie door de jaren heen	39
4.1	Inleiding	39
4.2	Commissie - Dekker	39
4.3	Plan - Simons	41
4.4	Onderzoeken en effecten na het plan – Simons	42

4.5	Kok – 1	44
4.6	Kok – 2	45
4.7	Tot slot	46
5	Actoren over de rol van de verzekeraar	49
5.1	Inleiding	49
5.2	Plaats van interviews en literatuur	49
5.3	Verantwoordelijkheidsverdeling	50
5.3.1	Meningen over de verantwoordelijkheidsverdeling	50
5.3.2	Overeenkomsten en verschillen	53
5.4	Vraagsturing & marktwerking	55
5.4.1	Meningen over vraagsturing en marktwerking	56
5.4.2	Meningen over commerciële zorg	57
5.4.3	Overeenkomsten en verschillen	58
5.5	Basispakket	59
5.5.1	Meningen over de breedte van het pakket	59
5.5.2	Meningen over de premieheffing	60
5.5.3	Meningen over het karakter van de verzekering	60
5.5.4	Overeenkomsten en verschillen	61
5.6	Tot slot	61
6	Analytisch kader	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Dekker tot 2002	63
6.3	Analyse van het jaar 2002	65
6.3.1	Analyse van basisassumpties	65
6.3.2	Analyse van oriëntaties en waarden	66
6.3.3	Analyse van culturele artefacten	68
6.4	Draagvlak in 2002	70
6.5	Tot slot	72
7	Conclusies en vooruitblik	73
7.1	Inleiding	73
7.2	Terugkoppeling van de probleemstelling	73
7.3	Conclusies	76
7.4	Vooruitblik	78
Bijlage 1	Overzicht van gebruikte bronnen	81
Bijlage 2	Lijst der afkortingen	87
Bijlage 3	Overzicht respondenten	89
Bijlage 4	Opzet en vragenlijst ten behoeve van de interviews	91

Voorwoord

Hoe vaak is het niet gevraagd: “hoe is het met je scriptie? Is je scriptie al klaar? Wanneer ga je hem inleveren? Hoe ver ben je nu eigenlijk?” De scriptie was verworpen tot een groot blok aan mijn been. Daarom is dit voorwoord met een groot gevoel van opluchting geschreven. Ik zie het als een bevrijding van iets dat ik veel te lang heb meegesleept, omdat mijn prioriteitstelling onvoldoende was. Steeds was iets anders belangrijker. Steeds weer met een andere reden achter de computer in plaats van de scriptie af te maken. Het beruchte ‘S-woord’ kwam de laatste periode niet meer uit mijn mond. Uiteindelijk ben ik dan nu zover dat twee wetenschappers aangeven dat ik ver genoeg ben om af te studeren. Eindelijk!

Als je dan zo ver bent, zijn er ook vele mensen die bedankt moeten worden. Allereerst is er grote dank voor Kim Putters, die lange tijd mijn begeleider vanuit de stage-instelling en de universiteit was. Met veel kennis van het onderwerp gaf Kim de handvatten die mij langzaam maar zeker verder brachten. Ik denk niet dat ik als bestuurskundige dit onderwerp had kunnen afronden zonder deze steun.

Ook ben ik veel dank verschuldigd aan Tilly Beukenholdt die mijn eerste lezer werd na het vertrek van Kim naar de Universiteit van Tilburg. Met diverse scherpe en positief-kritische opmerkingen heeft zij voor de broodnodige stimulans en inspiratie gezorgd om de scriptie af te ronden.

Vervolgens moet ik mijn ouders bedanken, die mijn chagrijnige momenten vaak van dichtbij hebben meegemaakt. Die vele vragen van familie en vrienden over mijn studie en scriptie steeds hebben moeten beantwoorden, terwijl ik er zelf vrijwel niets over losliet. Het belang van een goede relatie met je ouders is mij tijdens de scriptie meer dan eens duidelijk geworden.

Hetzelfde geldt voor mijn broers en schoonzussen. Steeds weer die vragen, maar altijd de steun.

En dan zijn er nog vele vrienden, bekenden, collega’s en familie die ik wil bedanken. Ik noem ze hier niet allen bij naam, maar ook aan jullie is een woord van dank – ook al staat het hier slechts op papier – zeer op zijn plaats.

Ik moet ook de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg bedanken. Ondanks dat het niet de stage was die ik had verwacht en ik niet de stagiair was waarop men rekende, toch hebben zij mij gesteund in raad en daad. Daar ben ik dan ook blij om! Ik heb er veel geleerd.

Ook ben ik dank verschuldigd aan Sjaak van der Tak. Sjaak wilde mij graag hebben als zijn politiek assistent, maar dan moest ik mijn scriptie wel afmaken. Het heeft ‘iets’ langer geduurd, maar uiteindelijk is de scriptie af. Dank voor het vele vragen en prikken. Ook dat was voor mij belangrijk!

Natuurlijk wil én moet ik mijn vriendin Karlijn ontzettend bedanken. De laatste stappen waren klein als je het vergelijkt met het hele proces daarvoor, maar om een op de laatste momenten zo snel aangebrand persoon met zo veel liefde te steunen is een uniek gevoel dat ik nooit meer kwijt wil.

En tenslotte nog één persoon die mijn inspiratiebron is geweest van begin tot het einde: mijn opa. Geen woord kan zeggen hoeveel ik u kan en wil bedanken.

Van deze scriptie heb ik veel geleerd. Over de complexe thematiek in en om het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Over de wijze waarop je doorzet, terwijl de hooivork die je gebruikt doorbuigt. Over mezelf, want ik heb het mezelf lastig gemaakt, maar juist daardoor ben ik mezelf tegengekomen en uiteindelijk ben ik daar veel sterker door geworden. Een scriptie met een eigen verhaal, een scriptie die voor mij een punt zet achter een heel belangrijk gedeelte van mijn leven, waarvan ik blij ben dat ik het allemaal heb mogen meemaken.

Arnoud Strijbis,
Tilburg, mei 2004.

1 Inleiding

1.1 Achtergronden van het onderzoek

De wereld verandert! Vele nieuwe ontwikkelingen spelen zich af en de wereldkaart wordt steeds opnieuw ingekleurd. Niet alleen absolute grenzen worden verlegd, maar ook relatieve grenzen zijn aan verandering onderhevig. Daarnaast zijn de grenzen van de gezondheidszorg inzet van verandering. “Met de Structuurnota Gezondheidszorg¹ begon ruim 20 jaar geleden een zoektocht naar een passende marktorde in de gezondheidszorg, die tot op de dag van vandaag voortduurt” (Schut, 1995; p.263). Deze uitspraak uit 1995 zou ook vandaag de dag de waarheid recht aandoen. In het bijzonder worden de grenzen van het stelsel van ziektekostenverzekeringen – in het vervolg het stelsel – op de proef gesteld. De politiek lijkt zich hiervan bewust te zijn. Mevrouw Borst-Eilers, voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) in het tweede kabinet-Kok (Kok-2)² (22 september 1999) verwoordde het als volgt: “Het huidige systeem van gestuurde schaarste, gedragen door het solidariteitsbeginsel, vertoont barsten”. Mede op basis van deze constatering heeft Kok-2 besloten dat zij, ten aanzien van dit thema, geadviseerd wil worden door onder meer de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), de Sociaal-Economische Raad (SER) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). De RVZ heeft een advies geschreven dat de titel ‘De rollen verdeeld’ draagt (RVZ, 2000b).³ De opdracht voor het advies is het aangeven van condities waaronder houdbaarheid van het stelsel kan ontstaan, gegeven de dynamiek in de omgeving van het stelsel (RVZ, 2000a).⁴ De RVZ heeft de focus gericht op de bestuurlijke vormgeving, terwijl andere organisaties zich hebben gericht op het verzekeringsstelsel of het verzekerde pakket. Deze studie is gericht op de bestuurlijke vormgeving, waarbij de rol van de verzekeraar centraal staat.

1.2 Benaderingswijze van deze studie

In deze studie zal worden beschreven hoe de actoren in het politiek-bestuurlijk krachtenveld van het stelsel in de periode Kok-2 zijn omgegaan met de dynamiek en veranderingen in en rond het stelsel die hun weerslag hadden op het draagvlak rond veranderingen van de rol van de verzekeraar. Vele krachten van buiten én binnen het stelsel hebben in bepaalde mate invloed uitgeoefend die direct of indirect tot deze veranderingen hebben geleid. Factoren die een rol spelen zijn onder meer de invloeden van de Europese wet- en regelgeving, de vergrijzing van de samenleving en vergaande ontwikkelingen in de technologie. Al deze factoren leiden onder andere tot meer en intensiever gebruik van de gezondheidszorg, maar ook tot tegenstrijdigheid in wet- en regelgeving.

Deze studie is geschreven vanuit een bestuurskundige blik. Deze blik richt zich vooral op de rol van de zorgverzekeraar, waarbij aandacht voor de bestuurlijke vormgeving van het stelsel en het besluitvormingsproces relevant is. De toegevoegde waarde van de studie kenmerkt zich door een benadering op de inhoudelijke relatie tussen de rol van de zorgverzekeraar en draagvlak. Gekozen is voor een historisch perspectief met als startpunt het rapport van de Commissie Structuur & Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker). Ten tijde van de Commissie-Dekker werd de omslag van aanboddenken naar vraagdenken gemaakt. Marktwerking en vraagsturing werden

¹ De Structuurnota Gezondheidszorg werd in 1974 door de toenmalige staatssecretaris Hendriks gepubliceerd. Deze Structuurnota werd gezien als de eerste nota waarin het gezondheidszorgbeleid als een ‘totaalbeleid’ werd benaderd.

² Het kabinet Kok-2 bestond uit Partij van de Arbeid (PvdA), de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) en Democraten 1966 (D66). Het kabinet regeerde van 1998-2002 en werd vernoemd naar de minister-president, Wim Kok (PvdA).

³ Het RVZ-advies ‘De Rollen Verdeeld’ is een politiek neutraal advies; dat wil zeggen uitvoerbaar zonder dat politieke consensus is bereikt over de verzekering.

⁴ De auteur heeft van mei tot en met december 2000 stagegelopen bij de RVZ, waarbij hij deel uitmaakte van de projectgroep die het advies ‘De Rollen Verdeeld’ schreef. Belangrijkste taak was het onderzoeken van de totstandkoming van politieke consensus rond het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

ordeningsmechanismen van de Nederlandse gezondheidszorg, waardoor de rol van de verzekeraar zou gaan veranderen. In de uitwerking staan naast vraagsturing en marktwerking ook de concepten verantwoordelijkheidsverdeling en het basispakket centraal. Naar het RVZ-advies 'De rollen verdeeld' wordt de verdeling tussen burgerschap, ondernemerschap en marktmeesterschap gebruikt bij de ordening van standpunten van actoren ter bespreking van de verantwoordelijkheidsverdeling (paragraaf 2.6.1 en hoofdstuk 3). Vraagsturing en marktwerking worden uitgewerkt met behulp van de publicaties van Vos (1999 & november 2000) en beschrijvingen van Boot en Knapen (1996) (paragraaf 2.6.2 en hoofdstuk 3). Ook wordt aandacht besteed aan de inrichting van het basispakket, de premieheffing en het karakter van de verzekering (paragraaf 2.6.3).

1.3 Probleemanalyse

Het probleem dat in dit onderzoek wordt geduïd zal, naarmate de tijd vordert, alleen maar groter worden als het stelsel niet wordt veranderd. Ten opzichte van de regeringsjaren van Kok-2 is de economische situatie aanzienlijk verslechterd, waardoor de urgentie van veranderingen is vergroot. Ten tijde van Kok-2 waren negatieve effecten zichtbaar, zoals de wachtlijstenproblematiek, personeelstekorten, dreigende tweedeling⁵ en vergrijzing van de samenleving. De Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2000) levert kritiek op de Nederlandse situatie. Bovendien kan met de zeventiende plaats bij een onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) niet worden gezegd dat Nederland voorop loopt in de mondiale gezondheidszorg, ook al zegt oud-minister Borst dat "de Nederlandse zorg goed scoort, ook internationaal gezien"⁶. Gelet op de houdbaarheid van het huidige systeem vinden vele actoren dat Nederland het wachtlijstenprobleem moet oplossen en het systeem meer prikkels moet geven. Deze redenen en de kostenstijgingen met daarbij dreigende onverzekerbaarheid hebben hun weerslag op de rol van de verzekeraar.

"De druk om de gezondheidszorg te moderniseren, komt dit keer dus niet in de eerste plaats van verzekeringspecialisten, gezondheidszorgdeskundigen, macro-economen en de overheid, maar vanuit de bevolking."

Edith Schippers in 'Liberaal Reveil' (p.147) , augustus 2000

Aan het begin van de 21^e eeuw lijkt er een bepaald gevoel van urgentie te bestaan om over te gaan tot een herziening van het stelsel. Politieke partijen, ziektekostenverzekeraars, artsenorganisaties, werkgevers en werknemers ventileerden tijdens Kok-2 ideeën over de rol van de verzekeraar en over andere aspecten van het stelsel. Bovendien was in het regeerakkoord besloten om aan diverse organisaties advies te vragen.⁷ Relevant was ook de druk vanuit de bevolking, die trouw zijn verzekeringspremie afdroeg, maar daar niet de gevraagde zorg voor terugkreeg.

Een van de vragen binnen dit onderzoek is hoe het politiek-bestuurlijke krachtenveld ten aanzien van de rol van de verzekeraar zich gedraagt en zich heeft gedragen onder invloed van de endogene en exogene factoren, zoals Europa en rechterlijke uitspraken.⁸ De afgelopen jaren zijn veranderingen in opvattingen en standpunten opgetreden, (waarschijnlijk) mede onder invloed van deze factoren. Hierdoor is ook de mate van draagvlak ten aanzien van veranderingen in de rol van de verzekeraar beïnvloed. Hoe en in welke mate de veranderingen zijn opgetreden is van belang om te kunnen onderzoeken in welke mate draagvlak van invloed is op veranderingen. Dit is het probleem en de uitdaging van dit onderzoek.

⁵ Onder tweedeling wordt hier de verwijdering tussen de arme en de rijke laag van de bevolking genoemd. Voor rijken is gezondheidszorg te koop en dus bereikbaar, terwijl dit voor kwetsbaren een utopie is.

⁶ Uitspraak op de conferentie 'Met zorg veranderen' op 10 april 2000.

⁷ Zie paragraaf 1.1

⁸ Een nadere uitwerking van deze actoren zal plaatsvinden in hoofdstuk 2.

Naast de genoemde urgentie wordt het Nederlandse poldermodel als deel van het probleem genoemd. Doordat de Nederlandse cultuur consensusgericht is, waarbij actoren zoveel mogelijk gezamenlijk besluiten nemen, zouden grote veranderingen moeilijk zijn. De vraag is of het poldermodel, of de gewoontes en de tradities daarvan, invloed heeft op de wijze waarop politieke en maatschappelijke actoren met de problematiek omgaan. Daarnaast benadert iedere actor de problematiek vanuit het eigen perspectief. Een werkgever wil dat zijn werknemer zo snel mogelijk terugkeert op de werkvloer, zodat het arbeidsproces niet langdurig wordt verstoord door een gebrek aan arbeidskrachten. De werknemer wil gezond worden en dus goede, toegankelijke en kwalitatieve zorg krijgen. Beide partijen betalen zorgpremies aan de verzekeraars en willen dat hun zorgverwachtingen verwezenlijkt worden. Deze situatie heeft invloed op het politiek-bestuurlijke krachtenveld, mede doordat onduidelijk is in hoeverre standpunten van actoren veranderen onder invloed van endogene en exogene factoren⁹. Deze factoren kunnen de mening van de politiek-bestuurlijke actoren over de rol van de verzekeraar beïnvloeden. De ervaringen in de gezondheidszorg hebben geleerd dat deze factoren kunnen leiden tot het blokkeren van veranderingen van het stelsel. Voor de besluitvorming rond en implementatie van veranderingen is het noodzakelijk dat er draagvlak is om het gewenste resultaat te bereiken. Daarom is het relevant in kaart te brengen wat de politiek-bestuurlijke condities zijn voor veranderingen in en om het stelsel. Hieruit zal blijken of er sprake is van convergentie of divergentie tussen de opvattingen van actoren en of er werkelijk draagvlak is om (grote) veranderingen in het stelsel door te voeren. Het politiek-bestuurlijk landschap moet worden geschetst om aan te kunnen geven hoe veranderingen in de rol van de verzekeraar mogelijk zijn.

Een belangrijk element is dat de actoren in het politiek-bestuurlijk krachtenveld niet alleen elkaars concurrenten, maar ook elkaars partners zijn. Politieke partijen willen bijvoorbeeld zo veel mogelijk stemmen weghalen bij de ander, maar tegelijkertijd moeten zij samenwerken om tot besluitvorming te komen. Dit speelt niet alleen bij verkiezingen, maar ook in ons poldermodel. Indien betrokken actoren tot – in hun ogen – succesvol¹⁰ beleid willen komen, moet worden samengewerkt om de verscheidene belangen met elkaar in overeenstemming te brengen. Actoren kunnen niet zonder elkaar. Naast hun onafhankelijkheid in het bepalen en uitdragen van standpunten hebben zij ook afhankelijkheidsrelaties met andere actoren. Als actoren lijnrecht tegenover elkaar staan en weigeren toe te geven, komen er nauwelijks besluiten. Om tot besluitvorming te komen, hebben zij elkaar nodig, want geen enkele actor heeft in het Nederlandse stelsel een absolute meerderheid.¹¹ In het Nederlandse gezondheidszorg-systeem zijn alle actoren afhankelijk van elkaar. Voor het functioneren van de zorg kan de overheid niet zonder ziekenhuizen, terwijl verzekeraars niet zonder de overheid kunnen om hun verantwoordelijkheden uit te voeren. Met andere woorden, alle actoren in de Nederlandse gezondheidszorgsysteem zijn op elkaar aangewezen om het product gezondheidszorg zo goed mogelijk te maken. Dus ook bij veranderingen in de rol van de verzekeraar zijn actoren van elkaar afhankelijk.

⁹ Het verschil tussen en de uitwerking van endogene en exogene factoren staan in paragraaf 2.4.

¹⁰ 'Succesvol' is iets dat goed afloopt of waarin men slaagt; iets dat bijval verwerft (Bron: Van Dale).

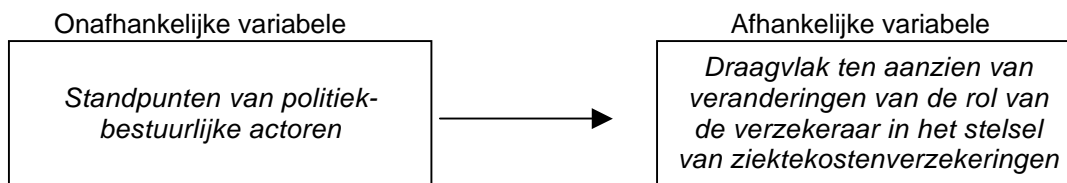
¹¹ Er zijn uitzonderingen in de lokale politiek, waar politieke partijen in de Gemeenteraad een absolute meerderheid hebben (gehad). Deze uitzonderingen zijn voor deze studie echter niet relevant.

1.4 Probleemstelling

“De formulering van de probleemstelling berust in belangrijke mate op vrijheid van ontwerp, creativiteit en inzicht van de onderzoeker, grondige kennis van het beleidsterrein en kennis van de theoretische stand van zaken.” (Hakvoort, 1995) De opbouw van de probleemstelling is afhankelijk van de gestelde probleemanalyse. Aan de hand van deze probleemanalyse zijn de doelstelling, centrale vraagstelling en de deelvragen geformuleerd. Alles tezamen is de probleemstelling.

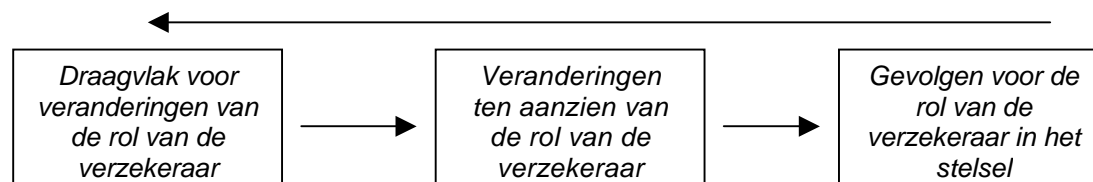
1.4.1 Doelstelling

De vele actoren in het politiek-bestuurlijke proces leveren allen een bijdrage aan de totstandkoming van politieke besluitvorming. In de discussies over veranderingen van de rol van de verzekeraar in het stelsel leken standpunten van actoren ten tijde van Kok-2 niet zonder meer vast te liggen. Het gezamenlijke pleidooi “Wachlijsten de wacht aangezegd!” van de Partij van de Arbeid (PvdA) en werkgeversvereniging VNO-NCW (PvdA/VNO-NCW, 21 maart 2000) was opmerkelijk, omdat het door een niet voor de hand liggende coalitie van actoren werd geschreven. Behalve deze beweging waren er vele andere convergerende en divergerende bewegingen in het politiek-bestuurlijke krachtenveld. Het waarnemen van een trend is een van de elementen die kan aangeven of er sprake is van draagvlak voor veranderingen in de rol van de verzekeraar. Hoe, waarom en welk soort coalities worden gevormd tussen verschillende actoren dient duidelijk te worden om de aanwezigheid van draagvlak aan te tonen. Behalve de gedragingen in coöperatief verband worden ook de gedragingen van de individuele actoren in kaart gebracht om te beoordelen of actoren consistent en consequent zijn bij de inname van standpunten. De individuele positie van actoren kan verklaren waarom draagvlak wel of niet wordt gevormd. Hierbij dient retoriek tegenover realiteit te worden gezet; wat men zegt en schrijft tegenover wat men doet. De standpunten van de politiek-bestuurlijke actoren leiden tot draagvlak voor veranderingen in de rol van de verzekeraar. Deze standpunten zijn daarom de onafhankelijke variabele.



Schema 1.1: onafhankelijke en afhankelijke variabelen

Het draagvlak (schema 1.1) heeft invloed op de politieke besluitvorming, waarbij centraal staat of er draagvlak is om besluiten te nemen ten aanzien van de rol van de verzekeraar. Het ontstaan van draagvlak is een dynamisch proces, doordat standpunten van actoren kunnen veranderen door invloeden van andere actoren of bepaalde factoren.



Schema 1.2: Gevolgen van draagvlak

De mate van draagvlak heeft invloed op veranderingen van de rol van de verzekeraar in het stelsel. Dit draagvlak zal echter ook invloed hebben op standpunten van actoren, die mogelijk kunnen veranderen. Deze veranderde standpunten kunnen op hun beurt weer invloed hebben op het draagvlak. Het is een continu en dynamisch proces, zoals blijkt uit schema 1.2.

1.4.2 Centrale vraagstelling

Uit de probleemanalyse en de doelstelling van het onderzoek kan de volgende vraagstelling worden afgeleid:

Is er draagvlak in het politiek-bestuurlijk krachtenveld voor de door de overheid gewenste rol van de zorgverzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

1.4.3 Deelvragen

Om de centrale vraag in dit onderzoek beantwoord te krijgen, dienen verschillende stappen te worden gezet. De stappen komen voort uit de probleemanalyse. Het fundament om de centrale vraagstelling in het onderzoek te beantwoorden zal moeten worden gelegd door feiten op een rij te zetten, zodat wordt ingegaan op de relatie tussen de rol van de verzekeraar met draagvlak. De eerste deelvraag is:

1. *Wat zijn de belangrijkste redenen voor het wel of juist niet veranderen van de rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds het rapport van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod'?*

Na de beoordeling van het draagvlak in relatie tot de standpunten van actoren rond de belangrijkste momenten van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod' dienen vervolgstappen te worden gezet. Allereerst zal de aan- of afwezigheid van draagvlak kunnen zijn ontstaan door veranderingen in de standpunten van actoren. Het kan natuurlijk ook zijn dat standpunten van actoren juist niet zijn veranderd. Andersom kan ook worden geredeneerd; het draagvlak is wel of niet ontstaan, doordat politiek-bestuurlijke actoren hun meningen en standpunten hebben veranderd. Dit zal echter naar voren moeten komen om bepaalde trends in de standpunten te kunnen herkennen:

2. *Wat was de rol van draagvlak van betrokken actoren in het politiek-bestuurlijke krachtenveld ten aanzien van de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds het rapport van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod'?*

De analyse van het verleden heeft geleid tot een overzicht van belangrijke aspecten voor de analyse van de rol van draagvlak ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel. Om te kunnen beoordelen of er draagvlak is, dienen de politiek-bestuurlijke randvoorwaarden in kaart te worden gebracht:

3. *Wat zijn de politiek-bestuurlijke randvoorwaarden voor het bereiken van de veranderingen van de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?*

De beantwoording van de centrale vraagstelling zou met behulp van deze deelvragen een te voltooien opgave moeten zijn.

"Het is evident dat het debat over de herziening van de ordening van de zorg aanleiding geeft tot verwarring. Verhullend taalgebruik, het hanteren van valse metaforen en het verdoezelen van belangen ontnemen de burger het zicht op de essentie van het debat."

Subcommissie-Willems, 1994.

1.5 Theoretisch kader

Een onmisbaar deel van een onderzoek is het theoretisch kader. Dit theoretisch kader is noodzakelijk om de empirische elementen van dit onderzoek te structureren. Alvorens theoretische benaderingen worden toegepast, zullen centrale concepten uit de probleemstelling worden gedefinieerd. Hiermee wordt 'spraakverwarring', die in de discussie over het stelsel zo gewoon is, zo veel mogelijk voorkomen.

Centraal staat het concept draagvlak. Voor de beschrijving van het historisch perspectief waarin de discussie rond de rol van de verzekeraar en veranderingen in het stelsel zich heeft afgespeeld, worden meerdere theoretische concepten gehanteerd. Deze worden in hoofdstuk 3 besproken. Voor de inhoudelijke benadering van de standpunten wordt de theorie van Schein gebruikt. Met deze theorie, waarvan culturele diepteniveaus de kern vormen, kan van de afzonderlijke politiek-bestuurlijke actoren de opbouw van standpunten worden geanalyseerd. Op basis daarvan kunnen conclusies worden getrokken over mogelijk te vormen draagvlak ten aanzien van de veranderingen van de rol van de verzekeraar. Hiermee kunnen het historisch en inhoudelijk perspectief apart worden beschreven. Vervolgens worden deze perspectieven gekoppeld om de politiek-bestuurlijke randvoorwaarden voor de creatie van draagvlak voor veranderingen de rol van de verzekeraar te beschrijven.

In deze studie wordt gekozen voor een drieledig focus, waarbij de belangrijkste elementen van de discussie over de rol van de verzekeraar worden meegenomen. De focus is de verantwoordelijkheidsverdeling, vraagsturing en marktwerking, en het basispakket in relatie tot de rol van de verzekeraar. Deze inhoudelijke concepten zullen zowel in het theoretisch gedeelte als in het empirische gedeelte aan de orde komen om standpunten van actoren te toetsen aan de elementen die kunnen zorgen voor draagvlak voor veranderingen van de rol van de verzekeraar. Verklarende keuzes over de te gebruiken theorieën en concepten komen in hoofdstuk 3 ter sprake.

1.6 Relevantie

Zowel in bestuurskundige als maatschappelijke zin is dit onderzoek relevant. De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in het belang dat iedere Nederlandse burger heeft bij een goed functionerende verzekeraar. De verzekeraar is immers de actor die namens de burger zorg inkoopt en garant staat dat de burger zeker is van de zorg waarvoor hij betaalt. Betaalde zorg is gebaat bij een goed functionerend, effectief en efficiënt systeem. "Ziekte is een onderdeel van het dagelijks leven" (Metze, 1996; p.39) en als iemand ziek is, wil hij niet alleen snel en goed geholpen worden, maar ook tegen een aanvaardbare prijs. Bij veranderingen in het stelsel speelt daarom ook de betaalbaarheid van de gezondheidszorg een grote rol. Veranderingen in de rol van de verzekeraar mogen niet ten koste gaan van de positie van de burger en zeker niet van de positie van de zwaksten in onze samenleving. Maatschappelijk gezien is dit onderwerp dan ook van groot belang. Mensen willen een kwalitatief goede gezondheidszorg voor een betaalbare prijs. Daarbij speelt de verzekeraar een belangrijke rol.

Bestuurskundig gezien is de discussie rond het verkrijgen van draagvlak voor veranderingen van de rol van de verzekeraar in het stelsel een interessant onderzoeksobject. De wijze waarop politiek-bestuurlijke actoren omgaan met de discussie over veranderingen geven een interessant geheel van meningen en belangen. Daarbij is van belang te weten welke en vooral in hoeverre factoren, zoals wachlijsten en technologische ontwikkeling, invloed uitoefenen op het politiek-bestuurlijk krachtenveld. Ook de wijze waarop draagvlak wordt gevormd, coalities worden gesmeed en standpunten veranderen is belangrijk. Actoren 'vechten' met elkaar en maken uit wie de 'sterkste' is. De politiek-bestuurlijke arena lijkt redelijk overzichtelijk, maar de invloed van de vele actoren en

factoren maakt de arena tot een 'beslagen glas'. Vele actoren laten hun mening horen en allemaal doen zij dat op een andere wijze. Uiteindelijk is het aan de politiek-bestuurlijke actoren om afwegingen te maken, standpunten in te nemen en bij te dragen aan het draagvlak rond de rol van de verzekeraar. Vanuit de bestuurskundige optiek kunnen uiteindelijk de relevante elementen die leiden tot (gebrek aan) draagvlak in kaart worden gebracht en worden geanalyseerd, zodat conclusies kunnen worden getrokken en aanbevelingen kunnen worden gedaan met betrekking tot veranderingen van de rol van de verzekeraar in het stelsel. Hiermee is een bestuurskundig probleem geschetst.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zal een beschrijving worden gegeven van het stelsel, waarbij de belangrijkste kenmerken van het stelsel op een rij worden gezet. Zoals uit dit hoofdstuk is gebleken staat het stelsel onder druk door diverse factoren en actoren. In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste factoren op een rij gezet en zullen de belangrijkste actoren worden genoemd. Daarbij wordt tevens de keuze gemaakt welke actoren in deze studie zullen worden bestudeerd. Het hoofdstuk sluit af met de inhoudelijke focus.

In hoofdstuk 3 wordt het theoretisch kader uitgewerkt. Allereerst wordt het centrale concept, draagvlak, besproken. Vervolgens worden de besluitvormingsmodellen van Teisman en Kingdon uitgewerkt. Ten slotte wordt de cultuurtheorie van Schein beschreven.

Het vierde hoofdstuk staat in het teken van het verleden van de discussie over de rol van de verzekeraar en het stelsel. Enkele, op basis van de theorie van Teisman geselecteerde, historische momenten worden beschreven.

Vanuit het historisch perspectief zijn er diverse momenten te duiden waaruit voor de discussie ten tijde van Kok-2 relevante elementen zijn gekomen. De discussie ten tijde van Kok-2 wordt verwoord in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk worden de standpunten van de voor deze studie geselecteerde actoren geplaatst in de focus van deze studie.

Vervolgens staat in hoofdstuk 6 de analyse, waarin de empirie wordt geconfronteerd met de theorie, centraal.

In hoofdstuk 7 worden de centrale vraag en de deelvragen beantwoord. Bovendien worden er conclusies getrokken en wordt vooruit gekeken naar toekomstig draagvlak voor veranderingen in de rol van de verzekeraar.

2 Het krachtenveld

2.1 Inleiding

Het veld van actoren en factoren is complex. Voor het beantwoorden van de centrale vraag en de deelvragen worden de hoofdlijnen van het stelsel weergegeven, voor zover deze veranderingen invloed hebben op de rol van de verzekeraar. Deze hoofdlijnen zijn belangrijk om in het vervolg van deze studie het analysekader scherp te duiden en toe te passen.

2.2 Karakteristieken van het stelsel van ziektekostenverzekeringen

De Nederlandse gezondheidszorg is geworden tot wat het nu is door een ontwikkelingsproces dat tientallen decennia, zo niet langer heeft geduurd. De bestuurlijke orde waarop de zorg op dit moment is gebouwd, valt samen te vatten aan de hand van een zestal karakteristieken (Van der Grinten, 1997; Putters, 1998).

1. Er bestaat een *sterke hang naar pluriformiteit en pragmatiek* en een daarmee samenhangende behoefte om de inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg zo veel mogelijk buiten de politiek, maar binnen de maatschappelijke en professionele invloed te houden.
2. *Er ontbreekt een machtscentrum* in de gezondheidszorg. De overheid heeft wel een belangrijke constitutionele verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, maar kan deze verantwoordelijkheid niet zelfstandig uitoefenen zonder inzet van andere actoren. Er ontbreekt derhalve een actor die eenzijdig gelegitimeerd en voldoende uitgerust kan ingrijpen in de gezondheidszorg.
3. *Inkomens- en risicosolidariteit* zijn in de Nederlandse situatie van toegang tot een professionele behandeling immer van groter belang dan de individuele weerbaarheid van mensen.

Deze mengeling van maatschappelijke pluriformiteit, particuliere waakzaamheid, veel overheidsverantwoordelijkheid, beperkte overheidsmacht en een hoge mate van solidariteit heeft op drie manieren gestalte gekregen in de gezondheidszorg: de wijze van financiering, uitvoering en besturing. Hiermee kunnen de drie resterende karakteristieken worden weergegeven.

4. De financiering is geregeld in een *gemengd verzekeringssysteem*: particulier en sociaal, met een brede dekking in het sociale verzekeringssysteem. Dit gemengde systeem komt voort uit het door de confessionelen gestimuleerde compromis, waarbij de door de socialisten gewenste breed toegankelijke staatszorg en de door de liberalen gewenste eigen betaalde gezondheidszorg een plaats hebben gekregen. De financieringsvorm van de verzekering is daarbij een bescherming tegen een te invloedrijke overheid, terwijl de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een bescherming bieden tegen een al te ver doorschietende commercialisering van de zorg. Kenmerkend is dat afhankelijkheden inherent zijn aan publieke (waaronder overheden en vakbonden) en private actoren (waaronder verzekeraars en professionals), doelen (zoals beschikbaarheid, winst en kwaliteit) en belangen (zoals organisatiebelang en algemeen belang).
5. Traditioneel bestaat er in de gezondheidszorg ook een grote mate van *professionele autonomie*. De uitvoering geschiedt veelal door particuliere organisaties en zelfstandige professionele

actoren. Deze autonomie levert waarborgen op voor solidariteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en doelmatigheid in en van de zorg.¹²

6. Uit het bovengenoemde blijkt dat er in de gezondheidszorg *sterke afhankelijkheden* in de besturing bestaan. Alle actoren zijn direct afhankelijk van elkaar bij de uitoefening van hun verantwoordelijkheden. Dit komt voornamelijk naar voren door de sterke invloed van particuliere organisaties in de beleidsvorming. In de alledaagse praktijk wordt dit veelal weergegeven door de invloed van het maatschappelijk middenveld aan de onderhandelingstafel en in de beroepspraktijk. Bovendien kennen de actoren dubbelfuncties, waarbij zij enerzijds pressiegroep zijn door op te komen voor belangen van bepaalde groepen en anderzijds een publieke taakuitoefening hebben naar de achterban door onder meer het geven van voorlichting.

Dit zestal karakteristieken van de bestuurlijke orde is relevant voor de verdeling van verantwoordelijkheden in het huidige stelsel. Over de kenmerkende onderlinge afhankelijkheden zegt Van der Grinten (1997) dat de overheid en het maatschappelijk middenveld een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben. Met het maatschappelijk middenveld worden niet alleen de traditionele 'middenvelders' als vakbonden en consumentenverenigingen bedoeld, maar ook bepaalde onderdelen van het private initiatief. Belangrijke rollen zijn er voor de overheid, burgers, werkgevers, werknemers, formele en informele advies-, overleg- en uitvoeringsorganen, aanbieders én zorgverzekeraars. De verzekeraars hebben voor de uitvoering van hun taken veel contacten met de burger, overheid, professionals, ziekenhuizen, advies-, overleg- en uitvoeringsorganen. Daarin kunnen de verzekeraars redelijk onafhankelijk opereren op het gebied van klantenwerving en het afsluiten van contracten met bijvoorbeeld ziekenhuizen. Tegelijkertijd zijn zorgverzekeraars afhankelijk van de door de overheid gestelde randvoorwaarden en opgelegde taken. Dit alles leidt tot een stelsel, volgens Van der Grinten (1997) een 'typisch Nederlands compromis', dat zich kenmerkt door pluriformiteit en diversiteit en waar verwerving van draagvlak om te komen tot veranderingen in het stelsel immer noodzakelijk is.

2.3 Ontwikkelingen van het stelsel

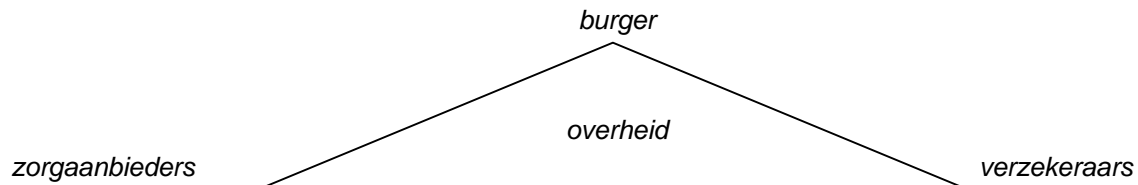
De inrichting van het stelsel is gestoeld op een gemengd model van centrale aanbodsturing, gereguleerde marktwerking en nagenoeg vrije marktwerking. Kok-2 besloot het stelsel in te richten in drie compartimenten. Het eerste compartiment omvat langdurige en onverzekerbare zorg; de AWBZ financiert en de aanbodregulering ordent. In het tweede compartiment valt de curatieve, noodzakelijke zorg gefinancierd door een verplichte verzekering; de ordening geschiedt door gereguleerde concurrentie. Tenslotte bestaat het derde compartiment uit goedkope zorg en niet-noodzakelijke zorg, bekostigd door een vrijwillige verzekering en geordend door ongereguleerde concurrentie. In dit model is een evenwicht tot stand gebracht tussen bekostiging en regulering door de overheid, markt en privaat initiatief. Door deze financieringsstructuur bestaat een aantal randvoorwaarden voor sturing in de zorg (Putters, 1998):

- a) De overheid bepaalt in overleg met het veld de financieringswijze door wet- en regelgeving.
- b) De praktijk van de financieringsstructuur is weerbarstig en kent een incrementeel karakter.
- c) Er zijn steeds coalities van wederzijds afhankelijke actoren met mogelijke 'hindermachtsvorming' tot gevolg.
- d) Het financieringssysteem draagt bij aan een balans tussen verschillende belangen en doelen van de actoren.

¹² Indien het huidige stelsel ideaal zou functioneren, is deze uitspraak terecht. In de praktijk blijkt echter dat de waarborgen niet altijd gegeven kunnen worden door de professionals. De betaalbaarheid en de toegankelijkheid (neem de wachtlijsten) van de zorg is onderwerp van discussie, zoals ook reeds in de inleiding van deze studie bleek.

- e) Verzekeraars zitten in een sleutelpositie met betrekking tot de financiering en uitvoering van de zorg.

De sleutelpositie van de verzekeraar staat in deze studie centraal. Veranderingen in het stelsel raken veelal direct of indirect de positie van de verzekeraar door de prominente rol van de verzekeraar op de deelmarkten. Deze deelmarkten zijn gebaseerd op de relaties tussen verzekeraars en verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders en zorgaanbieders en zorgvragers. Door tarief- en planwetgeving worden de verhoudingen geregeld tussen deze drie groepen, terwijl ook marktwerking een rol speelt. Ondanks het terugtreden van de overheid op deze deelmarkten blijft zij een rol houden in de besturing: gereguleerde concurrentie.



Figuur 2.1: De 'driehoek' van de markten van de gezondheidszorg (Boot & Knapen, 1996; p. 314)

De verzekeraar is op de deelmarkten verantwoordelijk voor het in beweging krijgen van de zorgaanbieders in het leveren van de zorg (RVZ, 1998). Dat doet de verzekeraar niet alleen voor de verzekerden die bij hen aangesloten zijn, maar ook namens de overheid. Een van de taken van de verzekeraar is het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders over aard, omvang en kwaliteit van het zorgaanbod. Ten aanzien van de burger heeft de verzekeraar de taak zorg aan te bieden in een goed pakket, waar de burger mee gediend is. Deze complexe situatie voor de verzekeraar is moeilijk houdbaar door de trends, kansen en bedreigingen.

2.4 Trends, kansen en bedreigingen

"We zitten met groeiende wachtlijsten, gedemotiveerde artsen en gedemotiveerd personeel. Het is een bende."

Floris Sanders, oud-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten (1998)

De roep om een hervorming van het stelsel is niet nieuw, maar heeft verschillende aanleidingen. Door problemen in de dagelijkse praktijk, zoals wachtlijsten en gedemotiveerde artsen, is de roep om veranderingen zicht-, hoor- en voelbaar. Dat Nederland gewaarborgd moet zijn van een kwalitatief goede gezondheidszorg onderschrijft iedereen. Om dit te bereiken zal een goed debat gevoerd moeten worden, waarbij *"de deelnemers hun repertoire aan reacties en ambities moeten doornemen. (...) Wat willen wij in de gezondheidszorg behouden en wat niet?"* (Vos, 1999). Vos constateert turbulentie op acht fronten, welke hij dijkdoorbraken noemt. Deze dijkdoorbraken zijn gebaseerd op vele exogene en endogene factoren. Exogene factoren zijn factoren die van buiten een bepaald beleidsveld directe of indirecte invloed uitoefenen op dat veld. Deze factoren blijken van fundamenteel belang in de discussie over de veranderingen van de rol van de verzekeraar in het stelsel. Endogene factoren oefenen van binnen een bepaald beleidsveld invloed uit. De belangrijkste factoren worden in deze paragraaf genoemd, omdat hiermee de redenen van diverse discussies over de rol van de verzekeraar duidelijk wordt gemaakt.

2.4.1 Europese Unie

De lidstaten van de Europese Unie (EU) vinden dat de inrichting, financiering en de organisatie van de gezondheidszorg een nationale aangelegenheid is, waardoor de EU geen exclusieve bevoegdheden heeft en geen eigen gezondheidszorgbeleid voert (RVZ, 1999).¹³ De toch bestaande EU-invloed komt voornamelijk voort uit doelstellingen en bevoegdheden op andere beleidsterreinen die het gezondheidszorgbeleid deels of geheel overlappen (Weidenfeld & Wessels, 1997), zoals de bescherming van de gezondheid, preventie, onderwijs-, onderzoek- en werkgelegenheidsbeleid. De meeste invloed komt echter van de interne markt; denk aan het vrij verkeer van goederen, diensten, kapitaal en personen en de onderlinge mededinging. Volgens onder meer Vos (1999) neemt de toetsende en sanctionerende rol van de EU een steeds indringender vorm aan. Er dient rekening te worden gehouden met de Europese realiteit (RVZ, 1999), omdat mede door Europese wet- en regelgeving aspecten van het Nederlandse stelsel dienen te worden aangepast. Bovendien treedt het civiel recht vaker op namens burgers in plaats van het publiek recht, waarvan de uitspraken van het Europees Hof van Justitie in de arresten-Decker & Kohll belangrijke voorbeelden zijn.¹⁴

De verzekeraars voelen druk op een drietal punten (RVZ, 1999; p.7). Ten eerste is het gemengde systeem van verzekeringen niet houdbaar, voornamelijk door de belangrijke rol van de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen (Wtz), die door de rechter onderuit gehaald kan worden. Bovendien staat de contractplicht van ziekenfondsen en zorginstellingen onder druk, omdat vrije toetreding vanuit het buitenland op de Nederlandse markt wordt belemmerd, wat in strijd is met het mededingingsrecht. Ditzelfde recht maakt eveneens het fundament van het overeenkomstenstelsel, waarin landelijke en regionale afspraken worden gemaakt, wankel.

“Uit de discussie van de Europese ministers van volksgezondheid zou wel eens kunnen lijken dat de huidige aanbodbeheersing op onderdelen niet helemaal ‘Brussel-proof’ is.”

**Oud-minister van Volksgezondheid Borst
op de conferentie ‘Met zorg veranderen’, 25 april 2000.**

2.4.2 Nieuwe technologieën

Nieuwe communicatiemiddelen, waaronder internet en mobiele telefonie, hebben de wijze van communiceren in hoog tempo veranderd. Doordat er meer informatie beschikbaar is en keuzemogelijkheden (ook tussen verzekeraars) groter worden, worden burgers ook mondiger. De arts is niet alleen meer de genezer van kwalen, maar ook voorspeller. Dit heeft gevolgen voor de kosten, omdat nieuwe technologieën vaak duurder zijn dan oudere technieken. Door vroegtijdige risicobepaling kunnen steeds vaker geneesmiddelen worden ontwikkeld die het optreden van een ziekte voorkomen of uitstellen (Dunning, 1991); de voorspellende factor is belangrijker. Naar verwachting zullen mensen gemiddeld een langere periode zonder belangrijke functiegebreken leven. Het karakter van de zorgverlening verandert: van ambachtelijk mensenwerk naar kennisindustrie; van streven en proberen naar presteren; van zoeken naar vinden en voorspellen (Vos, 1999). Dit heeft ook invloed op de rol van het bedrijfsleven, omdat iedere zieke werknemer geld kost en dus niet goed is voor een bedrijf. Gezien de economische groei tot het begin van deze eeuw is het tekort aan

¹³ Subsidiariteit is echter bij EU-besluit het leidend beginsel ter inrichting van de stelsels, waarmee is vastgelegd dat de nationale overheden de financiering, inrichting en organisatie van het stelsel bepalen.

¹⁴ Op 28 april 1998 doet het Europese Hof uitspraak in de claims van de Luxemburgers Decker en Kohll die respectievelijk in België naar de opticiens en in Duitsland naar de tandarts waren gegaan en de kosten ervan bij hun nationale zorgverzekeraar vergoed wilden krijgen, maar niet kregen. Het Hof stelden beiden in het gelijk. Een van de belangrijkste redenen dat Decker in het gelijk werd gesteld was de belemmering van het vrije verkeer van goederen, omdat verzekerd er toe worden aangezet om hun brillen eerder in Luxemburg dan in andere lidstaten te kopen, en derhalve de invoer van in deze staten gemonteerde brillen kan worden afgeremd. Het Hof oordeelde in het arrest-Kohll dat de noodzakelijke voorafgaande toestemming tot behandeling in een ander land zowel hulpverleners als patiënten belemmert in het vrij verrichten van diensten (bron: www.europa.eu.int, 1998).

arbeidskrachten toegenomen, waardoor werknemers zwaarder werden belast met een toename van gezondheidsklachten en ziekteverzuim met uitval uit het arbeidsproces tot gevolg. Door toename van de technologische mogelijkheden ziet het bedrijfsleven ook mogelijkheden om hun werknemers sneller terug aan het werk te krijgen. De druk vanuit het bedrijfsleven om nieuwe technieken zorgt voor een veranderende vraag in de zorg, die onder meer leidt tot een toename van commerciële zorginstellingen. Door de toename van de vraag en de kostenstijgingen proberen verzekeraars invloed uit te oefenen op de wetenschappelijke ontwikkelingen. Bovendien dient de verzekeraar het verzekerde pakket sneller en vaker te heroverwegen, want verzekeren slaat niet alleen meer op het genezingsproces, maar ook op de preventieve zorg. De verzekeraar zet in op een afgewogen pakket van verzekerde zorg, omdat een sterkere concurrentiepositie op de diverse deelmarkten eveneens van groot belang is, want de verzekeraar moet aantrekkelijk zijn voor burgers, bedrijfsleven én zorgaanbieders.

2.4.3 Demografische ontwikkelingen

De levensverwachting van Nederlanders is in de tweede helft van de negentiende en de eerste helft van de twintigste eeuw spectaculair toegenomen (Metze, 1996).¹⁵ Alhoewel de stijging van de gemiddelde leeftijd afneemt, zal de bevolking nog steeds ouder worden door de toegenomen welvaart en de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid door meer preventie, zoals meer lichaamsbeweging en gezonder eten. De vraag naar gezondheidszorg zal ten gevolge van de vergrijzing echter toenemen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) denkt dat het aantal bezoeken aan de huisarts tussen 1990 en 2030 met een kwart zal toenemen en het gebruik van medicijnen met zo'n veertig procent. Ook het ziekenhuisbezoek zal naar verwachting toenemen.¹⁶ Gelet op de vergrijzing zal het aantal gevallen van ouderdomsziekten (zoals gewrichtsslijtage, suikerziekte en dementie) in het jaar 2010 dertig tot veertig procent hoger liggen dan in 1990, aldus het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). De algemene zorgbehoefte zal de komende jaren toenemen, vooral door een stijging van het aantal chronisch zieke patiënten in vooral de curatieve¹⁷ zorg (RVZ, 2001).

Bij ongewijzigd beleid dreigen begrotingstekorten en een stijging van de staatsschuld, aldus het Centraal Planbureau (CPB) en De Nederlandsche Bank (DNB). Het CPB (2000) bepleit een directe verhoging van de belastingdruk en zal onder meer het stelsel hervormd dienen te worden om de noodzakelijke besparingen te behalen. Ook voor de verzekeraar zijn er belangrijke financiële gevolgen, zoals mogelijk een verhoging van verzekeringspremies en een scherpere inkoop van de zorg in het belang van de eigen bedrijfsvoering en het belang van de burger.

2.4.4 In de zorg zelf

In de zorg zelf is er een tweetal hoofdproblemen: wachtlijsten en personeelstekorten. Voor velen is de wachtlijstenproblematiek de aanleiding van de hernieuwde stelsel discussie tijdens Kok-2. Wachtlijsten leiden tot ongenoegen, omdat mensen lang moeten wachten op bijvoorbeeld een niertransplantatie of een nieuwe heup. Door de verslechtering van het economisch tij zijn deze wachtlijsten extra voeding voor ontevredenheid. Wachtlijsten zijn aan de ene kant een probleem op zich, want niemand vindt het fijn te moeten wachten om een noodzakelijke behandeling te ondergaan. Aan de andere kant hangen wachtlijsten ook samen met andere problemen, zoals demografische ontwikkelingen. Wachtlijsten zijn echter ook een gevolg van het systeem van gestuurde schaarste. Ook de rol van de verzekeraar

¹⁵ De levensverwachting voor vrouwen geboren in 1860 was 43 jaar; voor vrouwen die in 1930 zijn geboren 74 jaar. Bij mannen geldt een verwachting van respectievelijk 41 jaar en 67 levensjaren.

¹⁶ Ziekenhuisbezoek: van 450.000 mannen in 1995 naar 550.000 in 2020 en bijna 600.000 in 2030. Vrouwen: van 515.000 in 1995 via 545.000 in 2010 naar 625.000 in 2030.

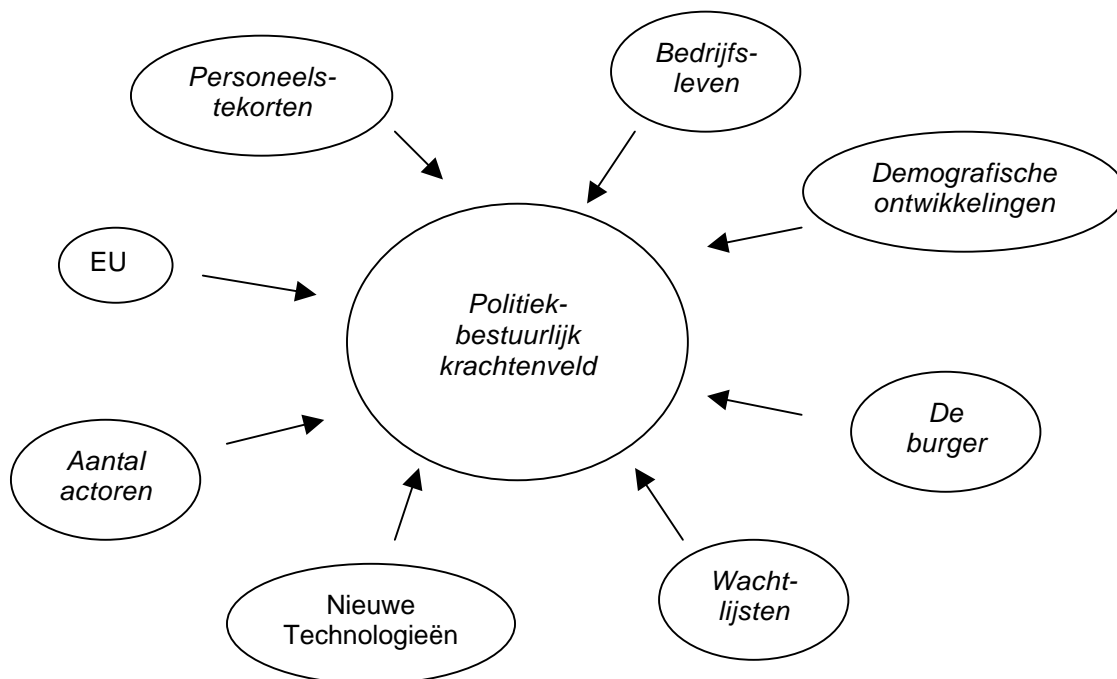
¹⁷ Curatieve zorg – 'de care' – is de zorg die gericht is op het verzorgen van mensen. 'De care' bestaat uit de ouderenzorg, de zorg voor lichamelijke of verstandelijk gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg.

wordt beïnvloed door wachtlijsten, aangezien de burger zorg eist, omdat ze premies betaalt. Actieve inspanningen van de verzekeraar worden geëist.

Wachtlijsten zijn ook een gevolg van het feit dat er sinds enkele jaren onvoldoende (geschoolde) arbeidskrachten te vinden zijn. De roep om verbetering van arbeidsvoorwaarden en verhoging van salarissen is gewoon geworden. De personeelstekorten hebben hun uitwerking op de zorg, zoals gebrek aan aandacht voor patiënten, groeiende ontevredenheid onder het personeel en toename van het aantal lege bedden. De toenemende druk op de overgebleven arbeidskrachten leidt tot ziekteverzuim en arbeidsdruk met een cyclische werking tot gevolg. Dit leidt voor zorgwerkgevers tot hogere kosten door het aantrekken van andere arbeidskrachten en hogere verzekeringspremies. Voor gebruikers van de zorg leidt dit eveneens tot ontevredenheid en verplaatsing van de vraag naar bijvoorbeeld commerciële instellingen. Verzekeraars kunnen niet aan de vraag voldoen, omdat instellingen door het personeelstekort onvoldoende zorg kunnen leveren. Van verzekeraars wordt verwacht dat zij binnen de marges van de wet- en regelgeving de verzekerden kwalitatief en kwantitatief bedienen.

2.5 Actoren in de beleidsarena

De in paragraaf 2.4 benoemde factoren hebben niet alleen invloed op de inhoudelijke discussie over de rol van de verzekeraar, maar ook op de actoren in het politiek-bestuurlijk krachtenveld. Dit krachtenveld is een beleidsarena, dat door Teisman (1995) wordt gezien als “een geactiveerd deel van een netwerk waarin actoren tot complexe besluitvorming komen, waarvoor draagvlak noodzakelijk is”. Actoren streven in het krachtenveld naar het uitoefenen van macht en invloed op het beleidsproces, zodat het zich ontwikkelt zoals zij dat willen. De complexiteit in de gezondheidszorg neemt toe door het actief worden van nieuwe organisaties als banken, werkgevers, Arbo-diensten en beleggers (Putters, 1998; p.107), waardoor traditionele rolpatronen veranderen (Vos, 1999). De factoren beïnvloeden zowel de omstandigheden als de actoren en daarmee ook het draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar. De wijze waarop het concept draagvlak in deze studie centraal zal worden gesteld, komt aan de orde in paragraaf 3.2.



Figuur 2.1: Invloeden op het politiek-bestuurlijk krachtenveld

In deze studie wordt gekozen voor een analyse van de belangrijkste stromingen van actoren die zorgen voor het draagvlak ten aanzien van veranderingen in de rol van de verzekeraar. In deze studie worden de politiek, werkgevers, werknemers, consumenten en verzekeraars besproken. De politiek kan niet ontbreken, omdat ze het uiteindelijke besluit neemt over veranderingen van de rol van de verzekeraar. Werknemers en werkgevers hebben in het Nederlandse poldermodel een belangrijke positie, die ook in dit dossier van belang is. Zorgconsumenten hebben dagelijks met verzekeraars te maken door onder meer de afdracht van premies, zodat ook hun mening dient te worden meegenomen. Tenslotte spelen ook de verzekeraars zelf een rol.

2.5.1 Politiek

De politieke partijen, die tijdens Kok-2 in de Tweede Kamer (TK) vertegenwoordigd waren, worden besproken in deze studie. Dat zijn PvdA, VVD, CDA, D66, Groen Links, SP, ChristenUnie en SGP.¹⁸ Van deze partijen worden relevante publicaties en uitspraken van TK-leden en andere relevante partijgeledingen, zoals wetenschappelijke bureaus en partijcongressen, in de analyse meegenomen. Er wordt aandacht besteed aan de TK-leden, omdat politiek-bestuurlijke besluitvorming plaatsvindt in het Parlement.¹⁹ De 150 TK-leden nemen besluiten, die vrijwel altijd worden overgenomen door de leden van de Eerste Kamer (EK). Gezien het karakter van de beide Kamers ligt het zwaartepunt vooral bij de TK-leden. De EK is belast met de juridische toetsing van de wetsvoorstellen en kan alleen het gehele wetsvoorstel afkeuren indien zij in het voorstel juridische onjuistheden constateert. “Zodra de Tweede Kamer een voorstel van wet heeft aangenomen of tot indiening van een voorstel heeft besloten, zendt zij het aan de Eerste Kamer, die het voorstel overweegt zoals het door de Tweede Kamer aan haar is gezonden (...).” (Grondwet, artikel 85) Aangezien de invloed van de EK gering is, zal de positie van de EK in deze studie niet worden meegenomen. Ook de meningen van Europese, provinciale en lokale politici worden niet in de analyse betrokken, omdat beleid ten aanzien van de rol van de verzekeraar vrijwel geheel op nationaal niveau wordt ontwikkeld.²⁰

Voor het bereiken van draagvlak is de regering een zeer belangrijke actor. De regering bereidt de in het parlement besproken beleidsstukken voor en voert parlementaire besluiten uit. De hoofdregel is dat de vaststelling van wetten geschiedt door de regering en de Staten-Generaal gezamenlijk (Grondwet, art. 81; Belinfante & De Reede, 1997). De rol van de verschillende kabinetten – met name de ministers en staatssecretarissen van volksgezondheid – wordt daarom ook onderzocht.

Wat doet het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (WI)?

“Het WI verricht studies naar politieke vraagstukken, die uitstijgen boven de discussies van alledag. Daarover adviseert het WI gevraagd en ongevraagd. Het WI is onafhankelijk. Het ontwerpt zijn onderzoeksprogramma in dialoog met het CDA en haar volksvertegenwoordigers. Bij ieder onderzocht thema ontwikkelt het WI een politieke benadering vanuit de grondslag en uitgangspunten van de christen-democratie. Het brengt daartoe christen-democratische deskundigen bijeen in studietoelagen, die het vraagstuk vanuit verschillende wetenschappelijke richtingen kunnen beoordelen. Een studietoelagen commissie schrijft een rapport, dat als advies aan de partij en zijn volksvertegenwoordigers wordt aangeboden. Vaak discussieert het CDA vervolgens over het advies en neemt er een standpunt over in.”

Bron: www.cda.nl, 2001

¹⁸ De SGP wordt niet als aparte actor besproken, omdat de SGP in dit dossier gezamenlijk optrekt met de ChristenUnie. De mening van de ChristenUnie en de SGP is daarom gelijk aan elkaar.

¹⁹ De zetelverdeling in de Tweede Kamer was op 1 januari 2001 als volgt: PvdA 45, VVD 38, CDA 29, D66 14, Groen Links 11, SP 5, ChristenUnie 5 en SGP 3.

²⁰ Alhoewel de meningen van Europese politici in deze studie niet worden besproken wordt wel ingegaan op de rol van EU als invloedrijke factor. Zie hiervoor paragraaf 2.4.1.

Politieke partijen zijn echter niet alleen actief in het Parlement of in de Regering. Binnen politieke partijen spelen vele processen af, alvorens partijen tot hun meningsvorming en daarmee eigenlijk tot interne partijbesluitvorming komen. Dit blijkt voornamelijk uit de verkiezingsprogramma's van de partijen en het werk van de wetenschappelijke bureaus van diverse politieke partijen. De rapporten die de bureaus publiceren zijn voor politieke partijen meer dan luchtballonnetjes om discussies te krijgen. Naast de wetenschappelijke bureaus²¹ oefenen ook individuele leden of commissies binnen de politieke partijen invloed uit. Deze commissies of werkgroepen kunnen door zowel de parlementariërs als het partijbestuur worden opgericht. Bovendien kunnen op het landelijk congres²² van de diverse politieke partijen besluiten worden genomen.

2.5.2 Maatschappelijk middenveld

Naast de politiek zijn er vier andere belangrijke stromingen: werknemers, werkgevers, consumenten en (zorg)verzekeraars. *Werknemers*belangen worden behartigd door vakbonden, waarvan de FNV en het CNV de belangrijkste en de leidinggevende zijn. De vakbonden zijn een relevante speler voor het afsluiten van nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO) en belangrijk in diverse advies- en overlegorganen, zoals de Sociaal-Economische Raad (SER). Bovendien komen vakbonden op voor het welzijn van werknemers.

De grootste *werkgevers*organisatie VNO-NCW is zeer actief in het 'stelseldossier'. Naast VNO-NCW wordt ook de positie van MKB-Nederland belicht. Deze organisatie komt op voor een belangrijk segment van de Nederlandse werkgevers, het midden- en kleinbedrijf. Werkgevers zijn verantwoordelijk voor de arbeidsomstandigheden van werknemers, waarbij ze gediend zijn met gezonde werknemers. Iedere zieke werknemer kost geld, wat mogelijk de (sociaal-economische) positie van het bedrijf kan verstoren.

Verzekeraars spelen een belangrijke rol in de discussie over hun rol in het stelsel. Op de drie deelmarkten (zie paragraaf 2.2) hebben de verzekeraars belangrijke rollen. Ten eerste verzekeren patiënten zich bij verzekeraars tegen ziektekosten. In de tweede plaats kopen verzekeraars zorg in bij de zorgaanbieders voor hun verzekerden. Verzekeraars zullen de discussie over de verandering van de rol van de verzekeraar zo veel mogelijk proberen te beïnvloeden in hun voordeel. Tegelijkertijd kunnen verzekeraars de rol van hindermacht op zich nemen, indien de veranderingen niet geschieden op de manier zoals zij die wenselijk achten. Er bestaat een onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Ten aanzien van de verzekeraars wordt alleen gekeken naar het Verbond van Verzekeraars (VvV), het overkoepelend orgaan van de particuliere verzekeraars, dat zich nadrukkelijk met het stelsel bezighoudt. Een andere koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt niet meegenomen door de grote diversiteit in organisaties en verschillen in mening.

Tenslotte wordt het *patiëntenperspectief* besproken. De rol van de patiënt is in vele ontwikkelingen belangrijk. Veel organisaties zijn actief als patiëntenorganisatie. De meeste organisaties, zoals de Nierstichting, richten zich slechts op een deelbelang; anderen behartigen het algemene consumentenbelang, zoals de Nationale Patiënten/Consumentenfederatie (NP/CF) en de Consumentenbond. De laatste actor richt zich op vele consumentenzaken, in het bijzonder op de rol van de verzekeraar in het stelsel. Mede om die reden is gekozen om het patiëntenperspectief te bespreken vanuit de Consumentenbond.

²¹ Zoals uit het tekstblok blijkt, noemen wetenschappelijke bureaus van politieke partijen zich onafhankelijk. De onafhankelijkheid is echter relatief, aangezien deze bureaus structureel in overleg zijn met andere partijgeledingen en volksvertegenwoordigers.

²² Iedere partij hanteert andere terminologieën ten aanzien van de landelijke vergadering, waarin de partij inhoudelijke besluiten neemt over politieke kwesties. In deze studie zal worden gesproken over een landelijk congres.

Schema 2.1: overzicht perspectieven & actoren

<i>Perspectief</i>	<i>Te bespreken actoren</i>
<i>Politiek perspectief</i>	<i>CDA, ChristenUnie, D66, Groen Links, PvdA, SGP, SP en VVD</i>
<i>Werknemersperspectief</i>	<i>MKB-Nederland en VNO-NCW</i>
<i>Werkgeversperspectief</i>	<i>CNV en FNV</i>
<i>Verzekeraarsperspectief</i>	<i>Verbond voor Verzekeraars</i>
<i>Consumentenperspectief</i>	<i>Consumentenbond</i>

2.6 Focus van het onderzoek

Deze studie richt zich op het draagvlak van betrokken actoren om veranderingen in de rol van de verzekeraar in het stelsel te bewerkstelligen. In hoofdstuk 1 werd duidelijk dat de bestuurlijke vormgeving van het stelsel centraal staat. Verder is een keuze gemaakt voor de te bespreken politiek-bestuurlijke actoren (paragraaf 2.5) en het historisch perspectief (hoofdstuk 1). Aangezien de rol van de verzekeraar vele aspecten kent, wordt gekozen voor een focus op de drie elementen die in het creëren van draagvlak voor veranderingen van de rol van de verzekeraar de kern vormen:

1. Verantwoordelijkheidsverdeling
2. Vraagsturing & marktwerking
3. Basispakket

2.6.1 Verantwoordelijkheidsverdeling

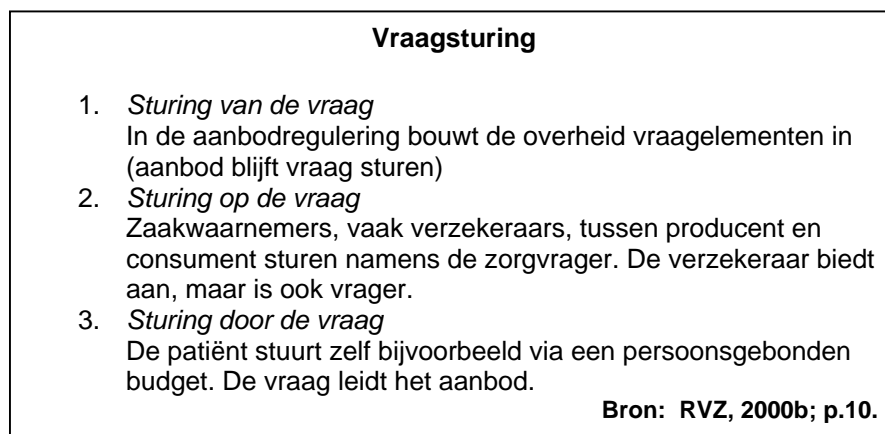
De sterke onderlinge afhankelijkheden in het huidige stelsel zijn beschreven in paragraaf 2.2. De verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen overheid, verzekeraars, maatschappelijk middenveld, politiek, patiënten en professionelen staat centraal in de discussie. De RVZ (2000b) hanteert het model van Burgerschap, Ondernemerschap & Marktmeesterschap (BOM-model) om de verantwoordelijkheidsverdeling te bespreken. Bij burgerschap wordt verwezen naar alle Nederlanders die, als verzekerde en als patiënt, gebruik maken van het stelsel. Marktmeesterschap geeft de rol van de overheid weer. In deze studie ligt de nadruk op het ondernemerschap. De verzekeraar is ondernemer en zorgt daarbij onder meer voor de inkoop van zorg bij zorgaanbieders en de verkoop van deze zorg aan verzekerden. De rol van de ondernemer is sterk vervlochten met het burgerschap en het marktmeesterschap. De discussie rond de verzekeraar kent twee uitersten. Aan de ene kant staan de verzekeraars die meer vrijheid willen, aan de andere kant staan de vakbonden die meer overheidsinvloed en minder taken voor de verzekeraar willen. Daar tussenin bewegen andere actoren.

De RVZ betreft het concept 'maatschappelijk ondernemen' bij ondernemerschap in de zorg, omdat de gezondheidszorg een imperfecte markt is (paragraaf 2.6.2). Maatschappelijke ondernemen is "ondernemen in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles binnen een kader van publieke normen rond solidariteit, toegankelijkheid en gelijkheid" (RVZ, 2000b; p.50-51). In hoofdstuk 3 zal nader worden ingegaan op de theorieën van de RVZ. In paragraaf 5.3 zullen de visies van de actoren op de verantwoordelijkheidsverdeling worden weergegeven, waarbij de overeenkomsten en verschillen nadrukkelijk aan de orde komen.

2.6.2 Vraagsturing & marktwerking

“Vraagsturing is het vergroten van de mogelijkheden om binnen de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg de wensen van de zorgvrager tot hun recht te laten komen” (RVZ, 2000b; p.25).²³ Vos²⁴ (november 2000) werkt vraagsturing uit op drie manieren. Hij spreekt over ‘sturen van de vraag’, ‘sturen op de vraag’ en ‘sturen door de vraag’.

“Marktwerking als sturingsprincipe vindt haar fundering in de economische wetenschappen” (Boot & Knapen, 1996). Die wetenschappen gaan uit van een markt met onafhankelijke, rationeel handelende subjecten, die hun voorkeuren bij volkomen kennis van de marktomstandigheden perfect tot uitdrukking kunnen brengen. De kracht van de markt schuilt dan in de efficiency waarmee zij op korte termijn de in geld meetbare aspecten van vele deelbeslissingen in het maatschappelijk leven op elkaar afstemt. De gezondheidszorgmarkt heeft echter een aantal efficiencyondergravende kenmerken. Ten eerste kennen burgers onzekerheid over de ontwikkeling van de eigen gezondheid, omdat niemand met absolute zekerheid zijn gezondheidssituatie over vijf jaar kan inschatten. Een tweede aspect is het verzekeren, waarmee mensen onzekerheid willen verminderen. Verzekeren kan leiden tot een ‘*moral hazard*’²⁵, waardoor van volledige efficiency geen sprake is. Vervolgens is de markt van de gezondheidszorg ‘irrationeel’ te noemen door gebrek aan inzicht in de markt en door te weinig kennis van het zorgaanbod. Dit is een gevolg van de lappendeken aan organisaties, regels en benaderingswijzen.²⁶ Tenslotte is er ondergraving van de effectiviteit van marktwerking doordat er door concurrentie beperkende regels geen sprake is van volkomen concurrentie. Door de gebrekkige marktwerking zijn er maatregelen genomen die juist leiden tot overheidsregulering. Terwijl er nog gesproken werd over marktwerking kon beter het begrip ‘gereguleerde marktwerking’ worden toegepast. Gereguleerde marktwerking geeft immers aan dat er wel degelijk overheidsinvloeden zijn om de markt zijn werk te laten doen. Door de imperfecte markt die de zorg is, lijkt absolute marktwerking een utopie.



Schema 2.2: vraagsturing

²³ Deze definitie van vraagsturing wordt door VWS in haar officiële publicaties gebruikt. In deze studie zal dit als leidende definitie van vraagsturing worden gehanteerd.

²⁴ De heer Vos is algemeen secretaris van de RVZ en derhalve ook betrokken geweest bij de definiëring van het begrip vraagsturing in het RVZ-rapport (2000b).

²⁵ ‘Moral hazard’ betekent dat de marginale kosten van consumptie gelijk zijn aan nul als er sprake is van een verzekeringsvorm zonder eigen risico of eigen bijdragen. De consument maakt hierdoor een onvolledige afweging van kosten en baten. Het gevolg is dat er meer geconsumeerd wordt dan bij een volledige afweging. Het verzekerd zijn kan ook leiden tot vermindering van risicomijdend gedrag.

²⁶ De term ‘lappendeken’ is afkomstig uit de Structuurnota van voormalig staatssecretaris Hendriks, die in 1974 werd gepubliceerd.

De drie varianten van vraagsturing en de achtergronden bij de verdere uitdieping van het concept 'gereguleerde marktwerking' worden besproken in hoofdstuk 3. In de bespreking van het historisch perspectief wordt bekeken of er een trend valt te ontdekken in de wijze waarop de aandacht voor vraagsturing en marktwerking zich heeft ontwikkeld (hoofdstuk 4). De drie varianten van vraagsturing en de verschillen in visie op marktwerking zullen in hoofdstuk 6 worden gebruikt bij de analyse van standpunten van actoren. In de analyse zullen de overeenkomsten en verschillen tussen de actoren over het inbrengen van vraagsturende en marktbeïnvloedende elementen worden besproken in de relatie tot draagvlak.

2.6.3 Basispakket

Het derde deel van de focus is gericht op het basispakket, "dat een groot aantal verstrekkingen omvat van zowel de gezondheidszorg als de maatschappelijke dienstverlening en waarvoor iedere ingezetene van Nederland van rechtswege is verzekerd" (Boot & Knapen, p. 315). De discussie over het basispakket is immer onderdeel van de discussie over de rol van de verzekeraar. In deze studie is relevant hoe breed het basispakket volgens de actoren dient te worden zonder te verzanden in de specifieke details. Daarnaast wordt gekeken naar de premieheffing: nominaal, inkomensafhankelijk of een mix van beiden. Het basispakket wordt in zowel hoofdstuk 4 als 5 aan de orde gesteld.

2.7 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn diverse elementen naar voren gekomen, die voor het vervolg van deze studie relevant zijn. Allereerst blijkt dat de diversiteit in het politiek-bestuurlijk krachtenveld groot is. Actoren kunnen niet met, maar ook niet zonder elkaar. In de tweede plaats is geen limitatieve lijst van actoren op te stellen, doordat steeds nieuwe actoren actief worden. Vervolgens lijkt de discussie zich in sommige opzichten te verenigen tot de vraag wie de macht in het stelsel krijgt door het ontbreken van een machtscentrum. Ten vierde blijkt dat diverse factoren het stelsel lijken te dwingen een meer vraaggestuurde en marktgerichte weg te volgen. Tenslotte is de beperking in de te bestuderen actoren en de inhoudelijke focus gemaakt, die voor de rest van deze studie het speelveld beperken.

3 Theoretisch kader

3.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is een beschrijving van actoren, perspectieven, trends en bedreigingen in het politiek-bestuurlijk krachtenveld gegeven en is de focus geduid. In dit hoofdstuk wordt het theoretische fundament besproken, alvorens de empirie aan een analyse te onderwerpen. Eenduidigheid in het gebruik van de begrippen voortkomend uit de probleemstelling is belangrijk om het krachtenveld te kunnen analyseren. In dit hoofdstuk zullen de concepten uit de probleemstelling worden geoperationaliseerd. Bovendien zullen besluitvormingstheorieën ter bestudering van het historisch perspectief en cultuurtheorieën die de analyse van de standpunten van de actoren een kader geven, worden besproken.

3.2 Centrale concepten

Centraal in deze studie staat de vraag:

Is er draagvlak in het politiek-bestuurlijk krachtenveld voor de door de overheid gewenste rol van de zorgverzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

De centrale concepten in deze studie komen voort uit deze vraagstelling en de deelvragen. Centraal in deze vraagstelling staat het concept draagvlak. Draagvlak is van belang voor iedereen die enig effect ondervindt van het voorgestelde beleid (Edelenbos & Monnikhof, 2001). Als definitie van draagvlak geven zij (p.197): “een indicatie van nut of onnut van een maatregel voor de belanghebbenden”. In deze studie gaat om het nut of onnut dat de actoren²⁷ in het politiek-bestuurlijk krachtenveld zien in de door de overheid gewenste rol van de zorgverzekeraar. Op welke wijze een voorstel als nuttig of onnuttig wordt beoordeeld is voor de definiëring van draagvlak niet van belang. Om draagvlak te creëren kunnen vele instrumenten, zoals overleg, voorlichting en onderhandelen worden ingezet. Bij draagvlak spelen ook elementen als betrokkenheid en tevredenheid van actoren een rol.

“De les die de minister trekt: zonder draagvlak geen soepel veranderingsproces.”

Oud-minister van Volksgezondheid Borst (2000)

In deze studie zijn twee soorten draagvlak van belang: politiek en maatschappelijk draagvlak. Maatschappelijk draagvlak heeft betrekking op zowel de ontwikkeling als de uitvoering van beleid (RVZ, 1998). Politiek draagvlak heeft voornamelijk betrekking op draagvlak in de besluitvormingsfase. Politieke besluitvorming is “de politieke fiattering van het totaalontwerp tot officieel beleid” (Van de Graaf & Hoppe, 1996). Voor de bestudering van de aanwezigheid van draagvlak bij het verloop van de politieke besluitvorming zijn echter ook andere momenten in het beleidsproces van belang. Maatschappelijk draagvlak wordt gezien als complement van politiek draagvlak, omdat het in alle fasen van het beleidsproces noodzakelijk is (RVZ, 1998). Draagvlak is noodzakelijk indien sprake is van ingrijpende gevolgen van beleidsvoornemens, onduidelijke kosten/baten verhouding, sterke normatieve implicaties, directe aanspreekbaarheid van bestuurders op de gevolgen van hun beleid en indien beleidskwesties sterk in de belangstelling van de media staan (Lako & Smelik, 1997; RVZ, 1998). Deze casus voldoet aan deze eisen. Voor deze studie zijn factoren van belang die

²⁷ Zie paragraaf 2.5.

maatschappelijk en politiek draagvlak bevorderen. Deze factoren zijn richtinggevend in de bepaling of draagvlak mogelijk is (naar RVZ, 1998):

- consistentie van wensen en standpunten van politiek-bestuurlijke actoren; uitgangspunten van actoren dienen herkenbaar te zijn ten opzichte van de historische lijn
- zichtbare resultaten: meer draagvlak voor beleid mag worden verwacht indien het snel tot zichtbare resultaten leidt
- eerlijke verdeling van winst- en verliespunten voor betrokken actoren
- beleid heeft betrekking op actuele, dat wil zeggen voor de burger herkenbare, relevante problemen

In de analyse naar de creatie van draagvlak wordt bekeken of verschuiving in standpunten van actoren wordt beïnvloed door bijvoorbeeld maatschappelijk of politieke gebeurtenissen. Voor de ontwikkeling en uitvoering van beleid worden alle actoren (paragraaf 2.5) in het proces betrokken. Draagvlak ten aanzien van de rol van de verzekeraar kan worden afgemeten aan drie aspecten (Van der Graaf & Hoppe, 1996) :

1. mate van coalitievorming op bepaalde onderwerpen
2. mate van compromis of synthese
3. mate van consensus

Deze drie concepten kunnen apart of gezamenlijk een totstandkoming leveren aan het bereiken van draagvlak.

Coalitievorming is een centraal element in het Nederlandse politieke systeem. Een *coalitie* is het samenwerken van meerdere partijen ten aanzien van bepaalde onderwerpen of instituties. De meest bekende vorm van coalitievorming is de samenstelling van de regering na verkiezingen.²⁸ Hierbij gaat het om inhoudelijke overeenstemming²⁹ en de verdeling van de beschikbare posities in het bestuur. Een tweede vorm van coalitievorming is het samenwerken van politiek-bestuurlijke actoren in (deel)dossiers, zoals het wachtlijstenplan van de PvdA en VNO-NCW (PvdA/VNO-NCW, 2000).³⁰ Het is een voorbeeld van partiële overeenstemming tussen actoren. Deze coalities kunnen ontstaan zonder directe aanleiding en hebben een divers aantal actoren, omdat actoren zelf deelname aan een coalitie bepalen. Dat een coalitie met meerdere actoren een groter draagvlak zal creëren lijkt voor de hand liggend, doch niet vanzelfsprekend. In deze studie wordt coalitievorming geanalyseerd door de politieke besluitvorming op belangrijke beslismomenten te beschouwen. Hierbij wordt duidelijk op welke punten actoren draagvlak proberen te creëren ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel en hoe zij daarmee omgaan.

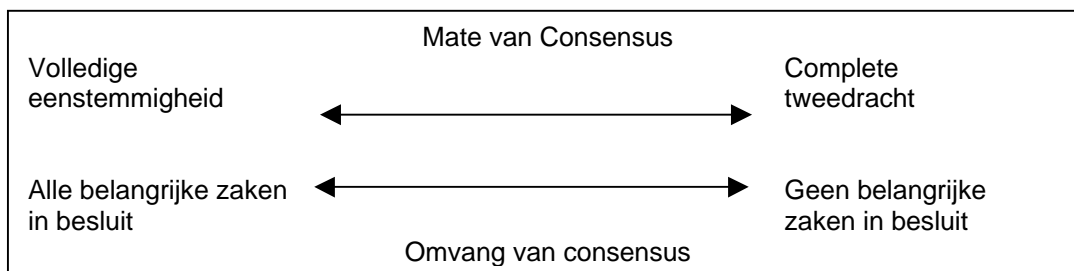
Compromis versus synthese is een tegenstelling die Van de Graaf en Hoppe (1996) hanteren, indien zij onderhandelingen in het beleidsvormingsproces bespreken. Voordat er overeenstemming is over nieuw beleid is een proces van onderhandelingen noodzakelijk waarbij uiteindelijk draagvlak wordt gecreëerd. Voor het bereiken van eensgezindheid kunnen de middelen synthese en compromis gebruikt worden. Van *synthese* is sprake indien naar een oplossing wordt gestreefd waarin alle

²⁸ Aangezien in Nederland geen enkele partij een absolute meerderheid kan behalen na verkiezingen is coalitievorming noodzakelijk. Dit geldt niet alleen voor de samenstelling van de nationale regering, maar ook voor de vorming van de Colleges van Gedeputeerde Staten en Burgemeester & Wethouders op respectievelijk provinciaal als lokaal niveau. In landen als Frankrijk en de Verenigde Staten is een dergelijk proces niet noodzakelijk, aangezien partijen in staat zijn de meerderheid te behalen.

²⁹ De inhoudelijke overeenstemming mondt uit in een bestuursakkoord. Op landelijk niveau staat dit akkoord bekend als het Regeerakkoord.

partijen winnen.³¹ Om synthese te bereiken is het wenselijk een zo beperkt mogelijk aantal actoren te hebben. De meerwaarde van synthese berust in de verzoening van strijdige waarden of het simultaan bereiken van waarden die voorheen niet gelijktijdig realiseerbaar waren. Om dit te bereiken wordt een creatieve perspectiefwisseling van de betrokken actoren gevraagd, waarin waarden of belangen volledig tot hun recht dienen te komen. Een *compromis* is een oplossing waarbij wederzijdse verliezen gecompenseerd of binnen de perken gehouden worden. Het is aan de actoren zelf te beoordelen of een verlies binnen de perken blijft. Compromissen zijn geen vernieuwende doorbraak, maar het resultaat van pas- en meetwerk, waarbij enig afbreuk aan beide waarden of belangen als onvermijdelijk wordt geaccepteerd. Om een compromis te laten slagen is vaststelling van zo objectief mogelijke inhoudelijke of procedurele vergelijkingsgrondslagen verstandig, aldus Van de Graaf en Hoppe (1996, p.321). Het bestaan van synthese of een compromis is een bijdrage aan de ontwikkeling van draagvlak. Enerzijds is van belang te analyseren of het resultaat van synthese en compromissen in strijd is met de beginselen/uitgangspunten en de handelwijzen van een actor. Anderzijds toont het proces naar synthese of compromissen de bereidheid van partijen aan.

“*Consensus* is eenstemmigheid over politieke en sociale waarden en doeleinden” (Lijphart, 1992; p.86). Voor deze studie betekent dat tussen de actoren overeenstemming bestaat over bepaalde uitgangspunten, beleidsaspecten of het ‘totaalbeleid’ ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel. De consensus binnen een bepaalde groep valt – volgens Lijphart - te onderscheiden in twee dimensies: (1) de mate van consensus en (2) de omvang van consensus.³² De mate van consensus zal in deze studie worden bepaald door te analyseren of er sprake is van volledige eenstemmigheid of complete onenigheid tussen de actoren. De omvang van consensus wordt bepaald door na te gaan of er consensus bestaat over alle op bepaalde van belang zijnde onderdelen van de rol van de verzekeraar.



Schema 3.1: mate en omvang van consensus

3.3 Besluitvorming

Politieke besluitvorming richt zich op de fiattering van een beleidsontwerp tot officieel beleid. Teisman (1995; p.92-3) ziet dit proces van besluitvorming “als een constructie en niet als een waarneembaar object”. Aan de beoordeling van besluitvorming liggen volgens Teisman drie keuzes ten grondslag:

1. Selectie van soorten besluitvormingsprocessen;
2. Opbouw van besluitvorming;
3. Reconstructie van de besluitvorming.

Teisman (1995) bestudeerde besluitvormingsprocessen in het veld van de ruimtelijke investeringen, dat andere eigenschappen heeft dan de gezondheidszorg. Kenmerk van ruimtelijke investeringen is

³⁰ Zie paragraaf 1.4.1

³¹ In de bestuurskunde wordt in dergelijke situaties veelal de uitdrukking ‘win-win-situatie’ gebruikt.

³² Dit onderscheid gebruikte Lijphart als verklaring van consensus binnen – dus niet tussen – de zuilen in de Nederlandse politiek van 1917-1967. Alhoewel het boek over de situatie binnen zuilen gaat en niet over dezelfde jaren als deze studie zijn Lijpharts opvattingen over consensus goed toepasbaar in deze studie.

de mogelijkheid besluiten op diverse – lokaal, regionaal, nationaal – bestuurslagen te nemen met invloed van marktpartijen. In de gezondheidszorg geldt een dergelijke complexiteit op een andere wijze. Middels landelijke wetgeving is de invloed op alle gebieden sterker voelbaar dan bij ruimtelijke investeringen. Toch spelen beslissingen van maatschappelijke actoren, Europese politiek en beroepsgroepen een rol. Bovendien bestaan er sterke afhankelijkheden in het stelsel van de gezondheidszorg.³³ Overeenkomstig de beleidsprocessen van de gezondheidszorg en ruimtelijke investeringen is het optreden van moeilijkheden indien verzoening tussen diverse doelen plaatsvindt. Een ander kenmerk van ruimtelijke investeringen is de projectmatige wijze van beleidsvorming. Weliswaar gaat het in de gezondheidszorg niet om projecten, maar zijn wel een aantal belangrijke historische momenten te benoemen. Uit de eerste deelvraag blijkt dat bepaalde periode wordt geanalyseerd.³⁴ In die periode is een aantal 'ronden' – in de terminologie van Teisman – af te bakenen, zoals de discussies rond het rapport van de Commissie-Dekker en de notitie van Kok-2 'Vraag aan bod'. "Ronden zijn volgtijdige onderdelen van een gehele (besluitvormings-)strijd, maar behoeven niet uit voorgaande onderdelen te volgen" (Teisman, 1995; p.94). Per besluitvormingsronde worden doelen, interactiepatronen en beleidsinvloeden beschouwd, die leiden tot inzicht op het besluitvormingsproces. De bespreking van deze momenten vindt plaats in hoofdstuk 4.

De tweede keuze betreft de opbouw van de besluitvorming. Het *stromenmodel* van Kingdon veronderstelt in het proces van beleidsvorming een drietal deelprocessen: de probleemerkenning, het genereren van oplossingen en politieke gebeurtenissen (Van de Graaf & Hoppe, 1996; Kingdon, 1995; Parsons, 1995). De stromen³⁵ ontwikkelen zich afzonderlijk van elkaar en kunnen zich door *policy windows* aan elkaar koppelen. Policy windows zijn mogelijkheden om specifieke problemen onder de aandacht te brengen of momenten dat voorstanders hun voorstellen naar voren brengen. Met probleemerkenning wordt bedoeld op het proces van agendavorming dat in gang wordt gezet, alvorens een probleem wordt erkend. De knelpunten van het moeizaam functioneren van het stelsel op gebieden als de verantwoordelijkheidsverdeling, de inrichting van de verzekeringen en de sturingswijze zijn door actoren erkend als problemen. Daarbij spelen de in hoofdstuk 2 genoemde factoren en actoren en de door alle actoren erkende urgentie een rol.

"Geheel onafhankelijk van het proces van probleemerkenning verloopt het proces van politieke gebeurtenissen" (Van de Graaf & Hoppe, 1996; p.197); *de stroom van politieke gebeurtenissen*. Deze stroom wordt gevoed door gebeurtenissen die heroverweging van (een deel van) de agenda nodig of wenselijk maken, zoals verkiezingen, rampen en de publicatie van rapporten. In hoeverre er een koppeling plaatsvindt tussen de processen van probleemerkenning en politieke gebeurtenissen bepaalt de politieke agenda³⁶ en is afhankelijk van inzet van *entrepreneurs*³⁷. *Entrepreneurs* kunnen oplossingen koppelen aan problemen door bijvoorbeeld voorstellen aan te passen of hun voordeel te doen met bepaalde politieke gebeurtenissen. Volgens Kingdon is hiermee nog niet gezegd dat de erkende problemen ook daadwerkelijk worden opgelost, omdat de politieke agenda niet gelijk is aan de beleidsagenda³⁸. Pas als voorgestelde oplossingen door de beleidsvoerders worden overgenomen, kunnen ze een plaats krijgen op de beleidsagenda. Dan worden de drie stromen aan elkaar gekoppeld en is er een uitvoerbare oplossing voor een erkend probleem waarvoor de tijd rijp is. Met policy

³³ Zie paragraaf 2.2

³⁴ Deelvraag 1 luidt: Wat was de rol van draagvlak van betrokken actoren in het politiek-bestuurlijke krachtenveld ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds het rapport van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod'?

³⁵ Het concept 'stromen' wordt door Kingdon (1995) gehanteerd ter bespreking van zijn besluitvormingsmodel.

³⁶ De politieke agenda is de lijst van knelpunten waarmee een relevante politieke organisatie (de benoemde politiek-bestuurlijke actoren) zich gedurende een bepaalde periode bezighoudt (Van de Graaf & Hoppe, 1996; p. 197)

³⁷ Entrepreneurs kunnen niet bij voorbaat worden aangewezen, omdat iedere actor als entrepreneur kan optreden.

³⁸ De beleidsagenda is de lijst van problemen waaraan door een organisatie gedurende een bepaalde periode daadwerkelijk wordt gewerkt (Van de Graaf & Hoppe, 1996; p. 197)

windows en entrepreneurs kan draagvlak en vervolgens besluitvorming tot stand komen in ieder dossier, aldus Kingdon. Belangrijk is echter dat een policy window na verloop van tijd weer sluit. Indien actoren oplossingen wensen is alleen afwachten geen oplossingsgerichte strategie.

Om meer inzicht te verkrijgen in de opbouw van de besluitvorming dient volgens Teisman een reconstructie van de besluitvorming plaats te vinden. Deze stap is ingewikkeld en tijdrovend, omdat gegevens moeten worden verkregen van alle subjecten in de beleidsarena's, die ieder hun eigen constructie van de werkelijkheid dienen te geven. Dit ligt niet in het bestek van een doctoraalscriptie. Daarom wordt per ronde een inschatting op hoofdlijnen gegeven.

3.4 Standpunten

Een belangrijk aspect van deze studie is de inhoudelijke boodschap die de actoren tijdens Kok-2 hebben uitgedragen. De standpunten van de actoren bepalen de totstandkoming van draagvlak en de mogelijkheid tot besluitvorming, waarvoor een meerderheid van 'de helft plus één' voldoende nodig is tot wetgeving te komen.³⁹ Of een wet, die veranderingen van de rol van de verzekeraar tot gevolg heeft, voldoende draagvlak heeft om uitgevoerd en geïmplementeerd te worden is een andere vraag. Eerst dient inzicht in de opbouw van de standpunten van de actoren te bestaan, omdat dit inzicht geeft in de creatie van draagvlak. Om analyse van de afzonderlijke standpunten inzichtelijk te maken, wordt de theorie van Schein (1985) als basis gebruikt, die is gebaseerd op het concept organisatiecultuur.

Schein (1985) stelt dat het begrip cultuur vele betekenissen heeft en dat de combinatie met het concept organisatie leidt tot een "conceptual and semantic confusion" (pag. 5). Veenswijk en Kickert (1993) komen bij hun afbakening van het begrip 'cultuur' tot een globaal onderscheid van een drietal relevante aspecten: inhoud, functie en domein. Bij het aspect 'inhoud' gaat Schein er vanuit dat de kern van cultuur is gelegen in de *basisassumpties* die organisatieleden hanteren bij het geven van betekenis aan hun dagelijkse realiteit. Deze kern is het fundament voor het handelen ten aanzien van het innemen van standpunten. In de bespreking van het aspect 'functie' wordt een onderscheid gemaakt tussen de analytische en de normatieve optiek. Bij deze casus past de analytische optiek, die "inhoudt dat het cultuurconcept wordt gehanteerd als een theoretisch model om de sociale realiteit van organisaties te analyseren en te begrijpen". In deze casus dient de benadering van Schein als middel om standpunten en handelwijzen van de actoren te beoordelen naar overeenkomsten en verschillen voor de totstandkoming van draagvlak. Vraag is of het hoe en waarom van het vormen van een standpunt leidt tot bepaalde keuzes uit principiële overwegingen of dat de 'waan van de dag' een vooraanstaande rol speelt.

Bij het aspect 'domein' wordt het onderscheid gemaakt tussen de instrumentele en de interpretatieve benadering. Voor de interpretatieve benadering wordt gekozen omdat hiermee "de maatschappelijke specificiteit van organisaties van het openbaar bestuur centraal komt te staan" (Veenswijk & Kickert, 1993). Met de gehele organisatie wordt iedere afzonderlijke actor in het krachtenveld bedoeld. De culturele kenmerken van de actoren, die slechts ten dele afgeleide zijn van het handelen van actoren, komen daarbij in de aandacht. Een actor vormt in deze optiek samen met andere actoren in de arena een cultureel fenomeen. Het beleidsnetwerk van de organisaties zelf vormen een bron van collectieve zingeving. Die kan betrekking hebben op vele zaken, zoals de rol van de verzekeraar. Doordat de betekenis van cultuur is verduidelijkt, kan worden ingegaan op de toepassingswijze van deze theorie aan de hand van de diepteniveaus – de drie categorieën van bewustzijn - van Schein. Dit concept impliceert dat de als zinvol ervaren werkelijkheid gestalte krijgt langs verschillende *levels of*

³⁹ Bij een wijziging van de Grondwet is een tweederde meerderheid noodzakelijk. In dit dossier gaat het echter niet om een grondwetswijziging en is de absolute meerderheid voldoende voor wetswijzigingen.

consciousness. Schein onderscheidt drie categorieën bewustzijn die zich in organisaties ontwikkelen (Schein, 1985; Veenswijk & Kickert, 1993; Veenswijk, 1995; Hakvoort & Veenswijk, 1997):

1. Basic assumptions (basisassumpties);
2. Values (oriëntaties & waarden);
3. Artifacts and creations (culturele artefacten)⁴⁰.

3.4.1 Niveau 1: basisassumpties

Basisassumpties zijn volgens Schein de kern van elke organisatiecultuur en hebben betrekking op de fundamentele veronderstellingen die zich in samenwerkingsverbanden ontwikkelen. De in deze studie bestudeerde actoren zijn als dergelijke samenwerkingsverbanden te beschouwen. Basisassumpties zijn in hoge mate impliciet van aard en ordenen in termen van oorzaak en gevolg, de meer concrete denkbeelden over thema's als goed-slecht en gestructureerd-ongestructureerd. Veelal hebben ze het karakter van sturingsconcepties en opvattingen over hoe de maatschappelijke omgeving gereguleerd zou kunnen worden. Basisassumpties zijn niet te beperken tot een bepaald niveau, maar zijn veeleer verankerd in maatschappelijke zingevingskaders. Voor de leiding van organisaties is dit niveau moeilijk te veranderen. Basisassumpties zijn moeilijk te achterhalen. Om een analyse te maken waaruit standpunten van de actoren verklaard kunnen worden, is een globaal inzicht wenselijk. Bij politieke partijen en ook bij maatschappelijke actoren staan de fundamentele uitgangspunten meestal opgeschreven in beginselprogramma's of een program van uitgangspunten, waarin een bepaalde visie op de maatschappij wordt ontvouwd middels begrippen als solidariteit, eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en toegankelijkheid. Om het niveau van basisassumpties in kaart te brengen worden de beginselen van de actoren geanalyseerd. De actoren als organisatie zijn de onderzoekseenheid.

3.4.2 Niveau 2: oriëntaties & waarden

Uit de basisassumpties genereren actoren waardenoriëntaties die een richtsnoer vormen voor concreet gedrag. Deze waardenoriëntaties kunnen slaan op alle maatschappelijke thema's, maar beperken zich in deze studie tot de invloed die ze hebben op de rol van de verzekeraar. Schein gebruikt het onderscheid van Argyris tussen 'theories in use' en 'espoused theories' om het verschil tussen waarden en basisassumpties aan te geven. De '*theories in use*' zijn het feitelijk richtsnoer voor het gedrag ontstaan door in hoge mate onbewuste denkbeelden. Zij sturen de wijze van denken, voelen en waarnemen. De '*espoused theories*' zijn de 'officieel' aangehangen opvattingen en wensen. Door het expliciete karakter kunnen deze waarden bewust door de betrokkenen worden geformuleerd. Zij duiden op wat mensen zeggen te zullen doen, terwijl zij strijdig kunnen zijn met oorspronkelijke intenties. De 'theories in use' hebben betrekking op de basisassumpties, terwijl de 'espoused theories' betrekking hebben op de waardenoriëntaties.

Door het expliciete karakter zijn waarden en oriëntaties van politiek-bestuurlijke actoren concreter dan basisassumpties. Bovendien kunnen de waarden en oriëntaties sneller gewijzigd worden, alhoewel dynamiek ook op dit niveau een relatief begrip is. Het gaat over bepaalde toepasbare inzichten, waarop iedere actor een eigen visie heeft. Een goed voorbeeld is het verschil tussen de SP en de VVD rond het begrip marktwerking. Terwijl de SP van oudsher alles door de overheid wil laten doen en marktwerking verwerpt, ziet de VVD marktwerking als een goede oplossing voor vele problemen. De waarden en oriëntaties van actoren zijn te vinden in diverse officiële meningen van actoren.

⁴⁰ Andere auteurs gebruiken het begrip 'communicatie' in plaats van culturele artefacten. In deze studie wordt de terminologie van Schein gevolgd: 'culturele artefacten'.

3.4.3 Niveau 3: culturele artefacten

Volgens Schein bestaat dit niveau uit de 'zichtbare' cultuuraspecten, zoals geschreven rapporten en publicaties en gesproken woord als interviews en debatten. Volgens Schein is dit niveau problematisch, omdat moeilijk is aan te geven of bepaalde patronen cultureel of toevallig zijn. Bovendien is taal de reproductie en modificatie van betekenissen en cognities, waardoor het enerzijds oppervlakkig en anderzijds fundamenteel is. Voor de bestudering van dit niveau is een bespreking van verschillende wijzen van uiting van culturele artefacten wenselijk. Voor de analyse van dit niveau zal het feitelijk gedrag van de actoren globaal bestudeerd worden. Hierbij speelt de wijze waarop fractieleiders, woordvoerders, directeuren van organisaties of wetenschappelijke bureaus, voorzitters en specialisten hun standpunten in notities, artikelen en discussies hun mening verwoorden een rol.

In de analyse zullen de basisassumpties worden betrokken op alle drie aspecten van de focus van deze studie, aangezien deze niet voor afzonderlijke beleidsterreinen zijn opgesteld. De niveaus van de oriëntaties en waarden en de culturele artefacten zullen in de analyse bij de afzonderlijke aspecten van de driedelige focus apart worden besproken. Deze niveaus gaan namelijk in op specifieke beleidsterreinen. Bij de culturele artefacten zal de analyse zich richten op de voornaamste elementen van de rol van de verzekeraar.

3.5 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn de factoren die bepalen of draagvlak mogelijk is opgesomd: consistentie van wensen en standpunten, zichtbare resultaten, eerlijke verdeling van winst en verlies en voor de burger herkenbare en relevante problemen. Bovendien is duidelijk geworden dat draagvlak kan worden afgemeten aan de aspecten coalitievorming, compromis en consensus. In hoofdstuk 6 wordt de in de hoofdstukken 4 en 5 beschreven empirie getoetst aan de mogelijkheid tot de bepaling van draagvlak en de mate van draagvlak. Naar Teismans theorie worden in hoofdstuk 4 beslismomenten gekozen en besproken. In hoofdstuk 6 wordt beschreven hoe de actoren in het verleden en in het jaar 2000 omgingen met de erkenning van problemen, oplossingen en politieke gebeurtenissen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de stromen van Kingdon. De standpunten van actoren, zoals ze worden beschreven in hoofdstuk 5, worden aan de hand van de theorie van Schein geanalyseerd. De standpunten worden met behulp van de diepteniveaus van Schein besproken om vervolgens te kunnen concluderen of het mogelijk is om tot draagvlak te komen voor veranderingen in de rol van de verzekeraar.

4 De discussie door de jaren heen

4.1 Inleiding

In de geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg is een aantal momenten voor draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar van groot belang. Een van de belangrijkste dagen is 26 maart 1987 toen de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg haar rapport *'Bereidheid tot verandering'* uitbracht. Deze commissie-Dekker⁴¹ - in het vervolg Dekker genoemd – bepleit de introductie van marktwerking. Tot dat moment was marktwerking een nog weinig gebruikte notie in de discussie over de inrichting van het stelsel. Dekker was dan ook hét omslagpunt in het denken in het gezondheidszorgbeleid; van aanbod naar vraag. Er werd een periode van maakbaarheid van de samenleving afgesloten (Putters, 1998).⁴² De inhoudelijke hoofdlijnen van het rapport van de Commissie-Dekker en de reacties van de actoren worden in paragraaf 4.2 besproken. Bij het rapport van Dekker speelt het plan-Simons een belangrijke rol, omdat dit de stellingname van het toenmalige kabinet was. Tevens worden in dit hoofdstuk de evaluatie van de subcommissie-Willems en het beleid van Kok-1 en Kok-2 besproken. Bij deze verschillende momenten zullen de hoofdlijnen van de plannen en het beleid en de focus van deze studie – verantwoordelijkheidsverdeling, marktwerking en vraagsturing en het basispakket – worden besproken. Daarbij staat draagvlak ten aanzien van de rol van de verzekeraar centraal en zijn de overige besproken elementen hieraan ondergeschikt.

4.2 Commissie-Dekker

In augustus 1986 gaf het kabinet-Lubbers 2 (Lubbers-2)⁴³ Dekker de opdracht 'a plan to end all plans' op te stellen aangaande de structuur en financiering van de gezondheidszorg (Projectgroep Economie Groningen, 1989). Lubbers-2 wilde met deze nota onder meer de financiële ontwikkeling van de gezondheidszorg onder controle krijgen. De collectief gefinancierde uitgaven van de gezondheidszorg moesten worden beperkt met 1,2 miljard gulden (Regeerakkoord Lubbers-2). Deze afspraak kwam voort uit de alsmaar toenemende druk op de ziektekostenverzekeringen door onder meer de stijgende kosten en de verwachte sterke vergrijzing. Volgens toenmalig staatssecretaris Dees (1997, p.9) vormden problemen in het stelsel, dat te weinig in dienst stond van een doelmatige en doeltreffende gezondheidszorg, de aanleiding voor de instelling van Dekker. Bovendien was de aansturing behoorlijk centralistisch van aard door rigide en dirigistische regelgeving. Andere actoren, waaronder de verzekeraars, moesten meer invloed krijgen. Het kabinet gaf een driedelige adviseringsopdracht: (1) de mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, (2) de mogelijkheid tot verdere herziening van het stelsel en (3) de mogelijkheid tot deregulering (Dekker, 1987). In de uitwerking van de opdracht bleek dat Lubbers-2 een andere rol van de verzekeraar als een belangrijk element van onderzoek zag.

Dekkers *Bereidheid tot verandering* kent een tweetal hoofdelementen: (1) de invoering van een voor iedereen geldende basisverzekering en (2) de invoering van gereguleerde concurrentie (Dekker, 1987; Elsinga, 1997). Ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling zei de commissie dat niet het maatschappelijk middenveld of de overheid, maar marktprincipes de dynamiek van de gezondheidszorg moesten bepalen. Dit was niet vreemd, omdat in de jaren tachtig meer nadruk op

⁴¹ De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg stond onder leiding van de vroegere Philips-topman Dekker. De commissie werd naar hem vernoemd.

⁴² In 1974 ontwikkelde de toenmalige staatssecretaris Hendriks een totaalbeleid voor de gezondheidszorg door een Structuurnota te publiceren, waarin hij afwilde van de lappendeken van zorgvoorzieningen, de gebrekkige samenhang en ondoelmatigheid. In de daaropvolgende periode volgden vele wetten, notities en discussies, totdat in 1986 een nieuwe mijlpaal werd bereikt met het rapport van de Commissie-Dekker (zie ook Vorst, 1997).

⁴³ Het kabinet Lubbers-2 bestond uit CDA en VVD; het regeerde van 1986 tot en met 1989.

eigen bevoegdheden, eigen verantwoordelijkheden en systemen met prikkels en marktwerking gebruikelijk was. Dekker stelde in zijn advies een 'nieuw evenwicht voor tussen marktordening en centrale ordening' in een systeem met gereguleerde concurrentie. De overheid zou de rol van bewaker van de kwaliteit, toegankelijkheid en bekostiging moeten invullen, voortkomend uit vastgestelde wet- en regelgeving. Dit betekende het terugtreden van de overheid ten aanzien van planning- en prijsvormingsbeleid en optreden bij mededinging. Dekker richtte zijn voorstellen vooral op de drie partijen uit de 'driehoek' (paragraaf 2.2): zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden/patiënten. Voor de zorgaanbieder betekende het onder meer het ontstaan van onderlinge concurrentie, vrijere prijsvorming en het verlies van een gegarandeerde afzetmarkt door het opheffen van de contracteerplicht. Door deze opheffing was er eveneens meer verantwoordelijkheid voor de verzekeraar bij de contractering van zorg en de daarbij te maken afspraken over volume, prijs en kwaliteit. Ook zou er voor de zorgverzekeraar meer concurrentie zijn, wat voor de ziekenfondsen nieuw was. Voor verzekerden zou er meer keuzevrijheid komen, omdat verzekeraars moesten gaan concurreren op de inhoud van de pakketten en de hoogte van de (nominale) premies. Het 'stemmen met de voeten', oftewel het kiezen voor een andere verzekeraar, zou voor de verzekerde dan gewoon kunnen worden. Tenslotte kenden de particuliere verzekeraars nog een acceptatieplicht voor hun verzekerden, waardoor zij beter beschermd zouden zijn. Centraal bij de overgang van het aanboddenken naar het vraagdenken staat de onderhandelingsrelatie tussen de diverse actoren, in het bijzonder de verzekeraar met de aanbieder. Om hierin een goed evenwicht te bereiken was het volgens de commissie noodzakelijk dat de overheid de regelgeving zou aanpassen. Immers hoe meer evenwicht in de relatie, hoe minder overheidsinvloed noodzakelijk zou zijn.

Een van de belangrijkste voorstellen was het instellen van een basisverzekering, welke de tot dan toe op een andere leest gefinancierde AWBZ, Ziekenfonds, particuliere verzekering en een groot gedeelte van de begrotingsgefinancierde zorg zou bevatten. Voor de basisverzekering gold dat iedereen verplicht verzekerd is. Hier bovenop zouden burgers zich vrijwillig kunnen verzekeren voor een aanvullend pakket met een nominale (inkomensonafhankelijke) premie. Dit basispakket zou deels gefinancierd moeten worden met een inkomensafhankelijke premie (75%) en deels met een nominale premie (25%). Doel van de introductie van de basisverzekering was een drastische vereenvoudiging van het verzekerings- en financieringssysteem, doordat de schotten zouden wegvallen en er gelijkheid in de premieheffing zou komen. Tevens moest dit leiden tot meer concurrentie, ook tussen verzekeraars.

In maart 1988, bijna een jaar na Dekker, kwam Lubbers-2 met een standpunt over dit rapport. De discussie in het kabinet van CDA en VVD was moeizaam en langdurig, wat typerend was voor de discussie in het algemeen. Wat betreft marktwerking bestond er in vrijwel het gehele krachtenveld draagvlak voor het onderschrijven van de noodzaak tot verandering. "Dekker had doel getroffen met de titel van haar rapport; er was Bereidheid tot verandering" (Boot & Knapen, p.332). Naast de bereidheid bestond veel discussie, wat bleek uit de hoofdpunten van de discussie (Elsinga, 1997). Ten eerste bleek de inhoud van het basispakket betwistbaar, omdat er voor de een te veel in het pakket zat (bv. VVD) en voor de ander te weinig (bv. PvdA). Op de tweede plaats bestond er onenigheid over de premieheffing en de inkomenseffecten. Werknemers- en patiëntenorganisaties zetten vraagtekens bij de nominale gedeeltes; werkgevers en particuliere verzekeraars wilden een algehele ontkoppeling van inkomenspolitiek en gezondheidszorg en pleitten derhalve voor een groter nominaal deel. Vervolgens waren er actoren die vraagtekens plaatsten bij het toepassen van marktwerking in de gezondheidszorg, omdat ze de sector daar ongeschikt voor achtten. Tenslotte was er twijfel over de positie van de kwetsbaren in de voorstellen van Dekker. Deze discussies speelden zich deels ook af binnen het kabinet, waar het echter voornamelijk de economische aspecten, waaronder de inkomenseffecten, waren die langdurige discussie opleverde.

Uit de nota van Lubbers-2, *Verandering verzekerd*, bleek dat het kabinet instemde met de hoofdlijnen van Dekker. Tegelijkertijd week het op een belangrijk gedeelte ook af van Dekker. Dekker wilde een radicale invoering; het kabinet wilde het zogenaamde 'waterpasmodel' toepassen, waarbij enerzijds een stapsgewijze uitbreiding van de AWBZ plaatsvindt en anderzijds nominale premies worden ingevoerd. Dit was bedoeld om de verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premieheffing bij respectievelijk particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden meer gelijk te trekken. Dit model was een compromis tussen de coalitiepartners, die het echter niet eens konden worden over de verhouding tussen de nominale en inkomensafhankelijke premies. Dit meningsverschil bestond ook in het Tweede Kamerdebat dat volgde in juni 1988. De CDA-fractie was het eens met de blauwdruk van het kabinet, terwijl de VVD-fractie meer nominale elementen in de premieheffing wilde. De grootste oppositiepartij, de PvdA, wilde juist meer inkomensafhankelijke elementen. Bovendien was deze partij het oneens met de opdeling tussen het basispakket en een aanvullend pakket. In de Tweede Kamer bleek het bereikte compromis tussen de coalitiepartijen minder stevig te zijn dan uit het kabinetsstandpunt zou kunnen worden aangenomen. Hiermee leek het draagvlak voor oplossingen verdwenen. Er was weliswaar brede consensus over de noodzaak tot verandering; de probleemanalyse werd door de meeste actoren niet gedeeld. Bij het ontwikkelen van de oplossingen, die middels allerlei rapporten en notities door diverse actoren werden geventileerd, bleek er geen draagvlak te zijn.

Ondanks de verschillen tussen actoren werd in de wetgeving wel een eerste stap gezet. Per 1 januari 1989 werd in de Ziekenfondswet een nominale premie geïntroduceerd. Bovendien werd de AWBZ uitgebreid met de verstrekkingen kunst- en hulpmiddelen en psychiatrische zorg. Ook werd een begin gemaakt met de ziekenfondsbudgettering. Verdere stappen werden er nog nauwelijks gezet, door de val van Lubbers-2 in mei 1989. Voor de verzekeraars waren de veranderingen klein.

4.3 Plan-Simons

In november 1989 trad het derde kabinet-Lubbers (Lubbers-3) aan in een andere samenstelling dan het vorige kabinet: CDA en PvdA. Dit bleek een belangrijke verandering te zijn. Hans Simons werd als staatssecretaris van Volksgezondheid de voor het stelsel verantwoordelijke bewindspersoon. Simons besloot tot heroverweging van de voorstellen van Lubbers-2, wat leidde tot de nota *Werken aan zorgvernieuwing*, waaraan de *Notitie Stelselherziening Zorgsector* was toegevoegd. De plannen van Simons verschilden op een tweetal hoofdpunten met Dekker en Lubbers-2: (1) de omvang van de basisverzekering en (2) de verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premieheffing. Door zijn twijfel aan de voorgestelde basisverzekering vroeg Simons advies aan onder meer de Raad van State om inzicht te krijgen of het, gezien internationale verdragen, mogelijk was bepaalde voorzieningen uit het basispakket te verwijderen. Het leek er op dat Simons een breder basispakket wilde dan Dekker en Dees, wat onder meer bleek uit de reacties van de PvdA op de plannen van Dekker. Simons koos voor een groter aandeel inkomensafhankelijke premieheffing (85%) tegen slechts 15% nominaal. Dekker koos voor 75% inkomensafhankelijk en 25% nominaal.

Het Plan-Simons leverde een lawine aan reacties op. "Het meest gehoorde bezwaar tegen het plan-Simons is dat het veel te hoge verwachtingen koestert ten aanzien van de baten, terwijl de risico's voor het huidige en hoog gewaardeerde zorgstelsel in Nederland onvoldoende worden meegewogen," aldus een rapport van het Bureau voor Economische Argumentatie (BEA) (1992, p.1), geïnitieerd door de particuliere ziektekostenverzekeraars (KLOZ) en de gezamenlijke vertegenwoordigende organen van de ziekenfondsen (VNZ). Bovendien was, volgens de verzekeraars, de werkbaarheid nog niet beproefd, wat door andere actoren werd bevestigd. Werkgevers wilden vooral via de nominalisering van de premies en beperking van de verplichte basisverzekering op de markt van verzekerden de

marktwerking actief maken. Werknemers wilden daarentegen een nadrukkelijker accent op het contracteergedrag van zorgverzekeraars, waartoe door een gebrek aan voorstellen weinig ondersteuning was. Van de politieke partijen was alleen de VVD uitgesproken; zij ondersteunde de werkgevers. Verder dan voorbereidende stappen kwam het niet; het idee van een basispakket bleef op de plank.

Achteraf blijken de centrale doelstellingen van Simons' hervormingsplan – in het bijzonder de invoering van de brede basisverzekering en de toepassing van het systeem van gereguleerde concurrentie voor de gehele gezondheidszorg – door Simons niet zijn gerealiseerd (Van der Grinten, 1997). Toch is een nuancering hiervan noodzakelijk. Op verschillende terreinen en aspecten zijn de beoogde veranderingen doorgevoerd, met als gevolg een gedeeltelijke verschuiving van het zwaartepunt van de coördinatie- en allocatiemechanismen ten aanzien van de omvang, prijs en kwaliteit van zorg van de traditionele landelijke overleg- en onderhandelingscircuits naar de partijen in het veld (Schut, 1996). Dat slechts deze punten zijn bereikt is bijzonder te noemen, want er was draagvlak voor de noodzaak van veranderingen in het stelsel, maar de oplossingsrichting van Simons werd echter niet door alle partijen gedeeld. Vooral bij de verdeling van verantwoordelijkheden tussen partijen op een doordachte en geaccepteerde manier om een effectieve besturing binnen de zorg te krijgen werd niet gevoeld door de actoren. Door de wijze waarop Simons de zaken aanpakte, vergeleken de zorgverzekeraars bepaalde door Simons voorgestelde elementen zelfs met Russisch roulette (BEA, p.2). Simons bereikte geen consensus over een voor alle actoren reële en voldoende geïnstrumenteerde verantwoordelijkheidsverdeling.

4.4 Onderzoeken en effecten na het plan-Simons

De parlementaire Commissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid – in het vervolg de subcommissie-Willems⁴⁴ – werd ingesteld om het besluitvormingsproces vanaf het rapport van Dekker te onderzoeken. “Rapporten en nota’s met veelal welluidende namen werden gepubliceerd. Wetgeving werd voorbereid, ingediend en behandeld. Veel veranderingen werden door overheidsingrijpen in gang gezet. Toch wordt geconstateerd, dat deze aanzetten tot stelselwijziging nog geen maatschappelijk en dus politiek draagvlak hebben kunnen verwerven.” (Willems, 1994, p.3) Vervolgens stelt de commissie diverse vragen, afsluitend met de vraag “(...) waarom is het besluitvormingsproces over deze stelselherziening nog niet afgerond?”. In haar rapportage geeft de subcommissie een uitvoerige beschrijving van beslistmomenten, posities van actoren en redenen waarom bepaalde zaken in de periode 1987–1994 zo zijn verlopen, waaruit blijkt waarom het proces van veranderingen van het stelsel niet heeft geleid tot een nieuw stelsel.

Volgens Willems is het proces tot verandering van het stelsel met als sluitstuk het Plan-Simons om meerdere redenen vastgelopen. Ten eerste werd de discussie steeds verbreed, waardoor de aandacht niet alleen meer op het gezondheidszorginhoudelijke aspect kwam te liggen, maar ook op ideologische aspecten als de grenzen tussen staat en markt. De verdeling van verantwoordelijkheden in de breedste zin des woords en niet alleen de rol van de zorgverzekeraar en de overheid werd onderwerp van discussie. Een tweede belangrijk element was het interfereren van de discussie met parallel lopende debatten, zoals het financieringstekort en de kerntaken van overheid. Ten derde bleef zou de invoering van een stelsel veel tijd in beslag nemen, wat te lijden heeft onder wisselingen in de politiek en maatschappij. De actoren gunden elkaar, maar zeker ook het ‘stelsel’, onvoldoende tijd. In de vierde plaats bleken, volgens Willems, actoren niet altijd even vast in hun mening. Dit was het gevolg van stellingname in andere discussies, voortschrijdend inzicht of coalitiebelang. Tenslotte speelde het dilemma dat een herziening van het stelsel niet gepaard zou mogen gaan met een

⁴⁴ De Parlementaire Subcommissie-Willems werd vernoemd naar de voorzitter, de heer Wilbert J. Willems, Tweede Kamerlid namens Groen Links.

wijziging van de collectieve lastendruk. Behalve deze punten speelt ook het karakter van de bestuurlijke situatie rond het stelsel een belangrijke rol (hoofdstuk 2). Voor de verzekeraars was een van de meest pregnante punten dat de verzekeraars geen financieel risico wilde lopen zonder over de daarbij horende beleidsvrijheid te beschikken. Bovendien leek het onmogelijk dat ze die beleidsvrijheid zouden krijgen, doordat de regering wilde vasthouden aan bepaalde wetten, zoals de WZV en de WTG om sturing in de kosten te houden. Een oplossing voor een onoplosbaar lijkend knelpunt ontstond niet.

Schema 4.1: Redenen vastlopen Plan-Simons

De vijf redenen van het vastlopen van het Plan-Simons volgens de parlementaire Subcommissie-Willems:

1. Verbreding van discussie: van gezondheidszorginhoudelijk naar ideologie en verantwoordelijkheidsverdeling
2. Interfereren van parallellopende debatten
3. Invoering van een nieuw stelsel kostte te veel tijd
4. Actoren waren niet meningsvast
5. Angst voor stijging collectieve lastendruk.

Naast deze vijf redenen wees Willems op andere elementen. Voor verantwoorde besluitvorming is adequaat inzicht in de interactie tussen de inhoud van de zorg en het ziektekostenstelsel en het financieringsstelsel nodig. Volgens Willems zijn bij dergelijke complexe operaties langdurig maatschappelijk en dus ook politiek draagvlak noodzakelijk. Daarvoor is tijd nodig, die er niet was, niet werd gezocht en ook niet genomen leek te worden. In het proces rond 'Simons' constateert Willems dat politieke opportuniteit, mede als gevolg van maatschappelijke druk, een belangrijk stempel heeft gedrukt op de gevolgen van de discussie. Verder constateert de commissie dat bij het gebruik van vage begrippen als doelmatigheid en toegankelijkheid de partijen een grote mate van consensus bereiken, maar dat bij de uitwerking van deze begrippen verschillen van mening ontstaan, wat leidt tot contraproductiviteit. Ook het gebruik van de term marktwerking in de gezondheidszorg heeft tot veel verwarring aanleiding gegeven. Met betrekking tot de verzekeraars wees Willems op de andere doelstellingen die verzekeraars hebben ten opzichte van de overheid en andere actoren. Verzekeraars streven naar omzet- en winstmaximalisatie, waarbij afwenteling van risico's in dit verband voor de hand ligt. Bovendien zullen zorgverzekeraars slechts onder bepaalde condities belang hebben bij kostenbeheersing. Willems geeft hiermee aan dat de positie van de verzekeraar nog nader in dient te worden gevuld. Conclusies trekt Willems niet, omdat die door de afzonderlijke politieke partijen moesten worden getrokken.

Ook diverse organisaties laten in publicaties weten dat er lessen te trekken zijn uit het verleden, waar bij soortgelijke veranderingsprocessen nadrukkelijk moet worden gekeken naar bepaalde elementen, zoals het benadrukken van de voordelen van de voorgestelde wijzigingen. Deze moeten bovendien meetbaar worden gemaakt en steeds worden uitgedragen. Bovendien is een bewuste afweging noodzaak. 'Quick wins' zijn volgens de OECD noodzakelijk, maar vervolgens ook weer gevaarlijk. Een aantal snelle winstpunten kan verrijkend zijn voor de rest van het proces, maar moet echter geen positieve vervolgentwikkelingen in de weg staan. De RVZ voegt hier aan toe dat dit gestaafd moet zijn met duidelijke doelstellingen, die onderschreven worden door de actoren en waar bovendien zicht ontstaat door de consequenties van de genomen besluiten.

De blauwdrukken van Dekker en Simons zijn nooit ingevoerd, maar hebben wel geleid tot belangrijke inhoudelijke en institutionele herbezinningen bij alle actoren, in het bijzonder de zorgverzekeraars.

Inhoudelijk zijn vele discussies op gang gebracht en onder meer de allocatie van de zorg is nadrukkelijk besproken. Institutioneel zijn op het gebied van onderlinge samenwerking in de driehoek tussen patiënten, verzekeraars en aanbieders belangrijke stappen gezet. Door besluitvorming over nieuwe wetgeving is er iets veranderd, maar niet zoveel als de blauwdrukken van Dekker en Simons voor stonden. Voor de zorgverzekeraars waren deze veranderingen tweërlei van aard. Defensief om voorbereid te zijn op hetgeen zou gaan gebeuren; offensief om actief aan de slag te gaan om decentraliteit, inzet van kennis en financiële prikkels van verzekeraars naar eigen wens in te voeren.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling werden stappen gezet om de kennis en de positie (op de diverse markten) van verzekeraar beter in te zetten. Dat betekent meer verantwoordelijkheid voor de verzekeraar, maar tegelijkertijd niet alles 'zomaar' naar de verzekeraar doorschuiven. Ook vraagsturing werd op enigerlei wijze doorgevoerd. Er moest meer onderhandeld worden tussen aanbieders en verzekeraars om tot een betere afstemming te komen. Hiermee werd ook het element marktwerking geraakt. Maar juist door de begripsverwarring rond marktwerking is van dit concept in de plannen weinig terechtgekomen. Het basispakket is niet ingevoerd, maar door de aanneming van wetten die het pad moesten effenen voor een goede en effectieve invoering van de basisverzekering waren er wel verschuivingen, bijvoorbeeld bij de AWBZ. Er was draagvlak, maar slechts voor kleinere veranderingen.

4.5 Kok-1

Een principiële discussie over de toekomst van het stelsel van gezondheidszorg leek tijdens Kok-1 taboe door de traumatische ervaringen rond het plan-Simons. Dat de paarse partijen tot op het bot verdeeld waren over de richting van eventuele veranderingen was minstens zo belangrijk. Een derde reden voor het vermijden van de discussie was de kostenbeheersing als gevolg van de strakke budgetdiscipline van Gerrit Zalm, de minister van Financiën. Desalniettemin zette minister Borst een inhoudelijke koers in, die getypeerd kan worden als 'nieuwe ronde, nieuwe kansen'. "De 'nieuwe' situatie betekende echter niet dat de paarse coalities ideeën en voorstellen van Dekker en later Simons afschreven." (Kasdorp, 2001) Het tegendeel werd eerder de waarheid, omdat gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing leidend en richtinggevend waren voor het paarse zorgbeleid. Borst koos echter niet voor een blauwdruk voor een nieuw stelsel, maar ging op incrementele en opportunistische wijze aan de slag. Dat was een trendbreuk.

In de periode-Borst waren er drie stromen. Ten eerste werd gewerkt aan de modernisering van de aanbodregulering door onder meer het toestaan van experimenten, waarbij het ministerie belemmeringen uit de weg probeerde te ruimen. Bovendien werd geprobeerd de positie van de patiënt te versterken door patiënten meer keuzemogelijkheden te bieden. Op het tweede spoor stimuleert de overheid de concurrentie tussen verzekeraars om vraagsturing in het stelsel te bewerkstelligen. Doel is verzekeraars zich te laten inspannen voor een optimalisering van kosten, service en zorgverlening voor de verzekerde door goede afspraken te maken met zorgaanbieders. Tenslotte richtte Borst zich op regionale samenwerking. Zorgverzekeraars dienen contracten af te sluiten met zorginstellingen en hulpverleners over omvang, kwaliteit en organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten.

Na de periode van ellenlange discussies en aanzetten tot stelselveranderingen werd de incrementele strategie van Borst door vrijwel iedereen gewaardeerd, waardoor relatieve rust in het zorgveld ontstond. Pas aan het einde van Kok-1 kwam er enig gemor, wat voornamelijk te omschrijven was als verkiezingsretoriek, een voor een préverkiezingsjaar bekende situatie. Tot die tijd was voornamelijk het afschaffen van de structuur van adviesorganen in 1995 opmerkelijk, waardoor vele actoren hun natuurlijke positie verloren, coalities werden afgebroken en tradities verdwenen. Herpositionering van de positie van alle actoren, waaronder de zorgverzekeraars, was gewenst. Actoren zochten naar hun

nieuwe rol, wat uitnodigde tot nieuwe verbanden en nieuwe vormen van samenwerking. Het afschaffen van de Ziekenfondsraad zorgde in het veld voor nogal wat gevoelige reacties. Vooral de reactie van VNO-NCW bij monde van Rob van der Plank (1999) was scherp: “Dokter’ Borst kan tevreden zijn: operatie geslaagd; een vitale en kerngezonde niet-patiënt is uit ons midden weggerukt.” Van der Plank vond het bitter dat als dank voor loyale uitvoering van onduidelijk en inconsistent overheidsbeleid afscheid werd genomen van een 50-jarige, de Ziekenfondsraad. Het Parlement besloot in meerderheid tot omvorming van de Ziekenfondsraad tot een College voor Zorgverzekeringen, dat echter niet kon rekenen op breed maatschappelijk draagvlak.

4.6 Kok-2

Het taboe op de stelseldiscussie sleet; het ‘trauma van Simons’ leek verwaterd. “Er ontstond her en der de behoefte aan een duidelijke visie op de toekomst.” (Kasdorp, 2001) Dit bleek onder meer uit de vele notities en rapporten van politieke partijen en uitspraken van woordvoerders gezondheidszorg, zoals “Mevrouw Borst: doe eens wat, zeg eens wat!”⁴⁵ Ook andere actoren roerden zich: “het is schijnaandacht: vrijwel iedereen handelt uit eigenbelang en iedereen vindt zichzelf deskundig”.⁴⁶ Bovendien was minister Zalm in Kok-2 minder streng in de budgetdiscipline. Bijkomende voordelen waren de goede economische situatie, waardoor de schatkist flink werd gevuld. Bovendien was er druk van diverse endogene en exogene factoren (hoofdstuk 2).

“In het licht van vergrijzing en andere ontwikkelingen is het wenselijk voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.”

Bron: regeerakkoord Tweede kabinet-Kok (1998)

De tekst in het regeerakkoord van 1998 kan worden opgevat als een vorm van urgentie. Op basis van deze tekst vroeg minister Borst aan verschillende organen adviezen om ‘bouwstenen’ te leveren voor de stelseldiscussie. Bij die aanvragen bleek het gevoel van urgentie toch minder nadrukkelijk. In het advies van de RVZ (2000b) staat reeds in de tweede alinea dat “het kabinet zich afvraagt of het, gelet op de ontwikkelingen binnen en buiten het stelsel⁴⁷, nodig is ingrijpende veranderingen in het stelsel aan te brengen”. Gezien deze opmerking komt de tekst uit het regeerakkoord in een ander licht te staan. Het kabinet vroeg slechts advies om bouwstenen voor de toekomst te verzamelen, eventueel uitmondend in een notitie van het kabinet, maar niet leidend tot besluitvorming tijdens Kok-2. De notitie is er uiteindelijk wel gekomen na een door de premier gedane belofte.⁴⁸ In beleidsmatige zin rond het stelsel heeft Borst haar regeerperiode min of meer afgesloten door het uitbrengen van de nota ‘Vraag aan bod’ (VWS, 6 juli 2001), wat leidde tot nieuwe discussies.

In *Vraag aan bod* constateert het kabinet de noodzaak tot vernieuwing van het zorgstelsel. Tegelijkertijd vindt Kok-2 dat de gezondheidszorg zich kenmerkt “door een evenwichtig gespreid aanbod van zorgvoorzieningen, met verantwoorde zorg, tegen betaalbare kosten” (VWS, 2001; p.4). Om te voorkomen dat het zorgstelsel zal vastlopen bepleit het kabinet een vernieuwing van het stelsel langs twee sporen:

⁴⁵ Deze uitspraak is ontleend aan de interviews die de auteur heeft gehouden met vijftien respondenten, die in bijlage 3 zijn weergegeven.

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Zie paragraaf 2.3

⁴⁸ Premier Kok beloofde dit op 21 september 2000 aan de Tweede Kamer tijdens de Algemene Politieke beschouwingen.

1. Herziening van de sturing van de zorg, door aanpassing van de verdeling van verantwoordelijkheden en herziening van de daarbij behorende instrumenten
2. Aanpassing van het verzekeringsstelsel door (a) de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en (b) deze te laten integreren met de bestaande AWBZ

Dit tweesporenbeleid komt voort uit de analyse van het kabinet. Hierin worden vele (bekende) constatering ten aanzien van het stelsel genoemd, zoals het onvoldoende tegemoetkomen aan de vraag van patiënten en consumenten, dat blijkt uit beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag. Dit wordt gevoed door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals in paragraaf 2.3 van deze studie is verwoord.

Op het eerste spoor, de herziening van de sturing van de zorg, bepleit het kabinet een herziening van de rolverdeling met borging van publieke belangen als uitgangspunt. De overheid zal vanuit haar grondwettelijke plicht moeten zorgen voor een goede kwaliteit en toegankelijke gezondheidszorg en daartoe de kaders aangeven, waarbinnen andere actoren kunnen handelen. Zo zal de zorg maximaal moeten aansluiten bij de wensen van de burgers. Bovendien wil het kabinet langs deze weg het innovatief en zelfregulerend vermogen van de sector vergroten. Voor de verzekeraars betekende dit een beroep op de maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Volgens het kabinet is een noodzakelijke voorwaarde voor een volwaardige en bestendige vernieuwing van het zorgstelsel het instellen van één algemene verzekering vanuit een publiekrechtelijke grondslag uitgevoerd door privaatrechtelijke zorgverzekeraars (spoor 2). Deze verzekeraars hebben een acceptatieplicht en werken volgens een sluitend systeem van risicoverevening om te zorgen dat de verzekeraar daadwerkelijk optreedt als de actieve zorginkoper en niet als selecteur van verzekerden. Verder wil het kabinet een nominale premie van voldoende omvang om concurrentie tussen verzekeraars en kostenbewustwording bij de burgers te bereiken. Hoe hoog die premie precies moet zijn, wordt in het midden gelaten. Het kabinet kiest er voor dit systeem zowel voor het tweede compartiment als de AWBZ te laten gelden om het systeem meer vraaggerichtheid te laten zijn.

4.7 Tot slot

Dit historisch perspectief heeft een beeld gegeven in welk licht de rol van de verzekeraar stond in de discussies in de periode voor Kok-2 in relatie tot de focus van deze studie. Zowel bij Dekker als Simons leken er mogelijkheden om te komen tot draagvlak en daarmee tot besluitvorming. In de discussie bleken er echter veel meningsverschillen tussen actoren. Voor het toekomstige draagvlak zijn de door Willems genoemde elementen van belang.

Van "Vraag aan Bod" hadden de relevante actoren meer verwacht. Vele actoren hadden gerekend op een visionaire notitie, waarin Kok-2 de leiding zou nemen in het debat over de toekomst van het stelsel. Mede door de onzekerheid van de actoren zelf voldeed de notitie niet aan de verwachtingen. Actoren publiceerden zelf artikelen, nota's en rapporten, maar dat leidde niet tot een convergerend geheel van meningen dat de uitgesproken mening genoemd kon worden wat zou leiden tot politiek-bestuurlijk draagvlak. Kok-2 wilde bouwstenen verzamelen en daar mocht iedereen aan mee doen. Echte besluiten moesten pas na de verkiezingen in mei 2002 worden genomen, doordat de discussie

de laatste jaren heeft geleid tot een gevoel van urgentie.⁴⁹ De urgentie bestaat echter niet alleen door deze factoren, want – zo zegt de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB; 2000, p.39) – “zowel het maken van de afweging (het zoeken naar het algemeen belang), als de uitoefening van de afweging (met vragen als wie is waarvoor verantwoordelijk) blijkt problematisch te zijn. Versplintering van (...) het algemeen belang wordt veroorzaakt doordat (...) kleine deelbelangen, die tegelijkertijd veeleisend zijn, de boventoon voeren.” De ROB maakt verder duidelijk dat het verdelen van verantwoordelijkheid en het vervolgens nemen van verantwoording de afgelopen jaren problematisch is geworden. Dit speelt ook in de discussie over het stelsel, zeker in het jaar 2000.

⁴⁹ In paragraaf 4.5 bleek dat het gevoel voor urgentie niet altijd direct kan worden vertaald in een bestuurlijke aanpak, zoals tijdens Kok-2. Urgentie is een relatief begrip dat door verschillende organisaties en instanties anders opgevat kan worden.

5 Actoren over de rol van de verzekeraar

5.1 Inleiding

De bestaande regelgeving is – zoals in deze studie inmiddels is gebleken – voortgekomen uit een boeiend spel van conflicterende belangen en invloed van vele factoren en actoren.⁵⁰ In deze studie draait het om draagvlak ten aanzien van de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel. In dit hoofdstuk worden de meningen van de actoren ten tijde van Kok-2 weergegeven op basis van het driedelig focus. In paragraaf 5.2 wordt aangegeven hoe de data zijn vergaard en hoe deze in de studie worden verwerkt. Vervolgens worden de uitkomsten van de interviews in samenhang met diverse publicaties van en over de actoren in een drietal paragrafen gepresenteerd met behulp van het driedelig focus: verantwoordelijkheidsverdeling (5.3), vraagsturing en marktwerking (5.4) en basispakket (5.5). Aan het slot van iedere paragraaf zal kort worden weergegeven wat de belangrijkste overeenkomsten en verschillen zijn.

“We moeten af van het idee dat gezondheidszorg alleen maar geld kost!”

CDA Tweede Kamerlid Siem Buijs (april 2000)

5.2 Plaats van interviews en literatuur

Wat de actoren vinden van het stelsel is te lezen in vele publicaties door of over actoren geschreven. Onmisbaar voor een goede analyse is echter ook te spreken met actoren over hun visie. Om een beeld te krijgen van percepties van actoren ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel zijn vijftien gesprekken gevoerd met volksvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van de wetenschappelijke instituten van politieke partijen en vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties.⁵¹ De lijst met respondenten vindt u in bijlage 3 van deze studie.

De vijftien gevoerde gesprekken werden gevoerd op basis van een leidraad, welke u in bijlage 4 vindt. Deze leidraad was geen marsroute die slechts op één manier gevolgd kon worden, maar werd gebruikt om de verschillende relevante elementen, benodigd voor deze studie en het onderzoek van de RVZ, de revue te laten passeren. Waar het ene gesprek veel meer een gesprek was, waarbij slechts af en toe een extra vraag gesteld hoefde te worden, had het andere gesprek meer weg van een ‘vraag-en-antwoord-spel’. In alle gesprekken kwam onder meer de focus van deze studie aan de orde, waarbij aan de actoren werd gevraagd naar hun ideale situatie. Gelet op het theoretisch kader was er tevens ruimte voor de principiële kant van de mening van de actoren.⁵² Alhoewel dit minder expliciet naar voren kwam in de leidraad werd dit in de meerderheid van de gesprekken een belangrijk element. Tenslotte werd in alle gesprekken expliciet gevraagd naar de mogelijkheid om tot draagvlak te komen voor veranderingen in de rol van de verzekeraar. Alle gespreksverslagen zijn na afloop door de respondenten goedgekeurd om de inhoud van de gesprekken in deze studie te kunnen gebruiken. Ondanks de goedkeuring zijn de transcripten van de gesprekken niet bij deze studie gevoegd om de kans tot politisering van deze studie te minimaliseren. Op aanvraag zijn de transcripten wel beschikbaar.

In het jaar 2000 brachten vele organisaties, waaronder de organisaties die in deze studie bijzondere aandacht krijgen, publicaties uit. Een beperking tot de inhoud van de interviews zou deze studie geen recht doen, mede doordat diverse respondenten verwezen naar publicaties. Daarom is onder meer

⁵⁰ Zie ook de hoofdstukken 2 en 4.

⁵¹ Voor de toelichting op de keuze van actoren, zie paragraaf 2.5

⁵² Zie paragraaf 3.4

gebruik gemaakt van eigen publicaties van actoren, publicaties van adviesorganisaties, verslagen van conferenties en uitspraken in de diverse media. In dit hoofdstuk zullen per onderwerp de resultaten uit de gesprekken voorop staan, waarbij aanvullend de publicaties zullen worden benut om standpunten aan te vullen of te verduidelijken.⁵³

5.3 Verantwoordelijkheidsverdeling

Door de sterke afhankelijkheden in de besturing van het stelsel van ziektekostenverzekeringen kan de rol van de verzekeraar niet worden bestudeerd zonder oog te hebben voor de rollen van andere actoren.⁵⁴

“Overheid, verzekeraars en aanbieders zijn verstrengeld in een innige, dubbele omarming: ze geven op elkaar af, maar kunnen niet zonder elkaar.”

Drs J. Hamel, voorzitter Academisch Ziekenhuis Groningen, op de conferentie ‘Met zorg veranderen’, 25 april 2000.

In paragraaf 2.6.1 is de verantwoordelijkheidsverdeling geduid met behulp van het BOM-model (RVZ, 2000b). De rol van de verzekeraar komt naar voren in het ondernemerschap, waarbij de RVZ onder meer spreekt over maatschappelijk ondernemen. “Dit maatschappelijk ondernemen is in de wetenschap, de politiek, de beleidsarena en in publieke debatten naar voren gekomen als bestuurlijk en handelingskader voor de oplossing van sturingsproblemen in het zorgstelsel,” aldus de RVZ (2000b). Aanvullend stelt dit adviesorgaan dat er een risico bestaat dat er activiteiten worden ontplooid, die niet als zodanig binnen de definitie vallen of zo bedoeld waren. In het Regeerakkoord van Kok-2 (1998) staat: “zorginstellingen en zorgverzekeraars stellen zich op als maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op een maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren.” Over wat maatschappelijk verantwoord is, spreekt het Regeerakkoord zich niet uit. Het begrippenpaar maatschappelijk ondernemen als verantwoordelijkheid voor de verzekeraar zorgt dus voor verwarring, omdat niet altijd duidelijk is wat er mee bedoeld wordt. Zoals Bruggeman (2001; p.138) reeds vaststelde: “maatschappelijk ondernemen is een containerbegrip”. Daarom is niet zozeer belangrijk dat actoren maatschappelijk ondernemen belangrijk vinden, maar wat zij onder dat maatschappelijk ondernemen verstaan.

5.3.1 Meninge n over de verantwoordelijkheidsverdeling

De grootste regeringspartij in 2000, de PvdA, wil volgens fractiewoordvoerder Oudkerk herschikking van de ondoorzichtige ordening van verantwoordelijkheden, omdat zorgverzekeraars worstelen met hun onduidelijke positie en commerciële status, de aansprakelijkheid en juridisering, het jobbeleid van de overheid en strikte kostenbeheersingmodellen. De PvdA kiest voor een sterkere zorgverzekeraar, maar wil niet dat de zorgverzekeraar de enige sturende actor is. “De zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht (...); risicoselectie op grond van leeftijd of medische voorgeschiedenis is niet toegestaan. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg, waaronder ook de kwaliteit (...). Ze dienen zich te onderscheiden op kwaliteit, dienstverlening en service.” (PvdA, 2000a). Daarbij vereist het door de PvdA beoogde sociaal stelsel een “actief optredende overheid” (PvdA, 2000a), onder meer door het vaststellen van het basispakket, het toelaten van verzekeraars en het afstemmen van vraag en aanbod op grond van betrouwbare ramingen.

Toenmalig coalitiepartner van de PvdA, de VVD (april 2000), vindt dat “de centrale overheid in de loop der jaren steeds meer bevoegdheden naar zich heeft toegenomen en dat zij daarin te ver is doorgeschoten. Alles is dusdanig dichtgereguleerd, dat op centraal niveau steeds meer voor en over

⁵³ Doordat er geen Tweede Kamerlid van de SP is geïnterviewd, is voor deze partij alleen gebruik gemaakt van literatuurbronnen.

⁵⁴ In paragraaf 2.2 zijn reeds de kenmerken van het stelsel weergegeven.

de patiënt wordt beslist en geregeld. De taak van de zorgverzekeraar is zorg in te kopen voor zijn verzekerden (...) voor de beste prijs. Hiervoor moet de verzekeraar meer vrijheid krijgen (...).” De VVD (VVD Tweede-Kamerfractie, 2000) wil “de verzekeraar als regisseur die met partijen in het veld moet onderhandelen over (extra) productie en de kosten”. Toenmalig fractiewoordvoerder Van Blerck en toenmalig directeur Teldersstichting Groenveld willen dat zowel de zorgverzekeraar als de arts meer ondernemer worden en dat drempels worden weggenomen. Bovendien moet de overheid zich beperken tot de belangrijke taak van het scheppen van kaders ten gunste van andere partijen om het ondernemen van arts en verzekeraar te bevorderen en de keuzevrijheid en de verantwoordelijkheid van de burger te laten toenemen. Groenveld wenst tevens minder invloed van voor stroperigheid zorgende belangengroepen, omdat burgers zelf veel kunnen bepalen.

De kleinste coalitiepartij, D66, stelt de patiënt centraal en wil vervolgens de inrichting van het stelsel bepalen, waarbij er “maximale verantwoordelijkheid is voor actoren zelf”. D66 denkt dat de rollen van actoren alleen door communicatie beter op elkaar afgestemd kunnen worden; daarbij dient “het primaire proces – de zorg – centraal te staan” (D66, 2000). Toenmalig Tweede Kamerlid Van Vliet vertrouwt op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten door onder meer te spreken van een persoonsgebonden budget (Pgb). Met dit budget – dat ook de PvdA verder uitgebreid zou willen zien – zou de patiënt met steun van de verzekeraar zelf kunnen kiezen uit het aanbod van zorg, wat sterkere patiëntenorganisaties vereist. De overheid dient slechts macrokaders vast te stellen en eventueel assertieve interventies te plegen. Toenmalig directeur van de Stichting Wetenschappelijk Bureau D66 (SWB) De Vries vindt het pgb te bureaucratisch. De Vries gaf eveneens aan dat het betreuenswaardig is dat “actoren zich te veel laten leiden door geld en belangen”. De zorgverzekeraars zijn volgens D66 (2000) “verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende zorg voor hun verzekerden en moeten gaan concurreren op prijs en kwaliteit voor het bij de nominale premie behorende verzekeringspakket”.

“Niet de stopwatch van de manager, maar de deskundigheid en betrokkenheid van de medicus en de verpleegkundige moeten het karakter van de zorg bepalen.”

D66 Tweede Kamerfractie, 2000

De grootste oppositiepartij in 2000, het CDA, ziet maatschappelijk ondernemen als een wezenlijk element voor het stelsel. WI-directeur Klink bepleit competitie⁵⁵ tussen verzekeraars door het opheffen van monopolies, zodat nieuwe aanbieders gemakkelijker kunnen toetreden. Volgens Tweede Kamerlid Buijs is de taak van de overheid “controleren, toetsen en zorgen voor de opleiding”. Klink zegt verder: “de overheid stelt kwaliteitseisen, creëert randvoorwaarden en bepaalt de inhoud van het basispakket”⁵⁶. Transparantie in de verdeling van verantwoordelijkheden staat – net als bij de PvdA – bovenaan bij het CDA.⁵⁷ Het CDA (1998; p.49) bepleit een “sterkere regiefunctie voor de zorgverzekeraars” en een grotere rol bij de inkoop van zorg. Bovendien dient de zorgverzekeraar te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en het volume. Tegelijkertijd wijst het CDA (WI, 2000) op het belang van ‘countervailing powers’, zoals patiëntenorganisaties om druk uit te oefenen op het maatschappelijk ondernemerschap van zowel zorgaanbieders als –verzekeraars.

De *ChristenUnie* sluit zich grotendeels aan bij het CDA. Tweede Kamerlid Rouvoet hecht veel waarde aan eigen verantwoordelijkheden voor alle actoren. Daarbij kiest de ChristenUnie voor een soort IZA-model, omdat hierin alle verantwoordelijkheden duidelijker kunnen worden geordend. Bovendien vindt

⁵⁵ Klink gebruikt competitie in plaats van concurrentie, omdat dit de onderlinge verstandhouding tussen actoren in het stelsel beter weergeeft, aangezien ze niet alleen elkaars concurrenten zijn, maar ook niet zonder elkaar kunnen. Competitie geeft volgens Klink dan ook beter aan dat verzekeraars allen de beste willen zijn.

⁵⁶ Zie ook CDA, 1998; p.49.

⁵⁷ De PvdA gebruikt in plaats van transparantie het begrip doorzichtigheid; voor deze studie maakt dit geen verschil uit.

Rouvoet dat Nederlandse ambtenaren te specialistisch. Mede hierdoor zijn te veel regels ontstaan wat het functioneren van de verzekeraar bemoeilijkt.

Ook *Groen Links* wil verantwoordelijkheid geven aan alle actoren. Toenmalig Tweede Kamerlid Hermann wil echter een grotere rol van de overheid dan de ChristenUnie. De overheid dient basiszorg voor iedereen te garanderen en zelf te bepalen wie welke verantwoordelijkheden krijgt. Transparantie in informatie en een grotere rol van maatschappelijk ondernemen is eveneens van belang. Bovendien is de macht van de werkvloer (zoals artsen en verplegend personeel) onnodig verkleind. De verzekeraar krijgt bij GL (2000b; p.25) de taak "als makelaar de zorg voor hun cliënten te organiseren en te contracteren". Op die wijze wil GL de verzekerden ruime keuzemogelijkheden bieden.

De *SP* (2000) vindt dat de landelijke overheid verantwoordelijk is voor een voor iedereen toegankelijke zorg. Op regionaal niveau moet er worden samengewerkt en moet het stelsel worden georganiseerd.

Bij de maatschappelijke organisaties is de scheiding tussen werkgevers en werknemers scherp. Schippers, toenmalig beleidsmedewerker *VNO-NCW*, wil "decentralisatie van verantwoordelijkheden naar de actoren in het veld" (*VNO-NCW*, 1999). De overheid dient zich te beperken tot het stellen van randvoorwaarden om burgers keuzevrijheid en aanbieders en verzekeraars bewegingsvrijheid te geven. "De rol van de overheid wordt beperkt, maar blijft belangrijk," aldus Schippers (1999). Hierbij volgt *VNO-NCW* (1999) het motto "Nederland moet af van planeconomie".⁵⁸

Ook toenmalig *MKB*-voorman De Boer wil meer keuze, een sterkere positie voor de burger, meer concurrentie en een overheid die toezichthouder is en het evenwicht in stand houdt. De Boer vindt maatschappelijk ondernemen van toegevoegde waarde voor het stelsel.

Het *CNV* verklaart zich bij monde van oud-beleidsmedewerker Duijst voorstander van een terugtrekkende overheid, een duidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden en meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger. In tegenstelling tot de werkgevers kiest het *CNV* voor een publieke setting, waar de werkgevers een voorkeur hebben voor de private setting.⁵⁹

Van der Velden (*FNV*) blijkt reeds bij de verantwoordelijkheidsverdeling behoorlijk van mening te verschillen. De *FNV* wil een samenhangende regulering, waarbij de overheid randvoorwaarden stelt en toegankelijkheid en betaalbaarheid waarborgt.

Brittijn (*Verbond voor Verzekeraars (VvV)*) wil dat de overheid zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden en toegankelijkheid en kwaliteit garandeert. Daarbij is het voor de concurrentie noodzaak dat veel verantwoordelijkheid wordt toegekend aan instellingen en verzekeraars. *VvV* kiest expliciet voor het geven van de regiefunctie aan de verzekeraars, omdat zij "goed kunnen functioneren als maatschappelijke ondernemers en in staat zijn gekregen verantwoordelijkheden te dragen". In navolging tot het rapport-De Bont e.a. (2000) vindt *VvV* het opmerkelijk dat het politiek-bestuurlijke debat zich richt op de vormgeving van het stelsel, terwijl door onder meer de *OECD* de verdeling van verantwoordelijkheden en de zorgverlening als grootste knelpunten worden geduid.

De directeur van de *Consumentenbond*, Cohen, blijkt achteraf in zijn visie vanuit de consument een soort van samenvatting van alle standpunten te hebben gegeven. Cohen spreekt van transparantie, vergelijkende informatie, de overheid als toezichthouder, meer keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Daaraan voegde hij toe een voorstander te zijn van concurrentie tussen verzekeraars op basis van pakketten. Bovendien wil hij een 'OPTA'⁶⁰ voor de zorg', een toezichthouder voor de zorgmarkt in Nederland.

⁵⁸ Bij zijn aantreden in 1999 vergeleek *VNO-NCW*-voorman de Nederlandse gezondheidszorg met de lege etalages en lange rijen voor winkels in de voormalige Sovjet-Unie. Daarbij noemde hij het stelsel een vorm van "planeconomie".

⁵⁹ Zie ook paragraaf 5.4 en 5.5.

⁶⁰ De OPTA – Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit – is een zelfstandig bestuursorgaan dat functioneert als onafhankelijke toezichthouder op de post- en telecommunicatiemarkt in Nederland. De taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in de OPTA-wet.

5.3.2 Overeenkomsten en verschillen

De eerste indruk is dat is dat de noodzaak tot veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling door alle actoren wordt onderschreven, maar dat er verschillen van inzicht bestaan over de wijze waarop deze veranderingen moeten plaatsvinden. Een meerderheid van de actoren wil meer verantwoordelijkheden voor de burger en de verzekeraar, terwijl de zorgaanbieder, in de driehoek van de zorg⁶¹ op een van de hoeken gepositioneerd, vrijwel niet wordt genoemd.⁶² In deze paragraaf worden achtereenvolgens een overzicht gegeven van de belangrijkste elementen die naar voren komen ten aanzien van de rollen van de overheid, de burgers, de professionals en de verzekeraar.

Over de rol van de overheid is veel discussie. VVD, VNO-NCW en MKB-Nederland willen zo veel mogelijk decentraliseren naar actoren in het veld ten koste van de overheid, zodat keuzevrijheid voor burgers en bewegingsvrijheid voor verzekeraars ontstaat. FNV en PvdA willen een herschikking van verantwoordelijkheden, maar geven in de onderbouwing veel taken aan de overheid. D66, CDA, ChristenUnie en de Consumentenbond hebben een middenpositie, omdat zij de overheid een aantal belangrijke taken toedicht, maar ook kiezen voor eigen verantwoordelijkheid van de burger en verantwoordelijkheden voor de verzekeraar. De posities van CNV en GL komen hiermee enigszins overeen, maar neigen ook naar de FNV en de PvdA. De SP wil een door de overheid op regionaal niveau georganiseerd stelsel onder verantwoordelijkheid van de landelijke overheid wil. In paragraaf 5.3.2 is een zevental taken door minstens één actor een overheidstaak genoemd:

1. *Dereguleren*

Door niet alle actoren expliciet uitgesproken, maar impliciet is duidelijk dat alle actoren vinden dat de overheid zich moet bezighouden met het schrappen van regels.

2. *Het stellen van randvoorwaarden en het scheppen van macrokaders*

Door alle actoren wordt dit genoemd als een overheidstaak. CDA, D66, GL, CNV, Consumentenbond en MKB-Nederland willen dat dit niet leidt tot nieuwe regelgeving, die het systeem alsnog ingewikkelder maakt. Voor VVD en VNO-NCW staat deze taak gelijk aan het zich verder afzijdig houden aan invloed op het marktsysteem.

3. *Toezicht houden, controle uitoefenen en desnoods ingrijpen*

PvdA en FNV zijn een voorstander van zowel toezicht, controle als eventueel ingrijpen.

De Consumentenbond en D66 zijn voorstander van een 'OPTA voor de zorg', omdat zij van mening zijn dat hiermee onafhankelijk toezicht het best gewaarborgd is. Enkele actoren vinden dat de overheid deze taak op zich moet nemen, maar spreken zich niet uit over de wijze waarop dit moet gebeuren. Ingrijpen wordt door de meeste actoren genegeerd; sommige actoren beschrijven dit voorzichtig zoals D66 doet met "assertieve interventies". De PvdA en de SP zijn uitgesproken voorstander van een actief optredende overheid.

4. *Het stellen van kwaliteitseisen*

Indien die niet leidt tot (her)regulering kunnen alle actoren deze taak onderschrijven, maar er is vrees dat dit leidt tot een te belangrijke rol van de overheid bij diverse actoren.

5. *Het garanderen van toegankelijkheid en betaalbaarheid*

Alle actoren onderschrijven deze taak, maar de wijze waarop onder meer marktwerking gestalte krijgt, bepaalt de invulling van de taak.⁶³

⁶¹ Zie paragraaf 2.3; figuur 2.1

⁶² Hierbij dient te worden aangetekend dat in de gesprekken is gevraagd naar de verdeling van verantwoordelijkheden tussen verzekeraar, burger en overheid. Indien op eigen initiatief is gesproken over de zorgaanbieders en de werkvloer is dit meegenomen in deze studie.

⁶³ Zie verder paragraaf 5.4

6. *Het vaststellen van het basispakket*

Expliciete voorstanders hiervan zijn: PvdA, CDA, D66, GL, ChristenUnie, SP, FNV, CNV en Consumentenbond. Andere actoren laten zich hier niet over uit, behalve VvV dat vindt dat verzekeraars zelf kunnen bepalen wat wel of niet in het pakket hoort.

7. *Regisseren*

De overheid wordt door PvdA, GL, SP, FNV en CNV als regisseur van een nieuw stelsel gezien. Bij D66 en CDA lijkt geen eenduidigheid te bestaan.

Dat de rol van de burger belangrijker wordt, lijkt onomstreden gezien de vrijwel unanieme mening – de SP deelt deze mening niet – dat de burger meer verantwoordelijkheid dient te krijgen voor de eigen zorg. Bovendien moet er meer naar de burger geluisterd worden. In paragraaf 5.3.2 zijn naast meer verantwoordelijkheid vijf andere elementen genoemd over de rol van de burger:

1. *Meer keuzevrijheid pakket en verzekeraar*

Alle actoren – met uitzondering van de SP – zijn een voorstander van meer keuzevrijheid voor de burger. Enkele actoren stellen we enkele voorwaarden: toegankelijkheid voor alle actoren (CDA), onderlinge solidariteit (GL), ook beslissen over de eigen financiën (VNO-NCW) en goede communicatie over keuzemogelijkheden (meerdere actoren).

2. *PgB*

Zowel D66 als ChristenUnie blijken uitgesproken grote voorstanders van een PgB. Andere actoren laten zich niet uit over deze vorm van financiering.

3. *Patiëntenorganisaties*

Binnen de VVD blijkt een stroming de macht van deze organisaties te willen beperken. Andere actoren – D66, CDA en Consumentenbond – wijzen op de noodzaak van versterking van patiëntenorganisaties om de positie van de burger te versterken.

4. *Garantie: betalen is krijgen*

De Consumentenbond vindt dat burgers waar voor hun geld dienen te krijgen en wil op termijn naar “niet goed, geld terug”. Andere actoren hebben zich hierover niet uitgesproken.

5. *Meer mobiliteit*

Het ‘stemmen met de voeten’ dient volgens een meerderheid van de actoren een gevolg te zijn van de versterking van de rol van de verzekeraar. Bovendien wil een meerderheid meer mobiliteit tussen instellingen.

Bij de rol van de professionals zijn enkele elementen kenmerkend voor de wijze waarop het stelsel in de knel zit en waar vrijwel alle actoren aandacht aan besteden. Een meerderheid vindt dat het primaat van de ‘werkvloer’ dient te worden vergroot, zodat er meer kan worden uitgevoerd in plaats van te letten op allerlei regels. Meer innovatie wordt gewenst, waarbij de actoren vooral het maatschappelijk ondernemen stimuleren. Voor door deregulering willen actoren de positie van de professionals verbeteren.

De rol van de verzekeraar zal veranderen gezien de meningen van de actoren. De vraag is echter in welke mate. In paragraaf 5.3.2 zijn vier hoofdthema’s aangegeven:

1. *Regisseur, stuurman en/of makelaar*

VvV ziet de verzekeraars als regisseur; overige actoren benoemen de verzekeraars niet als regisseur. CDA en D66 geven aan dat een term regisseur niet gebruikt zou moeten worden, omdat actoren een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van het stelsel. D66, CNV en Consumentenbond geven de verzekeraars de rol van makelaar in dienst van de burger. Een meerderheid van actoren, met VVD, VNO-NCW en MKB-Nederland als aanvoerders, lijkt aan te geven dat de verzekeraar meer ondernemer zou moeten zijn. Het belang van de burger en de overheid wordt daarbij verder niet genoemd. De SP vindt dat de verzekeraar geheel in dienst van het stelsel moet werken. De PvdA vindt dat de verzekeraar niet als enige mag sturen.

2. *Resultaatgerichtheid*

Vanuit financieel oogpunt, maar vooral het burgeroogpunt vinden PvdA, CDA en VNO-NCW dat verzekeraars op resultaten zouden moeten worden afgerekend, wat vooral blijkt uit de keuze van de burger voor een verzekeraar. De PvdA ziet ook een vorm van beloning als middel om de resultaatgerichtheid toe te laten nemen.

3. *Risico's*

D66 vindt dat de verzekeraars meer risicodragend moeten zijn. In relatie met de wens tot meer concurrentie en innovatie wordt deze stellingname gesteund door VVD, CDA, VNO-NCW, Consumentenbond, MKB-Nederland en VvV.

4. *Maatschappelijk ondernemen*

CDA, D66 en VvV zijn grote pleitbezorgers van maatschappelijke ondernemerschap, mede gelet op de specifieke aspecten die deze markt heeft en daarmee de verenging tot ondernemerschap onjuist vinden.⁶⁴ VVD, VNO-NCW, Consumentenbond en MKB-Nederland gebruiken de term ondernemerschap in relatie met een marktstelsel. Andere actoren noemen verzekeraars geen ondernemers, alhoewel FNV en CNV wel meer ruimte wensen voor verzekeraars zonder het begrip ondernemerschap te gebruiken. Wel lijken de actoren eensgezind over het weghalen van barrières voor verzekeraars.

5.4 Vraagsturing & Marktwerking

“Vraagsturing is het vergroten van de mogelijkheden om binnen de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg de wensen van de zorgvrager tot hun recht te laten komen.” Vos verdeelde vraagsturing in de categorieën sturen van de vraag, sturen op de vraag en sturen door de vraag.⁶⁵ De vraag over welke vorm van marktwerking in de zorg actoren spreken is van belang om aan te geven of er draagvlak is ten aanzien van marktwerking in de zorg.⁶⁶ In het verleden is gereguleerde marktwerking als oplossing meerdere malen genoemd.⁶⁷ In paragraaf 4.1 zullen eerst meningen over vraagsturing en marktwerking in het algemeen en vervolgens over commerciële zorg⁶⁸ in het bijzonder worden weergegeven om te bekijken in hoeverre actoren vraagsturing en marktwerking als optie zien voor de inrichting en het functioneren van het stelsel.

“Door de marktwerking zullen de kosten stijgen, dat lijkt me wel. Je kunt dan de solidariteitsvraag stellen, maar dat is een puur politieke vraag.”

Professor Wynand van de Ven, Erasmus Magazine, 25 april 2002.

⁶⁴ Zie paragraaf 5.4

⁶⁵ Zie paragraaf 2.6.2 en schema 2.2

⁶⁶ Zie ook paragraaf 2.6.2

⁶⁷ Zie onder meer hoofdstuk 4.

⁶⁸ Enkele actoren gebruiken in plaats van commerciële zorg het begrip private zorg. Om de eenduidigheid van begrippen te bewaken zal in deze studie steevast commerciële zorg worden gebruikt.

5.4.1 Meningen over vraagsturing en marktwerking

De PvdA wil een verandering naar een "consumentenstelsel", waarbij wordt gereageerd op de behoefte van de burger.⁶⁹ PvdA (2000c): "vraagsturing (...) kan een belangrijk uitgangspunt voor modernisering van de zorg zijn. (...) keuzemogelijkheden door financiële subsidiëring, maar ook door het verschaffen van kennis en trajecten voor advisering" is noodzaak. Concurrentie in de zorg komt volgens de PvdA vooral uit de actoren zelf. De PvdA denkt dat een groter aanvullend pakket – bovenop het ook door de PvdA gewenste grotere basispakket⁷⁰ - zal leiden tot meer concurrentie. "Concurrentie (...) alleen op nominale premie is schijnconcurrentie omdat (...) verzekeraars meestal de maximale premie hanteren" (PvdA, 2000a). De PvdA ziet wel mogelijkheden in marktwerking, want "tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet (...) een echte onderhandelings situatie kunnen ontstaan, zolang verzekerden maar jaarlijks desgewenst van zorgverzekeraar kunnen veranderen tegen een betaalbare premie" (PvdA, 1998; 2000b).

Coalitiepartner VVD wil de aanbodfinanciering afschaffen en door onder meer private financiering de vraagsturing en marktwerking beter laten functioneren. Noodzakelijk is daarbij volgens de VVD dat informatie voor iedereen beschikbaar is en dat de communicatie wordt verbeterd, omdat anders te grote verschillen tussen vraag en aanbod ontstaan. Ook moeten prikkels in het systeem actoren dwingen tot aanpassing van het aanbod op de vraag, aldus zowel VVD, D66 als CDA. De verplichte basisverzekering zal concurrentie tussen verzekeraars flink vergroten, denkt de VVD.

Bij D66 staat de vraag van de burger centraal, "geen marktwerking, maar consumentenwerking," aldus Bos⁷¹ (2000), waarbij vraagsturing vanuit de wensen van de burger voorop staat. Vanuit D66 regeert de scepsis over concurrentie: "er is geen markt, want je kunt in praktijk helemaal niet switchen naar een andere verzekeraar," aldus prof.dr. Henk Leenen. "Als aanbieders op kosten concurreren worden preventieve gezondheidsactiviteiten de dupe," waarschuwt Leenen (2000). Absolute marktwerking is voor D66 (2000) geen optie: "markt waar de markt kan, sociaal waar sociaal moet".

Het CDA is van mening dat vraagsturing alleen succes heeft indien de kostenbeheersing niet meer als hoogste prioriteit wordt gezien; het Budgettair Kader Zorg dient te verdwijnen. Dit kan bijvoorbeeld door het voorop stellen van de inhoud van de zorg, de behoefte van de burger en de ontwikkeling van managementprofielen. Het CDA denkt dat zowel de nominale premieheffing (met inkomensafhankelijke heffingen)⁷², het afschaffen van de contracteerplicht, meer transparantie in de markt en de noodzaak tot een andere instelling van actoren zal leiden tot meer concurrentie. In zijn verkiezingsprogramma zegt het CDA (1998; p.49): "Marktwerking is geen leidend principe in de zorg, wel is het CDA voorstander van een systeem waarin prikkels zijn ingebouwd die stimuleren tot gewenst gedrag."

Groen Links en de ChristenUnie willen af van de aanbodbeheersing. GL (2000; p. 23-24) vindt verder dat er "competitie" moet zijn binnen een publiek bestel, die gestalte krijgt doordat ontevreden burgers jaarlijks kunnen kiezen voor een andere verzekeraar. Dit wordt gestimuleerd door een beperkte nominale premie.⁷³

De SP (2000) is scherp en duidelijk: "geen marktwerking en privatisering".

Alle maatschappelijke organisaties zijn een voorstander van meer prikkels. De vakbonden FNV en CNV willen een andere wijze van budgettering, waarbij de kostenbeheersing enigszins kan worden losgelaten. Daarbij moet de aanbodregulering worden heroverwogen en moet er ontschot worden, aldus de vakbonden. De FNV pleit bovendien voor prikkels in het systeem. Het CNV bepleit het

⁶⁹ De meerderheid van de respondenten spreekt meestal over burgers; enkele actoren gebruiken echter begrippen als patiënt en consument. Alleen wanneer op citaat wordt gewerkt, worden in dit hoofdstuk de begrippen patiënt en consument genoemd. In alle andere gevallen wordt het begrip burger gebruikt.

⁷⁰ Zie verder paragraaf 5.6

⁷¹ Gerard M.J. Bos was lid van de programcommissie van D66 voor het verkiezingsprogramma 1998-2002. Ter voorbereiding op het partijcongres bereidde hij een notitie voor over het stelsel.

⁷² Zie verder paragraaf 5.6

⁷³ Zie ook paragraaf 5.6

loslaten van het overeenkomstenstelsel⁷⁴ en vertrouwt op de sturende 'invisible hand'⁷⁵. De *Consumentenbond* vertrouwt op deregulering, waarbij door nieuwe budgettering en prijsstellingen de vraag leidend wordt. De Consumentenbond wil de burger meer macht geven door een ziekenhuisvergelijkend systeem te introduceren, omdat dit de keuzevrijheid bevordert en "echte concurrentie houdt de kosten in de hand door het ontstaan van keuzemogelijkheden voor de consument en prikkels voor doelmatigheid" (Consumentenbond, 2000a; 2000b). *VNO-NCW* (1999) ziet bij vraagsturing "decollectivering, deregulering en decentralisering van verantwoordelijkheden als elementen die aanbodsturing overbodig maken". *VNO-NCW* denkt hierbij aan een privaat systeem met publieke waarborgen, waaronder meer macht voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) om concurrentie te bewaken. Daarbij moet de aanbodzijde aanzienlijk worden aangepast op de vraag van de burger. *MKB-Nederland* ziet deregulering en keuzen in pakketten en verzekeraars als belangrijkste voorwaarden voor vraagsturing en marktwerking in het stelsel. *VvV* ziet vooral het behoud van de dualiteit van het huidige stelsel als belangrijkste element om de concurrentie in de zorg te behouden, want "particuliere verzekeraars presteren bij uitstek goed op het gebied van keuzevrijheid en marktwerking. Zorgverzekeraars willen de verantwoordelijkheid nemen, mits er daadwerkelijk de ruimte komt om deze verantwoordelijkheid ook in te vullen." (De Bont e.a., 2000)

"Het Oostblok heeft de planeconomie losgelaten, nu de Nederlandse gezondheidszorg nog!"

Uit: *Zorgen voor vernieuwing, VNO-NCW, 2000.*

5.4.2 Mening over commerciële zorg

Alle actoren lijken van mening dat er ruimte moet bestaan voor andere aanbieders van zorg, waarbij verzekeraars de mogelijkheid moeten hebben met hen in zee te gaan. Er ontstaan echter verschillen van mening over de plaats en benaming van deze zorg (commerciële zorg is een beladen term voor enkele actoren) en hoe er met deze zorg om dient te worden gegaan. De *PvdA* wil dat commerciële zorg wordt geïntegreerd in het collectieve systeem, omdat "hoe meer aanbod hoe beter" zorgt voor verdwijning van wachtlijsten en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Ook de *VVD* wil dat commerciële zorg wordt geïntegreerd in de reguliere zorg, omdat "de burger immers niet verboden mag worden een bepaalde gewenste behandeling te ondergaan". De *VVD* vindt tevens dat er wel een derde geldstroom mag ontstaan, zodat mensen – indien ze het kunnen betalen – met voorrang behandeld mogen worden; kortom "een verruiming (...) van de mogelijkheden tot het verrichten van medische handelingen in privé-klinieken" (*VVD*, 1998; p.19).

D66 ziet ook een toegevoegde waarde in commerciële zorg, maar is bang voor de gevolgen van de reguliere zorg en wil daarom "een aantal zekerheden" zodat de reguliere zorg niet onder druk komt.

Het *CDA* ziet mogelijkheden in de verruiming van luxe, want "commerciële zorg is als slagroom op de koffie". Het *CDA* heeft echter ook reserves bij de mogelijke druk op de reguliere zorg.

Voor *Groen Links* is commerciële zorg een optie ter vergroting van de keuzemogelijkheden bekostigd door een aanvullend pakket, maar mag niet leiden tot vergroting van de inkomensverschillen en mag "niet ten koste gaan van de arbeidsvoorwaarden van medewerkers" (Zuithof, 2000).⁷⁶

Principieel tegenstander van commerciële zorg is de *ChristenUnie*. De confessionelen sluiten deze vorm van voorrangszorg uit, omdat het ten koste gaat van de solidariteit.

Ook de *SP* (2000) is tegen derde geldstromen en commerciële zorg.

De vakbonden *FNV* en *CNV* vinden dat commerciële zorg dient te worden geïntegreerd in de reguliere zorg. Het *CNV* beseft net als de *Consumentenbond* dat "commerciële zorg van alle tijden is". *FNV*

⁷⁴ Zie ook paragraaf 2.4.1

⁷⁵ 'The invisible hand' is een door de econoom Adam Smith geïntroduceerde metafoor, waarmee duidelijk wordt gemaakt dat markt als een onzichtbaar personage de vraag en het aanbod stuurt.

⁷⁶ Zie ook de nota 'De krapte te lijf' van de GL Tweede-Kamerfractie (2000a).

vreest dat het ten koste gaat van de noodzakelijke zorg. VNO-NCW is voorstander van commerciële zorg, maar ziet de onwenselijkheid van een tweede private circuit indien de commerciële zorg binnen de reguliere zorg wordt opgenomen. Op dit punt beschuldigt VNO-NCW (1999) de politiek van “struisvogelbeleid”, want volgens de werkgeversvereniging kan het adagium “wat de politiek niet wil dat er is, is er ook niet” in de praktijk geen stand houden”. Commerciële zorg hoort er volgens VNO-NCW gewoon bij. VvV ziet commerciële zorg als bijdrage aan de vermindering van de wachtlijsten. Tegelijkertijd mag deze vorm van zorg niet te koste gaan van reguliere zorg.

5.4.3 Overeenkomsten en verschillen

Meer vraagsturing wordt door alle actoren onderschreven. Dat er desondanks verdeeldheid is blijkt uit de mening van de PvdA: “de door de ‘rechtse’ partijen gewenste vraagsturing is niet aantoonbaar”. Deze aan marktwerking gekoppelde vraagsturing zorgt niet voor de behoeftevervulling van de burger. Dit meningsverschil zal in het volgende hoofdstuk in de analyse worden betrokken. Marktwerking stuit op problemen bij SP, GL, FNV en CNV, maar indien het gaat om “een systeem met prikkels” zijn de partijen, uitgezonderd SP, wel positief. Over het invoeren van prikkels en meer transparantie in het systeem om de resultaten te verbeteren en vraag en aanbod beter af stemmen zijn de actoren het eens; de invulling van marktwerking en vraagsturing blijkt voor meningsverschillen te zorgen.

PvdA en D66 spreken over consumentenwerking in plaats van marktwerking om te benadrukken dat het gaat om de wensen van de burger. De toename van de invloed van de burger – zie ook paragraaf 5.3.3 – wordt door de roep om keuzevrijheid voor de burger duidelijk gemaakt door alle actoren. Deze keuzevrijheid moet gestalte krijgen door keuze in pakketten, verzekeraars en zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen). Door VVD, D66 en Consumentenbond wordt gewezen op de noodzaak van goede informatie en communicatie om deze keuzevrijheid voldoende ruimte te geven. CDA, ChristenUnie, Groen Links, FNV en CNV willen af van de kostenbeheersing om de zorg de ruimte te geven en wat het CDA betreft de marktwerking en vraagsturing de ruimte te geven.

Opmerkelijk is de omgekeerde weg die de Consumentenbond volgt ten opzichte van de andere actoren, omdat zij vindt dat concurrentie leidt tot meer prikkels en keuzemogelijkheden.

Van de onderzochte actoren zijn alleen ChristenUnie en SP tegen commerciële zorg en een derde geldstroom. Dit betekent echter niet dat de overige actoren zonder meer voorstander zijn, bijvoorbeeld D66 geeft aan de toegevoegde waarde te zien, maar angst te hebben voor de gevolgen van de reguliere zorg. Deze angst wordt gedeeld door CDA, GL, FNV en VvV. De PvdA denkt zelfs dat dit kan leiden tot een kwaliteitstoename in de zorg in het algemeen. CDA en GL denken dat commerciële zorg zal leiden tot een vergroting van keuzemogelijkheden. Verder is er een duidelijke tegenstelling ten aanzien van het verschil arm en rijk tussen enerzijds VVD en VNO-NCW, die vinden dat mensen zorg moeten kunnen kopen als ze het kunnen betalen, en anderzijds GL, SP en ChristenUnie, die geen vergroting van inkomensverschillen willen. Tenslotte denken PvdA en VvV dat commerciële zorg wachtlijsten vermindert.

Het kwartet PvdA, VVD, FNV en CNV spreekt zich uit voor integratie van de commerciële zorg in de huidige zorg; VNO-NCW – en uiteraard ChristenUnie en SP om voornoemde reden – is hier tegen. De overige actoren spreken zich niet uit over de plaats van commerciële zorg, maar gezien de door hen gebruikte argumentatie mag er van uit worden gegaan dat zij voor integratie zijn.

5.5 Basispakket

De discussie over het basispakket sleept zich al jaren voort en heeft invloed op de rol van de verzekeraar.⁷⁷ Boot & Knapen (p.315): “Het basispakket is het pakket dat een groot aantal verstrekkingen omvat van zowel de gezondheidszorg als de maatschappelijke dienstverlening en waarvoor iedere ingezetene van Nederland van rechtswege is verzekerd.” In deze paragraaf worden achtereenvolgens de breedte van het basispakket, de wijze van premieheffing en het karakter van de basisverzekering besproken.

5.5.1 Mening over de breedte van het pakket

De PvdA en de VVD verschillen aanzienlijk van mening over de breedte van het pakket. De PvdA vindt verkleining van het basispakket onverantwoord en bepleit een breed pakket van geïndiceerde zorg. Daarbij spreekt de PvdA (2000a) tevens van een verzekeringspakket voor “gepaste zorg”⁷⁸, waarbij de verzekering de “Gepaste Zorgpolis”⁷⁹ wordt genoemd.

De VVD koppelt aan een eventuele vergroting van het pakket bijvoorbeeld de nominalisering van de premies, omdat alleen een discussie over de breedte van het pakket niet zwaarwegend genoeg is. Desondanks blijkt uit publicaties van de VVD en uit de gesprekken met Van Blerck en Groenveld dat de voorkeur een pakket is met slechts de noodzakelijke zorg.

Ook D66 verklaart dat er belangrijkere discussies zijn dan discussies over de grootte van het pakket. D66 laat daarbij duidelijk weten dat ze de luxe naar een aanvullend pakket willen verplaatsen, wat een kleiner basispakket impliceert.

Het CDA kiest voor een kleiner basispakket zonder bureaucratische rompslomp, wat impliceert dat het onderscheid tussen het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen dient te worden aangepast. “De vaststelling van het pakket ligt in handen van de overheid, die daarmee de toegankelijkheid voor alle burgers garandeert” (CDA, 1998; p.30).

GL wil een breed basispakket met daar bovenop een aanvullend pakket met luxe. In dit pakket zit “alle noodzakelijke zorg” (GL, 2000b). Wat noodzakelijke zorg is, bepaalt de politiek.

De ChristenUnie wil een basispakket zo groot als het huidige ziekenfonds zonder “luxe en controversiële verstrekkingen”, waarmee de partij tegenstander is van een brede volksverzekering.

De SP (2000) is voorstander van “een brede volksverzekering, waarbij alles wat medisch en maatschappelijk gewenst is in het pakket zit”.

Bij de maatschappelijke organisaties is het FNV traditioneel een voorstander van een breed pakket van noodzakelijke zorg. Het CNV spreekt daarentegen van een volksverzekering met een breed basispakket van gepaste zorg. Met het gebruik van het begrip volksverzekering stelt het CNV zich geïsoleerd op, daar de andere actoren dit in het verleden enigszins besmette begrip niet meer hanteren.⁸⁰ De Consumentenbond vindt de keuze van de pakketbreedte primair een zaak van het Parlement en heeft daarom geen uitgesproken mening. De Consumentenbond prefereert echter een basispakket, “bestaande uit noodzakelijke en kosteneffectieve voorzieningen” (Consumentenbond, 2000b). VNO-NCW wil een smal basispakket met de mogelijkheid tot bijverzekeren met een aanvullend pakket. “MKB-Nederland verzet zich tegen basisverzekering in zorg.”⁸¹ VvV is geen voorstander van een basispakket, dus hoe kleiner hoe beter.

⁷⁷ Zie ook paragraaf 2.6.3 en hoofdstuk 4.

⁷⁸ “Onder gepaste zorg wordt een zorg verstaan die adequaat is, dat wil zeggen niet te veel of te weinig, competent en humaan verleend (...), die voldoet aan criteria al eerder door de Commissie Dunning opgesteld: werkzaamheid en doelmatigheid.” (PvdA, 2000a)

⁷⁹ Voor de invulling van de Gepaste Zorgpolis heeft de PvdA (2000) een stappenplan ontworpen, waarbij met behulp van medische en professionele ervaringen en patiëntenorganisaties de samenstelling van de polis wordt bepaald. Vervolgens zorgen de polis en protocollen hoe zorgverleners en verzekeraars hiermee om dienen te gaan.

⁸⁰ Zie ook hoofdstuk 4.

⁸¹ In Financieel Dagblad, 12 oktober 2000.

5.5.2 Meningen over de premieheffing

PvdA, *GL* en *FNV* willen de premieheffing volledig inkomensafhankelijk laten zijn zonder fiscale compensaties buiten het stelsel. "Draagkracht moet de basis zijn van de organisatie van de gezondheidszorg," aldus de *PvdA* (2000a). "Het voordeel van financiering via de algemene middelen is dat gemakkelijk rekening kan worden gehouden met de koopkrachteffecten van de stelselwijziging" (*GL*, 2000b; p.21). Toch ziet *GL* een "beperkte nominale premie als middel om verzekeraars tot doelmatig werken te stimuleren".

Het *CDA* en *VNO-NCW* tonen zich voorstanders van nominale premies, maar willen compensatie naar draagkracht via de fiscus. De *PvdA* is hier geen voorstander van, omdat "de behandeling van het 'Plan Simons' in de Tweede Kamer duidelijk heeft gemaakt dat een dergelijke verzekeringsvorm niet op een meerderheid van de Tweede Kamer kan rekenen" (*PvdA*, 1999).

D66 (2000) "voelt er niet voor dat iedere burger op zijn of haar individuele kostenpatroon wordt afgerekend door de fiscus; geen huishoudboekjesbeleid". *D66* wil een "substantiële nominale premie". Hiermee gooit *D66* een sluiër over de discussie binnen de partij, want Leenen (2000; p. 24) schrijft dat "een inkomensafhankelijke premie het meest uitdrukking aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van noodzakelijke zorg geeft. (...) Dat neemt niet weg dat een gedeeltelijk nominale premie te verdedigen is, met name ook omdat daardoor ruimte ontstaat voor concurrentie tussen verzekeraars." Leenen vervolgt dat "enkel nominale premies voor grote groepen (...) tot negatieve inkomenseffecten leiden." *D66* wil dus wel nominale premies, maar de verhouding met inkomensafhankelijke premies heeft de partij nog niet bepaald.

De *ChristenUnie* wil ook nominale premies, maar wil door middel van een eigen bijdrage op basis van het brutojaarincome de inkomensafhankelijkheid in het stelsel behouden.

De *VVD* (1998; p.18) wil zo veel mogelijk nominaal: "(...) gaandeweg toegroeien naar nominale kostendekkende premies".

De *Consumentenbond* heeft geen mening over de wijze van premieheffing, omdat dat een zaak is van de politiek. Van belang is echter dat de Consumentenbond de garantie wil dat verzekeren betekent dat de zorg wordt geleverd. Ook de *ChristenUnie* spreekt dit uit als een hard punt.

MKB-Nederland wil in ieder geval dat er een vorm van eigen risico blijft worden meegewogen.

De *SP* (2000) wil de financiering volledig naar draagkracht via de belasting organiseren. De *SP* is "tegen nominale premies of eigen bijdragen en vindt dat werkgevers belast moeten worden voor dat deel dat zij nu ook bijdragen in de zorg".

5.5.3 Meningen over het karakter van de verzekering

De *PvdA* wil dat "iedere burger verplicht verzekerd is voor de Gepaste Zorgpolis⁸²" (2000a). *GL* sluit zich hierbij aan en zegt expliciet dat "voor verzekeraars een acceptatieplicht geldt waardoor risicoselectie wordt uitgesloten" (*GL*, 2000b; p.22).

De *VVD* is een uitgesproken voorstander van een verplichtend karakter van de verzekering (*VVD*, april 2000): "In het verplichte basispakket zit zorg die in een continu proces wordt getoetst op wetenschappelijk aangetoonde werkzaamheid en kosteneffectiviteit, opdat duidelijk is dat de verzekerde (die een verplichting heeft zich hiervoor te verzekeren) waar krijgt voor zijn geld."

Het *CDA* (*WI*, 2000) wil dat "iedereen zich op termijn verplicht verzekerd tegen een vastgesteld standaardpakket".

Ook de *Consumentenbond* spreekt zich uit voor een verplichte verzekering van het basispakket, waarbij een periodieke acceptatieplicht van toepassing is. Vervolgens moet er voor de burgers de mogelijkheid zijn zich bij te verzekeren. Ook *VNO-NCW* is deze mening toegedaan.

⁸² Zie paragraaf 5.7.2.1

5.5.4 Overeenkomsten en verschillen

Bij de breedte van het basispakket lopen de meningen zeer uiteen en bestaat onduidelijkheid over het begrip “noodzakelijke zorg”. Allereerst wordt de wenselijkheid van de discussie niet door alle actoren gedeeld, want zowel VVD als D66 vinden de pakketbreedte discussie overbodig.

Een breed pakket wordt gewenst door PvdA, GL, SP, FNV en CNV. PvdA en CNV spreken daarbij van “gepaste”, GL en FNV van “noodzakelijke” en SP van “gewenste” zorg. Ook VVD en de Consumentenbond spreken van een basispakket van “noodzakelijke zorg”, terwijl zij tegelijkertijd spreken van een “beperkt” (VVD) of een pakket “zo groot als de AWBZ” (Consumentenbond). De definitie van noodzakelijke zorg is duidelijk niet voor iedereen hetzelfde.

VVD en VNO-NCW zijn voor een smal basispakket; MKB-Nederland en VvV zelfs tegen een basispakket. D66, CDA en ChristenUnie zijn net als de Consumentenbond voor een beperkter maar ook niet al te smal pakket. Het CDA wil vooral de regelzucht rond het pakket verminderen, terwijl de ChristenUnie de luxe en controversiële verstrekkingen uit het pakket wil verwijderen. D66 en Groen Links kiezen voor een aanvullend pakket voor luxe voorzieningen. Ook hier geldt echter dat de eenduidigheid van het begrip “luxe” niet duidelijk wordt. Ook VNO-NCW, CDA en VVD zijn voor een aanvullend pakket.

Onder bepaalde voorwaarden zijn VVD, D66, CDA, ChristenUnie en VNO-NCW voorstander van nominale premies. D66 en ChristenUnie wil naast een (substantieel) nominaal deel ook een inkomensafhankelijk deel; CDA en VNO-NCW willen fiscale compensaties.

PvdA, GL, SP en FNV zijn voor inkomensafhankelijke premies zonder fiscale compensaties. GL wil echter nominale premies niet geheel uitsluiten.

Over de verzekeringsplicht lijkt de discussie gesloten te zijn, omdat alle actoren zich voorstander verklaren van een verplichte verzekering.

5.6 Tot slot

Ten aanzien van de drie onderdelen uit het drieledig focus zijn veel overeenkomsten en verschillen naar voren gekomen in dit hoofdstuk. Het is duidelijk geworden dat de rol van de verzekeraar zowel bij de verantwoordelijkheidsverdeling, vraagsturing en marktwerking als basispakket onderwerp van discussie is voor de politiek-bestuurlijke actoren. De weergave van de standpunten van actoren heeft duidelijk inzicht gegeven in de wijze waarop de discussie tijdens Kok-2 heeft plaatsgevonden. De analyse van (on)mogelijkheden om draagvlak te bereiken ten aanzien van de rol van de verzekeraar in het stelsel zal in het volgende hoofdstuk vorm krijgen.

6 Analytisch kader

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal het analytisch kader voor deze studie worden uitgewerkt. Het analytisch kader heeft als doel de feitelijke gegevens met behulp van het theoretisch kader te interpreteren. Hiermee kan antwoord gegeven worden op de geformuleerde deelvragen en de probleemstelling, zodat in hoofdstuk 7 conclusies kunnen worden getrokken en aanbevelingen kunnen worden gedaan.

In paragraaf 6.2 worden de belangrijkste momenten uit het verleden (hoofdstuk 4) aan een analyse onderworpen. Vervolgens worden de standpunten van de actoren (hoofdstuk 5) besproken met behulp van het theoretisch kader (paragraaf 6.3). Een aparte paragraaf (6.4) wordt besteed aan draagvlak, het centrale concept van deze studie. Elementen uit de paragrafen 6.2 en 6.3 worden geanalyseerd rond het concept draagvlak.

6.2 Dekker tot 2002

“Besluitvorming is een constructie” betoogde Teisman (1995;p.92-3) in zijn theoretische weerspiegelingen van het rondendmodel. In hoofdstuk 4 van deze studie is een viertal historische momenten besproken: de periode rond de publicatie van het rapport van Dekker (Lubbers-2), de plannen van staatssecretaris Simons (Lubbers-3), het beleid van Kok-1 en het beleid van Kok-2. Het beleid van Kok-2 en de standpunten van de actoren in die periode komen in paragraaf 6.3 ter sprake. Met de keuze van de beslismomenten “Dekker”, “Simons”, “Kok-1” en “Kok-2” is aan de eerste keuze van Teisman voldaan.⁸³ De keuze van deze momenten is onderbouwd in hoofdstuk 4, waar de doelen, interactiepatronen en beleidsinvloeden beknopt zijn weergegeven. Deze elementen zullen worden besproken in de analyse, die “rondengewijs”, dus aan de hand van de gekozen beslismomenten gemaakt zal worden.

Lubbers-2 gaf Dekker de opdracht een advies te schrijven met als doelen de beheersing van de volumeontwikkeling, verdere herziening van het stelsel en deregulering.⁸⁴ Hiermee nam Lubbers-2 de leiding in het debat en gaf tevens aan enkele problemen te erkennen. Dekker werd door Lubbers-2 ingeschakeld als ware hij een entrepreneur was. Een policy window bij de stroom van de probleemherkenning werd geopend, wat werd onderschreven door de titel van Dekkers rapport: *Bereidheid tot verandering*. Dekker kwam met oplossingen, zoals het invoeren van een voor iedereen geldende basisverzekering en gereguleerde concurrentie. Hiermee werd duidelijk dat er ook beweging was ontstaan in de stroom van het genereren van oplossingen. De kernpunten van het driedelige focus⁸⁵ speelden daarbij een belangrijke rol. Door de door Dekker gegenereerde oplossingen bleven andere actoren niet afzijdig in het ventileren van oplossingen, waarmee verdere beweging in de stroom van oplossingen ontstond. De belangrijkste ontwikkeling in de oplossingenstroom was de officiële reactie van Lubbers-2 (paragraaf 4.2.1), waarin bij bepaalde cruciale oplossingen werd afgeweken van Dekker. Een koppeling van stromen door geopende policy windows bleek echter nog niet mogelijk, doordat de oplossingen niet van de politieke agenda naar de beleidsagenda overgingen. Dit kwam doordat de coalitiepartijen in het Parlement de voorstellen van Lubbers-2 niet zonder meer steunden, waardoor het in Lubbers-2 moeizaam bereikte compromis ter discussie stond in het Parlement. Dat moeizame pas- en meetwerk voor het bereiken van een nieuw compromis zorgde niet voor overeenstemming op de fundamentele voorstellen van Dekker, maar alleen op bepaalde minder belangrijke zaken. Er was te weinig consensus om de voorstellen van Dekker en Lubbers-2 in beleid

⁸³ Zie paragraaf 3.3

⁸⁴ Zie paragraaf 4.2

⁸⁵ Zie paragraaf 2.6

om te zetten. Draagvlak voor de grote plannen van Lubbers-2 bleek er gezien de mate van coalitievorming, compromis en consensus in onvoldoende mate te bestaan.

De val van Lubbers-2 in mei 1989 – ruim een jaar na de officiële reactie van het kabinet – was de politieke gebeurtenis, die leidde tot het niet kunnen koppelen van stromen en het nemen van besluiten. Slechts voor enkele minder belangrijke elementen uit de plannen van Dekker en Lubbers-2 was de koppeling van stromen succesvol met besluitvorming tot gevolg.

“Een nieuwe coalitie met nieuwe plannen” is de beste typering van de “ronde van Simons”. Om een nieuw draagvlak te bereiken werden de plannen van Lubbers-2 vervangen door een notitie van Simons (Lubbers-3). Hiermee wilde Lubbers-3 de leiding in het debat houden en het aantreden van een nieuw kabinet als politieke gebeurtenis benutten. Vooral ten aanzien van de breedte van het basispakket en de premieheffing werden nieuwe voorstellen gedaan. Zoals ook door Willems werd onderschreven, was er geen verandering in de stroom van probleemkenning;⁸⁶ een policy window was nog immer geopend. In de stroom van oplossingen bleek opnieuw de grootste beweging merkbaar. Uit de conclusies van Willems⁸⁷ bleek dat oplossingen veranderden door verbreding van de discussie, koppeling met andere discussies, veranderingen in de meningen van actoren en de niet beschikbare tijd. Deze laatstgenoemde conclusie is te verduidelijken middels de analyse van Kingdon. Een policy window bij de stroom van de erkenning van problemen was langdurig geopend, maar de koppeling met de oplossingsstroom kon nimmer worden gemaakt voor de kernelementen van de door de overheid gewenste veranderingen in de rol van de verzekeraar. De hulp van enkele politieke gebeurtenissen, zoals een nieuw kabinet (Lubbers-3), en entrepreneurs als Dekker mocht niet baten; een koppeling van de drie stromen met een uitvoerbare oplossing voor een erkend probleem waarvoor de tijd rijp is, kwam niet tot stand tijdens Lubbers-2 en Lubbers-3.

De meningen van actoren, waardoor geen koppeling van stromen kon plaatsvinden, werden op verschillende manieren naar voren gebracht. Werkgevers en werknemers stonden lijnrecht tegenover elkaar, terwijl ook de PvdA en de VVD op punten als de basisverzekering, marktwerking en vraagsturing tegenover elkaar stonden. Op sommige elementen werd er een compromis gevonden, maar compromissen over de kern van de voorstellen bleven uit. Consensus over de richting waarop het stelsel zou moeten veranderen was ook nauwelijks te vinden, mede doordat begrippen als marktwerking door actoren anders worden uitgelegd. Hiermee wordt ook duidelijk dat geen consensus ontstond over de taakinfilling van de verzekeraars, omdat geen gedeelde oplossingsrichting kon worden gevonden voor erkende problemen van een verkeerde invulling van het ondernemerschap. Diverse veranderingen werden in gang gezet en stappen gezet om het stelsel te veranderen, maar de door Lubbers-2 gewenste rol van de verzekeraar kwam uiteindelijk slechts op bepaalde, minder belangrijke, onderdelen tot stand.

Kok-1 ging op een andere manier te werk om oplossingen te vinden en daarmee – in termen van Kingdon – de stroom van oplossingen te koppelen aan de stroom van probleemkenning. De stroom van probleemkenning kende immer een geopend policy window, maar duurzame oplossingen voor erkende problemen werden niet ingevoerd. Kok-1 werkte met kleine stappen aan gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing, waar voldoende draagvlak bestond. De verkiezingen als politieke gebeurtenis leken vooral te hebben gevraagd om rust, waardoor een policy window van grote oplossingen voor erkende problemen gesloten bleef. Kok-1 koos bewust voor een geleidelijke aanpak in plaats van een revolutionaire omwenteling te bewerkstelligen door een plan “to end all plans”. De aanpak van Kok-1 zorgde slechts voor een relatieve stilte, want het draagvlak bij vooral maatschappelijke organisaties werd aangetast door de Ziekenfondsraad te ontmantelen. Bovendien

⁸⁶ Zie paragraaf 4.3

⁸⁷ Zie paragraaf 4.3 en in het bijzonder schema 4.1

was de stilte van korte duur door het oplaaien van de discussie naarmate de verkiezingen van 1998 dichterbij kwamen.

Na de verkiezingen van 2002 paste het nieuwe kabinet met dezelfde politieke samenstelling – Kok-2 – een iets andere strategie toe onder druk van diverse actoren in het krachtenveld. Kok-2 wilde niet zelf een notitie opstellen en een standpunt formuleren, maar verzamelde meningen van verschillende organisaties en instanties. Parallel aan deze werkwijze van Kok-2 spraken vele actoren zich uit in notities, rapporten en interviews over de wijzigingen die volgens hen zouden moeten worden aangebracht in de rol van de verzekeraar.

De tekst in het regeerakkoord van Kok-2 kan worden opgevat als een verwoording van de erkenning van bestaande en toekomstige problemen. Uiteindelijk stemde Kok-2 na aandringen van politieke actoren toch in met het schrijven van een notitie in zijn regeerperiode. Deze notitie richtte zich voornamelijk op de verantwoordelijkheidsverdeling en de daarbij behorende instrumenten (zoals vormen van vraagsturing en marktwerking) en de basisverzekering. De verzekeraars werden gewezen op de maatschappelijke verantwoordelijkheid en moesten voortaan privaatrechtelijk gaan opereren. Niet voor alle erkende problemen, zoals premieheffing en nominaliteit, gaf Kok-2 oplossingen. De stroom van oplossingen kon bij de publicatie van de notitie 'Vraag aan bod' niet aan de stroom van erkende problemen gekoppeld worden. Besluitvorming was nog een stap verder, omdat de actoren hun meningen nog moesten verwoorden. Die individuele meningen zijn in hoofdstuk 5 weergegeven en worden in paragraaf 6.3 geanalyseerd.

6.3 Analyse van het jaar 2002

In hoofdstuk 5 zijn de meningen van de actoren beschreven en in een overzicht van overeenkomsten en verschillen geplaatst. Deze meningen werden gegeven voor, rond en na de publicatie van de notitie van Kok-2 'Vraag aan bod'.⁸⁸ Doel van de notitie was te komen tot besluitvorming, ofwel in termen van Kingdon "te komen tot een koppeling van stromen". Eensgezindheid in de meningen van actoren bleek te bestaan over de noodzaak tot veranderingen in het stelsel, met in het bijzonder de rol van de verzekeraar. Alhoewel de analyse van de problemen door de actoren op een eigen wijze werd gemaakt, kan worden vastgesteld dat de kern van de problemen – het huidige stelsel is geen duurzaam stelsel – door alle actoren werd erkend. Een policy window van de stroom van erkenning van problemen was geopend. Bij de analyse van standpunten van actoren in 2002 gaat het om de vraag of er ook in de stroom van oplossingen een geopend policy window was en of er een politieke gebeurtenis was of kon worden gecreëerd die leidde tot besluitvorming. De analyse van 2002 wordt gemaakt aan de hand van de theorie van Schein.

6.3.1 Analyse van basisassumpties

In paragraaf 3.4 is Schein's visie op bewustzijn in organisaties beschreven in een drietal niveaus: (1) basisassumpties, (2) oriëntaties en waarden en (3) culturele artefacten. Basisassumpties hebben betrekking op fundamentele veronderstellingen van – in deze studie – maatschappelijke organisaties en politieke partijen. In de analyse van dit niveau maakt het onderdeel van de driedelige focus derhalve niet uit.⁸⁹ De basisassumpties gelden immers voor het gehele gedachtegoed, waarbij het niet uitmaakt of het gaat om verkeer of gezondheidszorg. Gebleken is dat vrijwel alle politieke partijen een beginselprogramma⁹⁰ hebben. Voor de onderzochte maatschappelijke organisaties geldt het

⁸⁸ Van de uitspraken na de publicatie 'Vraag aan bod' worden alleen de uitspraken die nog wel tijdens de regeerperiode van Kok-2 zijn gedaan in de analyse meegenomen.

⁸⁹ Zie ook paragraaf 3.4.

⁹⁰ Niet alle partijen gebruiken het begrip beginselprogramma om beginselen of uitgangspunten van het gedachtegoed te duiden. Ook begrippen als programma van uitgangspunten en leidraad worden gebruikt. In deze studie wordt dit alles samengevat onder het begrip 'beginselprogramma'.

tegenovergestelde. Voor de maatschappelijke organisaties is binnen het bestek van deze studie daarom geen analyse te maken van het niveau der basisassumpties.

In de beginselprogramma's komen de begrippen solidariteit en verantwoordelijkheid veelvuldig voor. Het beginsel solidariteit wordt door PvdA (1977), CDA (1980), D66 (2000) en SP (1999) gebruikt als kern van hun gedachtegoed. Door de toevoeging van een ander begrip ontstaan er echter verschillen. De PvdA verbindt solidariteit aan gelijkheid van mensen. CDA spreekt van solidariteit waarbij het draait om "sociaal menselijke verhoudingen". D66 spreekt van solidariteit "met mensen die niet kunnen". De SP koppelt solidariteit aan de gelijkwaardigheid van mensen.

Het beginsel verantwoordelijkheid komt in alle beginselprogramma's voor, maar telkens in combinatie met een ander begrip: "sociale verantwoordelijkheid" (PvdA), verantwoordelijkheid gericht op het individu (VVD, 1980), "burgers willen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor zichzelf en hun omgeving" (D66), "gespreide verantwoordelijkheid" (CDA), "verantwoordelijkheid voor elkaar" (ChristenUnie, 2001) en "individuen met eigen verantwoordelijkheid (...) hebben elkaar voortdurend nodig" (SP).

Hieruit blijkt dat reeds in de basisassumpties enkele kenmerkende verschillen aan het licht komen. Waar verantwoordelijkheid voor de ene groep actoren – VVD, D66 en SP – nadrukkelijk op het individuele niveau dient te worden betrokken, richten andere actoren – PvdA, CDA en ChristenUnie – verantwoordelijkheid ook op andere actoren. Binnen deze verdeling is echter een duidelijk verschil te zien tussen VVD en D66 enerzijds en SP anderzijds. De SP verbindt de conclusie dat eigen verantwoordelijkheid verbonden dient te worden met solidariteit, omdat mensen niet gelijk zijn, maar wel gelijkwaardig zouden moeten zijn. Om dat te bereiken dient, volgens de SP, ieder individu zijn verantwoordelijkheid te nemen voor de samenleving. Ook tussen PvdA en CDA is een verschil waar te nemen. In de toelichting verbindt de PvdA de conclusie dat een belangrijke rol is weggelegd voor de overheid, terwijl het CDA meer de nadruk legt op verantwoordelijkheid voor de verschillende organisaties en actoren.

Uit deze analyse blijkt dat actoren vanuit de uitgangspunten een andere visie hebben op welke wijze de verzekeraar een rol speelt in het stelsel. Op basis van deze analyse kan echter niet worden geconcludeerd dat deze verschillen onoverkomelijk zijn.

6.3.2 Analyse van oriëntaties en waarden

Op het niveau van oriëntaties en waarden ligt de nadruk op expliciet door de actoren naar voren gebrachte opvattingen en wensen.⁹¹ Het gaat daarbij echter alleen om de hoofdlijnen, omdat de meer specifieke details sneller aan veranderingen onderhevig zijn en tot het niveau 'culturele artefacten' behoren. Zoals uit de analyse van het eerste niveau bleek, is er onderscheid tussen actoren die zich vanuit hun uitgangspunten primair richten op het individu en actoren die zich nadrukkelijker richten op het geheel, dan wel grotere groepen. Dit element wordt versterkt bij de analyse van het niveau van oriëntaties en waarden. Waar de actoren die vanuit het individu redeneren voornamelijk kiezen voor zo min mogelijk overheidsinvloeden, kiezen actoren die denken vanuit het geheel dan wel de grotere groep voor een sterkere overheidsinvloed. Op dit niveau blijkt tegelijkertijd dat er enige nuance dient te worden aangebracht in dit onderscheid, in het bijzonder wanneer de analyse wordt gericht op het object van deze studie, de zorgverzekeraar.

De analyse op het niveau van oriëntaties en waarden wordt gemaakt volgens de indeling van het driedig focus, te beginnen met de verantwoordelijkheidsverdeling. Bij de weergave van overeenkomsten en verschillen in paragraaf 5.3.3 is naar voren gekomen dat de fundamentele insteek van actoren ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling divergerende bewegingen laat zien.

⁹¹ Zie ook paragraaf 3.4

De rol van de zorgverzekeraar blijkt discutabel te zijn, waarbij het politieke links-rechts-denken de richting aangeeft. Vanuit de redenering dat de markt het stelsel moet sturen, geven VVD, VNO-NCW, MKB-Nederland en VvV aan dat de verzekeraar als ondernemer dient op te treden, waarbij de betekenis voor overheid en burger minder belangrijk is dan de betekenis voor de verzekeraar zelf. D66, CNV en Consumentenbond vinden dat de verzekeraar een makelaar dient te zijn in dienst van de burger. Dit betekent eigenlijk dat de verzekeraar een ondernemer dient te zijn, die naast het eigen belang het belang van de burger als tweede kernprioriteit heeft. Samen met D66, CNV en VvV noemt CDA de verzekeraar maatschappelijk ondernemer, waarbij meespeelt dat CDA niet gelooft in absolute marktwerking.⁹² Volgens het CDA dient de verzekeraar een cruciale rol in het stelsel te krijgen. Het CNV ziet het maatschappelijk ondernemerschap echter in een door de overheid geregisseerd stelsel. Op dit element krijgt CNV steun van de 'linkse' actoren. PvdA, GL, SP en FNV willen een actief optredende overheid en geven de verzekeraar daarmee een minder sturende rol.

Duidelijk wordt dat de onduidelijkheid op het niveau van oriëntaties en waarden komt door het gebruik van terminologie en het combineren van de verschillende posities van de actoren. De ideologische lading van het niveau van de basisassumpties wordt verder uitgediept en zorgt voor versterking van de dynamiek door interpretatieverschillen. De koppeling tussen de mate van marktwerking en de rol die de verzekeraar dient te krijgen blijkt bovendien van belang te zijn in de positionering van actoren. Om dit dieper te analyseren dient het niveau van oriëntaties en waarden te worden geanalyseerd op het element vraagsturing en marktwerking.

Het links-rechts-denken dat reeds naar voren kwam bij de verantwoordelijkheidsverdeling wordt op dit niveau eveneens onderkend in de analyse van de concepten vraagsturing en marktwerking. Het etiket 'rechts' wordt door de PvdA geplakt op de werking van vraagsturing die 'rechtse' actoren willen. Toch kan ook op dit niveau worden geconstateerd dat de scheiding tussen 'links' en 'rechts' niet zo absoluut is als wordt gesuggereerd door actoren. Marktwerking kan niet volgens PvdA, SP, GL, FNV en CNV, maar een systeem met prikkels wel. D66 en CDA zien marktwerking wel als een mogelijkheid in het stelsel, maar prefereren gereguleerde marktwerking boven absolute marktwerking met daarbij de aantekening dat prikkels noodzaak zijn in een modern systeem. De oorspronkelijke intenties,⁹³ zoals actoren die vanuit hun beginselen naar voren brengen, blijken ten aanzien van vraagsturing en marktwerking enigszins rekbaar te zijn. Tegenstander van marktwerking blijken vormen van prikkels acceptabel te vinden en voorstanders van marktwerking zien in het karakter van het stelsel belemmeringen voor absolute marktwerking. Op het niveau van oriëntaties en waarden lijken de door de actoren ingebrachte nuances als "geen marktwerking, maar wel prikkels" enige toenadering op te leveren. De invulling hiervan geschiedt echter in de discussies waarbij de uiteindelijke besluitvorming dient plaats te vinden, wat meer op het niveau van de culturele artefacten ligt.

Ten aanzien van commerciële zorg lijken de meningen fors uiteen te lopen. Slechts twee actoren zijn principieel tegenstander: SP en ChristenUnie. Andere actoren hebben angst voor de gevolgen (CDA, GL, FNV, CNV en VvV) of zijn voorstander (VVD, VNO-NCW). Wat uit de standpunten blijkt, is dat voornamelijk het label 'commercieel' voor problemen zorgt. Bepaalde vormen van aanvullende zorg buiten het reguliere circuit hoeven niet per definitie tot problemen te leiden. Het lijkt echter voornamelijk de onduidelijkheid, over wat als goed en niet goed dient te worden beoordeeld, die voor positionering zorgt. Bij gebrek aan concrete kabinetsplannen voor de positionering van 'derde geldstroomzorg' of 'commerciële zorg' blijft op dit niveau een heldere analyse moeilijk.

De derde pilaar van het driedig focus is het basispakket. In de analyse van het niveau van oriëntatie en waarden blijkt dat de actoren hun gedachtegoed willen vertalen in de wijze waarop het basispakket wordt vormgegeven in het stelsel. Het vormgeven van solidariteit is voor enkele actoren – PvdA, GL,

⁹² Dit element wordt in de analyse van het concept vraagsturing en marktwerking verder uitgediept.

⁹³ Het begrip 'oorspronkelijke intenties' is ontleend aan Schein en reeds eerder gebruikt in paragraaf 3.4.2

SP, FNV en CNV reden om te kiezen voor een breed pakket. Andere actoren kiezen juist vanwege hun keuze voor marktwerking en concurrentie voor een smal pakket. De inrichting van het pakket lijkt dus voornamelijk af te hangen van de wijze waarop de actoren zichzelf positioneren ten opzichte van vraagsturing en marktwerking. Op het analytisch niveau van oriëntaties en waarden is daar geen klaarheid over te verschaffen.

Hetzelfde geldt voor de premieheffing. Van alleen nominaal (VVD) tot alleen inkomensafhankelijk (PvdA, SP en FNV), met daar tussen alle andere actoren. De vele nuances die actoren inbrengen zijn deels op dit niveau te analyseren, maar grotendeels niet. Dat CDA en VNO-NCW nominale premies willen met compensaties in de fiscale sfeer wijst op een vorm van solidariteit en aandacht voor bepaalde groepen. In hoeverre deze actoren hierop wensen door te borduren kan op dit niveau niet duidelijk worden gemaakt, omdat dit mede afhankelijk is van actuele situaties, zoals berekeningen van instituten en de economische situatie. Ook de verdeling tussen inkomensafhankelijke en nominale gedeeltes in de premies kan niet worden verduidelijkt met deze analyse, omdat deze mening te zeer onderhevig is aan de dynamiek van de discussie.

Wat duidelijk valt te maken is dat een verplichte verzekering voor alle actoren wenselijk is. Ook hier geldt echter dat slechts op het niveau culturele artefacten kans is op enige vorm van analyse, omdat de concrete invulling te veel afhankelijk is van het moment waarop de besluitvorming daadwerkelijk plaatsvindt.

6.3.3 Analyse van culturele artefacten

Het niveau van culturele artefacten is – zoals Schein verwoordde – zeer moeilijk te analyseren, omdat onduidelijk is of bepaalde meningen toevallig of cultureel van aard zijn. Aangezien de meningen van actoren niet standvastig zijn gebleken,⁹⁴ is in deze studie gekozen voor de analyse van de concrete elementen zoals actoren die hebben verwoord in interviews en debatten. Bovendien is gebleken dat binnen organisaties meningen ook verdeeld kunnen liggen. Van te voren dient echter te worden vastgesteld dat deze standpunten vergankelijk zijn en niet als statisch en voor altijd geldend kunnen worden beoordeeld. Zoals Schein reeds aangaf is dit niveau “problematisch, omdat moeilijk is aan te geven of bepaalde patronen cultureel of toevallig zijn”.⁹⁵ Daarom wordt – zoals in paragraaf 3.4.3 reeds is gesteld – een analyse gemaakt van de specifieke elementen die de actoren naar voren hebben gebracht ten aanzien van de drie onderdelen van de focus.

De verantwoordelijkheidsverdeling wordt door de actoren uitgebreid besproken en aan de orde gesteld. Zoals in paragraaf 5.3 blijkt, zijn de uitspraken van actoren niet alleen gericht op het uitdragen van de eigen mening, maar ook soms als waardeoordeel ten aanzien van meningen van andere actoren. Hieruit blijkt dat de discussie niet alleen rationeel en inhoudelijk maar ook emotioneel en opportunistisch is. Daarbij komt naar voren dat actoren graag vasthouden aan eigen begrippen. Waar de ene actor de rol van regisseur gebruikt in de relatie met het aansturen van het gehele stelsel, spreekt de andere actor van makelaar omdat de verzekeraar een centrale rol heeft in dienst van de burger. Dit voorbeeld geeft aan dat de actoren sterk de neiging hebben om het door hen voorgestelde stelsel als het enige echt werkzame stelsel te zien. Enige aandacht voor het bereiken van een compromis dat afwijkt van de eigen mening lijkt nauwelijks te bestaan.

Duidelijk blijkt ook de aandacht voor de patiënt. Geen enkele partij lijkt tevreden over de huidige situatie, maar de retoriek van de actoren lijkt meer op het loslaten van ballonnen en het uittesten van reacties dan het daadwerkelijk tonen van een visie op de rol van de burger. Meer keuzevrijheid en meer aandacht voor de vraag van de burger lijkt onbetwistbaar, maar of dat middels een Pgb moet of middels een sterkere rol van de patiëntenorganisaties blijft in het midden. Het lijkt er op dat onenigheid over de daadwerkelijke versterking van de rol van de burger voor enige gereserveerdheid van de

⁹⁴ Zie paragrafen 4.3 en 6.3

⁹⁵ Zie ook paragraaf 3.4.3

actoren zorgt. Over de wijze waarop het stelsel daadwerkelijk meer gericht wordt op de patiënt kan in de analyse van de verantwoordelijkheidsverdeling geen duidelijkheid worden gegeven.

De analyse van een meer op de patiënt gericht stelsel kan enigszins worden verdiept wanneer wordt gekeken naar het element vraagsturing en marktwerking. Zoals op het niveau van de oriëntaties en waarden reeds naar voren kwam, is er een categorisering te maken in voor- en tegenstanders van marktwerking. In paragraaf 5.4.1 geven de toelichtingen van de actoren echter een scherper beeld van de uitwerking van het ondersteunen of juist verwerpen van vraagsturing en marktwerking. De PvdA blijkt geen radicale tegenstander van marktwerking te zijn, zolang er keuzevrijheid is en sprake is van een echte onderhandelingsituatie. De principieel lijkende afkeer tegen marktwerking blijkt onder bepaalde voorwaarden toch niet zo strikt te zijn. Met nadruk wordt echter door enkele actoren gesteld dat deze marktwerking alleen ten dienste van de patiënten mag worden uitgewerkt. Indien het geen aantoonbare voordelen heeft voor de patiënt zijn vraagsturing en marktwerking geen duurzame oplossingen. Het begrip 'aantoonbaar' is echter niet uitgewerkt. De vormgeving van vraagsturing leunt voornamelijk op de toename van keuzevrijheid voor patiënten. Deze keuzevrijheid ligt vooral in de keuze van de verzekeraar. Maar ook voor dit element blijken de actoren diverse randvoorwaarden aan te dragen. Zo vindt CDA dat alleen bij afschaffing van het BKZ daadwerkelijk keuzevrijheid kan worden bereikt. D66 vindt veranderen van verzekeraar in de huidige constellatie ondenkbaar. Andere actoren geven aan dat veranderen van verzekeraar mogelijk dient te zijn, maar spreken zich niet uit over de wijze waarop. De PvdA gelooft niet dat verzekeraars een lagere dan de maximale premie willen vragen. Onder de actoren blijkt de behoefte aan uitgewerkte varianten aanwezig.

Vervolgens is ook transparantie van het stelsel een voorwaarde voor vraagsturing en marktwerking. Hiermee wordt de keuzevrijheid voor de patiënt en de mate van concurrentie gestimuleerd. Ook op dit element is echter geen klip en klare analyse te maken. Alle actoren wijzen op het belang van beschikbaarheid van informatie, maar nergens wordt aangegeven waar de grens hiervan ligt.

Slechts een kleine minderheid bleek principieel tegen commerciële zorg te zijn. Commerciële zorg wordt door een meerderheid van actoren gekoppeld aan verruiming van de keuzemogelijkheden. Angst is echter de raadgever bij de overige actoren, gelet op de vragen die bestaan over de gevolgen voor de kwaliteit van de reguliere zorg, de kosten en de bereikbaarheid voor verschillende inkomens. Daar komt bij dat positionering van commerciële zorg binnen de reguliere zorg voor vele actoren wenselijk is. Voor diverse actoren lijkt het onduidelijk wat de gevolgen zijn van verruiming van commerciële zorg en het toestaan van commerciële zorg binnen het bestaande stelsel.

De positie van het basispakket binnen het stelsel krijgt in de discussie een ideologische lading, omdat de koppeling met het uitgangspunt solidariteit nadrukkelijk wordt gemaakt.⁹⁶ De linkse, sterk vanuit solidariteit denkende, actoren wensen een zo breed mogelijk pakket. Problematisch voor de analyse is echter de bewoording van waaruit dit pakket zou moeten bestaan: "gepaste", "noodzakelijke" en "gewenste" zorg. Juist dit maakt de analyse van de pakketbreedte moeilijk. Niet alleen GL en FNV spreken van een pakket van noodzakelijke zorg, maar ook VVD en Consumentenbond doen dat, terwijl zij juist voorstander zijn van een smal(ler) pakket. Het bestek van deze studie is te beperkt om na te gaan wat de diverse actoren hier concreet onder verstaan.

Wat betreft de premieheffing beperkt de discussie zich tussen inkomensafhankelijke en nominale premies en eventuele fiscale compensaties. Opmerkelijk is dat het pragmatisme in deze discussie nadrukkelijk naar boven komt. De PvdA wil geen fiscale compensaties, omdat discussies in het verleden hebben aangetoond dat dit niet op een meerderheid kan rekenen. Dit oogt vreemd, omdat die discussies in een andere tijdspanne en onder een andere druk werden gevoerd. De inkomensafhankelijkheid lijkt door een meerderheid van de actoren op de een of andere manier in de

⁹⁶ Zie ook paragraaf 6.3.1

premie naar voren te komen. Een belangrijke minderheid is hier echter geen voorstander van. Een groep voorstanders van een inkomensafhankelijk deel van de premieheffing wenst dit echter alleen via fiscale compensaties terug te laten komen. Het is juist deze groep die de sleutel naar een oplossing op dit gebied in handen heeft. Als zij moeten kiezen is de vraag of zij dichterbij de voorstanders van alleen nominaal staan of dat zij eventueel ook akkoord gaan met een inkomensafhankelijk deel van de premie.

6.4 Draagvlak in 2002

Op paragraaf 3.2 is een viertal bepalende factoren voor de mogelijkheid tot draagvlak geduid. Ten eerste wordt gewezen op consistentie van wensen en standpunten van actoren, waarbij uitgangspunten bovendien herkenbaar dienen te zijn te opzichte van de historische lijn. In deze studie is reeds enkele malen duidelijk geworden dat een niet altijd even consistente mening van actoren een probleem in dit dossier vormt. Willems benoemde dit zelfs tot een van de vijf factoren, die zorgen voor het falen van de besluitvorming. In paragraaf 6.3 is echter gebleken dat desondanks de basisassumpties en oriëntaties en waarden van de actoren in enige vorm houvast kunnen bieden om te komen tot draagvlak. Bij de analyse van het niveau van de basisassumpties zijn tussen de diverse actoren principiële maar geen onoverkomelijke verschillen naar voren gekomen. Deze verschillen zijn echter niet onoverkomelijk, waardoor geconstateerd kan worden dat het bereiken van draagvlak niet onmogelijk is. Op het niveau van de oriëntaties en waarden is gebleken dat de totstandkoming van het draagvlak lijdt onder het gebruik van een veelvoud aan begrippen. Deze vertroebeling van de discussie maakt duidelijk dat de mate van draagvlak op dit niveau weinig helderheid schept over de mate van consistentie van actoren. Op het niveau van de culturele artefacten is duidelijk geworden dat moeilijk is aan te geven op welke manier resultaten kunnen worden geboekt, mede doordat dit niveau zich sterk ontwikkeld op het moment dat er een besluit genomen moet gaan worden.

Het snel boeken van zichtbare resultaten wordt voornamelijk door de “ongeduldige” politieke actoren van groot belang gezien. Indien in de besluitvorming wordt gekozen voor een invoeringsstrategie, waarbij zowel op korte als lange termijn resultaten worden geboekt, hoeft draagvlak geen probleem te zijn. In de handelwijze van de kabinetten is hierin verandering opgetreden, want waar Lubbers-2 nog de weg van de geleidelijkheid wilde behandelen aan de hand van een blauwdruk kiest Kok-2 deze weg zonder een blauwdruk als leidraad. De kabinetten handelen echter nog niet volgens het advies van Dekker, die een radicale invoering voorstelt, wat gezien de politieke ongeduldigheid van actoren een niet vreemde keuze is. Een bijkomend element is dat “een ‘eerlijk’ of ‘democratisch’ proces op zich alleen niet vanzelfsprekend leidt tot draagvlak” (Edelenbos, 2001; p.25). Belangrijk is dat aandacht wordt besteed aan communicatie naar actoren en burgers.

In de derde plaats is een eerlijke verdeling van winst- en verliespunten voor betrokken actoren een richtinggevende factor. Alle kabinetten hebben in het verleden gepoogd een compromis te bereiken, maar steeds bleken er nog onoverkomelijke problemen te bestaan waardoor knopen niet definitief werden doorgesneden. De vraag is dus wat actoren zelf als een eerlijke verdeling beschouwen en wat zij zelf niet-onderhandelbare punten noemen, die zij nooit als verliespunt willen zien.

Ten slotte is een actueel voor burgers herkenbaar relevant probleem een stimulerende factor om draagvlak te bereiken. Aangezien de burgers last hebben van bijvoorbeeld de wachtlijsten en de personeelstekorten is hier zonder meer sprake van. Deze vier richtinggevende factoren geven weer dat draagvlak alleen mogelijk is, indien bereidheid bestaat bij actoren om zich in te zetten voor besluitvorming. Actoren dienen daarbij duidelijke consistente meningen te hebben, niet te ongeduldig te zijn en bereid te zijn verliezen te nemen.

Diverse malen is de scheidslijn tussen links en rechts naar voren gekomen. Waar gesproken wordt over coalitievorming lijken in dit dossier de meest voor de hand liggende coalities te worden gevormd tussen de 'linkse' óf 'rechtse' actoren.⁹⁷ Toch is dit onderscheid niet te maken met een grote lijn tussen het ene en het andere kamp. Lubbers-3 was een coalitie van CDA en PvdA die de muren tussen 'links' en 'rechts' had kunnen slechten. Ook de jaren daarna waren er mogelijkheden voor een doorbraak toen PvdA, VVD en D66 Kok-1 en Kok-2 vormden. Ondanks deze regeringscoalities bleek een duurzame oplossing voor de problemen van het stelsel niet tot de mogelijkheden te behoren. Kok-1 en Kok-2 leken bovendien niet een bepaalde rol van de verzekeraar in gedachten te hebben.⁹⁸ Deze regeringscoalities had geen leidende rol in het debat. In 2002 is de samenwerking tussen de PvdA en VNO-NCW ten aanzien van een oplossing voor de wachtlijstenproblematiek een voorbeeld van een tijdelijke partiële coalitie.⁹⁹ In de interviews en de bestudeerde literatuur zijn er geen andere coalities naar voren gekomen dan deze en de regeringscoalities. Het bestek van deze studie is te beperkt om de redenen hiervoor te achterhalen.

In de onderzochte tijdsperiode lijken alle actoren bij voorbaat genoeg te hebben genomen met de omstandigheid dat synthese niet haalbaar is. De analyse uit paragraaf 6.3 bevestigt dit beeld. Een situatie waarin een oplossing wordt bereikt waarin alle partijen winnen of alle partijen het gevoel hebben dat ze winnen zal niet worden bereikt. Daarvoor liggen de standpunten te ver uit elkaar. De inzet was in het vervolg gericht op het bereiken van een compromis.

Lubbers-2 gaf Dekker de opdracht 'a plan to end all plans' op te stellen. De intentie van Lubbers-2 was te komen met een plan dat actoren zou overtuigen dat Dekkers voorstel de enige juiste weg zou zijn. Met andere woorden, het doel van Dekker was een voor alle actoren acceptabel compromis te bereiken. Mede de val van het kabinet Lubbers-2 – in terminologie van Kingdon een politieke gebeurtenis – kon het compromis niet bereikt worden.

Lubbers-3 probeerde met een nieuwe notitie te werken aan een compromis. Ook hier beperkte het compromis zich tot bepaalde onderdelen, omdat de actoren het niet eens konden worden over een nieuw stelsel. Zoals reeds in paragraaf 4.3 is geformuleerd, was het bijzonder dat slechts enkele doelen van Lubbers-3 zijn bereikt. Er was immers draagvlak voor de noodzaak van veranderingen, maar een compromis voor een geschikt instrumentarium kon echter niet worden gevonden.

Het compromis om niet te komen met grote nieuwe plannen, dat tijdens het sluiten van het regeerakkoord van Kok-1 werd bereikt, bleef vrijwel de gehele regeerperiode in stand. Ondanks de grote verdeeldheid vonden de coalitiepartijen zich in het pas op de plaats maken.¹⁰⁰ Tegelijkertijd werden er compromissen gesmeed op diverse deelterreinen. Tijdens Kok-2 werd deze lijn voortgezet, maar vonden de coalitiepartijen elkaar door te kiezen voor het verzamelen van bouwstenen voor een nieuw stelsel met een nieuwe rol voor de verzekeraar. Dit resulteerde echter niet tot grote plannen. Zodra echter een notitie van Kok-2 aan de Tweede Kamer werd voorgelegd, kwamen de echte verschillen tussen de coalitiepartijen naar voren. Het compromis in het kabinet was broos.

Volgens schema 3.1 kan de mate en de omvang van consensus worden beoordeeld. Dit gebeurt wederom aan de hand van de 'ronden' uit hoofdstuk 4. Tijdens Lubbers-2 was er slechts over bepaalde onderdelen eenstemmigheid, terwijl op andere onderdelen, zoals de premieheffing en de breedte van het basispakket, complete tweedracht bestond. Gelet op de omvang van consensus kan worden geconstateerd dat slechts enkele kleine stappen zijn gezet, waarbij slechts aanzetten tot besluiten over belangrijke zaken werden gegeven.

⁹⁷ Zie vooral paragraaf 6.3

⁹⁸ Zie ook hoofdstuk 4

⁹⁹ Zie paragraaf 1.4

¹⁰⁰ Zie paragraaf 4.4

Lubbers-3 toont een soortgelijk beeld als Lubbers-2. Op enkele onderdelen bestond eenstemmigheid, maar tegelijkertijd bestond er ook tweedracht. De mate van consensus tijdens Lubbers-2 was dus niet erg groot. De omvang van consensus was niet groot. Zoals in paragraaf 4.3 is aangegeven, zijn er toch met instemming van actoren stappen gezet. De mate en de omvang van consensus waren tijdens Lubbers-3 iets groter dan tijdens Lubbers-2.

De koers van Kok-1 was te kenmerken als een trendbreuk. Volledige eenstemmigheid werd op geen enkel dossier bereikt, maar toch waren er diverse besluiten die belangrijke gevolgen hadden voor de rol van de verzekeraar en het stelsel. De mate van consensus is slechts te meten op bepaalde onderdelen en niet op het totaalplaatje, zoals dat tijdens Lubbers-2 en Lubbers-3 het geval was. De mate van consensus lijkt daarmee groter te zijn geweest. Ten aanzien van de omvang van consensus is er niet meer bereikt dan tijdens Lubbers-3. Stappen zijn gezet, maar de belangrijkste geschilpunten bleven bestaan.

De discussie tijdens Kok-2 is uitgebreid omschreven in hoofdstuk 5. Zoals uit paragraaf 6.3 is gebleken is de mate van consensus voor sommige onderwerpen te omschrijven als complete tweedracht, zoals de invulling van vraagsturing en marktwerking, en soms als volledige eenstemmigheid, zoals het karakter van de verzekering. In het algemeen is de tweedracht groter dan de eenstemmigheid. De omvang van consensus doet niet ter zake, omdat juist de eventuele voorspelling in het volgende hoofdstuk een rol speelt.

6.5 Tot slot

De analyse in dit hoofdstuk heeft duidelijk gemaakt dat er een palet aan redenen is waardoor besluitvorming met betrekking tot het stelsel en de rol van de verzekeraar wel of juist niet tot stand is gekomen. De analyse maakt duidelijk dat erkenning van problemen in het stelsel en de rol van de verzekeraar nimmer uit beeld is verdwenen. Politieke gebeurtenissen hebben de besluitvorming echter niet altijd vergemakkelijkt. De rol van de verzekeraar blijkt in de loop der jaren steeds meer op de voorgrond te zijn gekomen als spil van een goed functionerend stelsel. Mede op basis van deze analyse zullen in het volgende afsluitende hoofdstuk conclusies kunnen worden getrokken.

Hoofdstuk 7 Conclusies en vooruitblik

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden conclusies geformuleerd, die uit dit onderzoek volgen dan wel eruit af zijn te leiden. De onderzoeksresultaten zullen worden teruggekoppeld naar de centrale vraagstelling en de deelvragen. Vervolgens worden in paragraaf 7.3 de conclusies uit dit onderzoek weergegeven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een vooruitblik, waarin de belangrijkste randvoorwaarden worden geschetst met betrekking tot toekomstige besluitvorming over de rol van de verzekeraar. In deze vooruitblik worden tevens aanbevelingen gedaan voor de verwerving van draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar.

7.2 Terugkoppeling van de probleemstelling

De in hoofdstuk 1 geformuleerde deelvragen vormen de bouwstenen, waarmee de beantwoording van de centrale vraag wordt geconstrueerd. De centrale vraagstelling luidde als volgt:

Is er draagvlak in het politiek-bestuurlijk krachtenveld voor de door de overheid gewenste rol van de zorgverzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

Aan de hand van de beantwoording van de deelvragen zal de centrale vraagstelling worden beantwoord.

1. *Wat zijn de belangrijkste redenen voor het wel of juist niet veranderen van de rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds het rapport van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod'?*

Voor de beantwoording van deze deelvraag was het noodzakelijk om in hoofdstuk 2 de bestaande verhoudingen binnen het stelsel in kaart te brengen. Aan de hand van het zestal karakteristieken werd onder meer duidelijk dat de professionele autonomie de politiek enigszins uitsluit, in de gezondheidszorg een machtscentrum ontbreekt, een groot belang wordt gehecht aan inkomens- en risicosolidariteit en dat er sterke afhankelijkheden in de besturing bestaan. Mede dit laatste element heeft geleid tot een 'typisch Nederlands compromis'. Dit compromis is een van de belangrijkste redenen gebleken voor de moeizame ontwikkelingen in de discussies over de rol van de verzekeraar in het stelsel (hoofdstuk 4 en 5). Tevens wordt de vraag, welke actor een meer regisserende dan wel sturende rol dient te krijgen in het stelsel, door de diverse actoren anders beantwoord. Door de sterke afhankelijkheden blijken veranderingen in de rol van de verzekeraar direct invloed te hebben op de rol van de burger en de overheid. Andersom geldt uiteraard hetzelfde. Zoals bleek in hoofdstuk 6 is er slechts beperkte consensus bereikt met betrekking tot dit onderwerp wat vooral voortkomt uit de tweedracht die bestaat tussen actoren.

Voorts is in hoofdstuk 2 aandacht besteed aan de trends, kansen en bedreigingen voor het stelsel. Gedwongen door invloeden vanuit de Europese Unie is de rol van de verzekeraar veranderd. De gemengde verzekeringsvorm staat onder druk, waardoor de verzekeraar meer als een ondernemer dient op te treden. Bovendien blijken de verzekeraars te moeten inspelen op de opening van de zorgmarkt, omdat vrije toetreding van nieuwe verzekeraars mogelijk dient te zijn. Ook dient de verzekeraar in te spelen op nieuwe technologische ontwikkelingen die de verhoudingen tussen verzekeraar en burger, en verzekeraar en instellingen verandert. Dit aspect wordt versterkt door de vergrijzing van de samenleving.

In hoofdstuk 4 is onder meer beschreven wat de gevolgen voor de rol van de verzekeraar waren van beleid van de kabinetten Lubbers-2, Lubbers-3 en Kok-1. Lubbers-2 heeft nauwelijks getornd aan bestuurlijke veranderingen, ook al had dit heel anders kunnen zijn als de kabinetsreactie op Dekker, de nota *Verandering Verzekerd*, was uitgevoerd. Doordat de politieke verhoudingen in het Parlement niet gelijk waren aan de verhoudingen binnen het kabinet én doordat Lubbers-2 ten val kwam, zijn de veranderingen in de rol van de verzekeraar nauwelijks van de grond gekomen. De verzekeraar diende alleen in te spelen op de uitbreiding van de AWBZ en de introductie van de nominale premie door de invoering van de Ziekenfondswet.

Ook voor Lubbers-3 geldt dat de gevolgen voor de rol van de verzekeraar groter hadden kunnen zijn als de kabinetsplannen niet deels, maar geheel waren uitgevoerd. De belangrijkste redenen hiervoor waren de politieke onenigheid in het Parlement en in het veld. De door Simons voorgestelde verantwoordelijkheidsverdeling kreeg bijvoorbeeld geen steun van de zorgverzekeraars. Zoals Willems reeds concludeerde hebben de aanzetten tot een stelselwijziging (en dus tot grote veranderingen in de rol van de verzekeraar) niet geleid tot verwerving van maatschappelijk en dus politiek draagvlak (paragraaf 4.3.1). In schema 4.1 werd duidelijk wat hiervoor de belangrijkste redenen zijn: verbreding van de discussie naar ideologie en verantwoordelijkheidsverdeling, interferentie van parallelle debatten, tijd, gebrek aan meningvastheid en angst voor stijgende lastendruk. Ondanks dat door deze redenen grote veranderingen niet konden worden doorgevoerd, zijn wel kleinere voor de verzekeraar belangrijke stappen gezet, omdat actoren de verzekeraars een iets grotere en belangrijker positie wilden geven. Resultaat is een systematiek van financiële prikkels, een grotere benutting van kennis, beperkte vraagsturing en meer onderhandelingsruimte voor contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieders.

Tijdens Kok-1 werd gekozen voor een incrementele aanpak, waarmee grote veranderingen bij voorbaat werden uitgesloten. De coalitiepartijen waren eensgezind over het driesporenbeleid van Kok-1, waardoor concurrentie tussen verzekeraars, vraagsturing vanuit de burger en regionale samenwerking tot stand kwamen.

2. *Wat was de rol van draagvlak van betrokken actoren in het politiek-bestuurlijke krachtenveld ten aanzien van de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds het rapport van de commissie-Dekker tot 'Vraag aan bod'?*

In hoofdstuk 4 is duidelijk geworden dat in de diverse 'ronden' geen draagvlak kon worden gevonden voor de veranderingen die de kabinetten wilde doorvoeren. Dit geldt ook voor de periode Kok-1, waar het kabinet in het beginstadium draagvlak verloor door niet direct in te zetten op een stelselwijziging. In de loop van de kabinetsperiode ontstond er rumoer en zwakte het draagvlak af, doordat oplossingen voor erkende problemen niet werden geboden. Dit afkalvende draagvlak werd tevens versterkt door bepaalde beslissingen, zoals de afschaffing van de structuur van adviesorganen, waar met name maatschappelijke organisaties tegen te hoop liepen. Desondanks bleef de erkenning van problemen steeds bestaan.

Het gebrek aan draagvlak tijdens Lubbers-2 en Lubbers-3 zorgde voor het niet ten uitvoer laten komen van de plannen, zoals die verwoord stonden in de nota's *Verandering verzekerd* en *Werken aan zorgvernieuwing* (paragraaf 6.2). Slechts beperkte onderdelen kwamen wel ten uitvoer (hoofdstuk 4). Een andere resultante van het gebrek aan draagvlak was dat (alle) actoren ontevreden werden en steeds minder geloof hadden in oplossingen voor de rol van de verzekeraar die door de overheid werden aangedragen.

Al met al valt duidelijk te stellen dat het draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar zwak was. Hierdoor is slechts een klein deel van de voorgestelde veranderingen daadwerkelijk omgezet in de benodigde wet- en regelgeving. Enkele veranderingen hebben gezorgd dat de door de overheid gewenste stappen zijn gezet, zoals bijvoorbeeld de uitbreiding van de AWBZ

(Lubbers-2), versterking van de onderhandelingsruimte van aanbieders en verzekeraars (Lubbers-3) en de afschaffing van de adviesorganen (Kok-1).

3. *Wat zijn de politiek-bestuurlijke randvoorwaarden voor het bereiken van de veranderingen van de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?*

De aanname dat draagvlak een noodzakelijke voorwaarde is om veranderingen te bewerkstelligen wordt in de gehele analyse van deze studie bevestigd. In de hoofdstukken 4 en 6 bleek het gebrek aan draagvlak gewenste veranderingen te blokkeren. Voor het bereiken van draagvlak is in hoofdstuk 3 een viertal richtinggevende factoren verwoord: consistentie van wensen en standpunten, zichtbare resultaten, eerlijke verdeling van winst- en verliespunten en de relatie met voor de burger herkenbare en relevante problemen. Willems omschreef het gebrek aan consistentie van wensen en standpunten als het gebrek aan meningvastheid bij actoren. Ook in de interviews van deze studie werd dit beeld bevestigd. Onbekendheid met de standpunten van de actoren uit het verleden werd impliciet onderkend. Bovendien werd bevestigd dat de afhankelijkheid van de woordvoerder ook een rol speelt in het standpunt van de actor.

Zichtbare resultaten zijn noodzakelijk om te komen tot draagvlak. Tegelijkertijd is ook gebleken dat de politiek niet kiest voor zo snel mogelijke veranderingen in het stelsel, wat blijkt uit het verwerpen van het advies van Dekker om een nieuw stelsel radicaal in te voeren. Ongeacht dit element lijkt het een voorwaarde dat een helder en duidelijk stappenplan dat onafhankelijk is van eventuele veranderingen in de politieke constellatie een pré zal zijn voor het bereiken van veranderingen. Om dit te bereiken zullen met name de politieke actoren een andere houding moeten aannemen.

Geen enkele actor lijkt sinds Dekker bereid te zijn geweest om verlies te incasseren. Juist dit element kenmerkt de langdurige discussie rond de veranderingen in het stelsel. Ook op dit element is een andere attitude van met name politieke actoren een voorwaarde om de erkende problematiek te kunnen oplossen. Een krachtig gevoel van urgentie, bijvoorbeeld mogelijk door sterkere dwang vanuit de factoren als de demografische ontwikkelingen en Europese regelgeving, kan deze voorwaarde verder ondersteunen.

De vierde voorwaarde, een herkenbaar en relevant probleem voor burgers, is en blijft de discussie rond de rol van de verzekeraar en het stelsel. Burgers schuiven hun ontevredenheid over hun verzekeringspremie, de wachtlijsten en andere hiermee samenhangende onderwerpen niet onder stoelen of banken. De continue erkenning van problemen geeft aan dat dit element op zich geen blokkerend element is. Ook hier blijkt het gebrek aan gevoel van urgentie voor veranderingen in de rol van de verzekeraar in het stelsel een daadwerkelijke doorbraak tegenhouden.

Naast deze vier elementen van draagvlak is vrij naar Willems het element "geduld" toegevoegd aan de voorwaarden. Het feit dat de invoering van een nieuw stelsel en een fundamentele verandering van de rol van de verzekeraar te veel tijd kostte, is volgens Willems een reden dat tijdens Lubbers-2 en Lubbers-3 de stelselwijziging is vastgelopen.

Een andere toe te voegen voorwaarde is de angst voor de financiële gevolgen van een herziening van het stelsel. De gevolgen voor de rijksfinanciën en de positie van verzekeraars, instellingen en vooral burgers blijkt ook steeds weer een breekpunt te zijn bij het verwerven van draagvlak voor de besluitvorming.

Tenslotte is het een vereiste dat het kabinet de leiding neemt in het debat om de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar te bereiken. Het kabinet moet aangeven dat er een momentum wordt gekozen voor de herziening van het stelsel, omdat de urgentie groot is. Het kabinet zal hierbij eveneens moeten voorzien in heldere en duidelijke rekenmodellen, die de gevolgen van beleidsveranderingen weergeeft. Deze investering van de zijde van het kabinet kan de mogelijkheid tot uiteindelijke besluitvorming zoals het kabinet dit wenst sterk vergroten.

Nu de deelvragen zijn beantwoord, is het mogelijk om de centrale vraagstelling te beantwoorden

Is er draagvlak in het politiek-bestuurlijk krachtenveld voor de door de overheid gewenste rol van de zorgverzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

In 2002 was er geen draagvlak voor de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

De belangrijkste reden hiervoor is gelegen in het feit dat Kok-2 te laat een eigen mening heeft verwoord betreffende de positie ten aanzien van de rol van de verzekeraar, waardoor onduidelijk was wat de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar was. Bovendien was deze mening beleidsmatig en planmatig niet voldoende uitgewerkt, waarmee de politiek-bestuurlijke actoren onvoldoende overtuigd waren dat de voorgestelde wijze de goede weg zou zijn. Dit beeld wordt versterkt, doordat de actoren slechts in beperkte mate meningvast kunnen worden genoemd. Bovendien blijkt steeds dat actoren nimmer het achterste van hun tong willen laten zien en pas op het allerlaatste moment een definitief oordeel willen vellen over de diverse aspecten van de gedane voorstellen. Dit maakt het voor de overheid lastig om hier op in te spelen. Tevens kan gesteld worden dat een meerderheid van de politiek-bestuurlijke actoren de attitude (enigszins) dient te veranderen, omdat het karakter van dit dossier vraagt om een andere houding dan vele andere dossiers. Veranderingen in het stelsel staan onder permanente druk van burgers door persoonlijke en financiële belangen. Dit element vraagt om geduld, inzicht en acceptatie van verliespunten van actoren. Tevens dient de erkenning van problemen versterkt te worden door erkenning van de urgentie van de problematiek, welke meer en meer wordt versterkt door demografische ontwikkelingen, technologische vooruitgang, Europese wet- en regelgeving.

Ondanks de constatering dat draagvlak niet binnen handbereik ligt, kan worden gesteld dat de verwerving van draagvlak een moeilijk, maar geen onmogelijk proces is.

7.3 Conclusies

Samenvattend kan het volgende worden geconcludeerd:

1. Besluitvorming over de rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen is een zeer moeilijk proces door de dynamiek die ontstaat door beweging van factoren en actoren. Onmogelijk kan de besluitvorming niet worden genoemd.
2. In alle discussies ten tijde van de kabinetten Lubbers-2, Lubbers-3, Kok-1 en Kok-2 is het rapport *Bereidheid tot Verandering* van Dekker het ankerpunt, het punt waarop steeds wordt teruggekomen in de discussie.
3. De erkenning van problemen ten aanzien van het stelsel, de rol van de verzekeraar in het bijzonder, heeft geleid tot een gevoel van urgentie, maar niet tot de noodzakelijke bereidwilligheid om te komen tot besluitvorming. De blijkens de erkenning van problemen gewenste versterking van de rol van de verzekeraar om het stelsel meer dienstbaar te laten zijn aan de burger is hierdoor nauwelijks van de grond gekomen. Bovendien hebben de verzekeraars nauwelijks kunnen aantonen rijp te zijn voor een rol als maatschappelijk ondernemer in plaats van commercieel ondernemer.

4. Er is geen draagvlak voor grote veranderingen van de rol van de verzekeraar tot stand gekomen, omdat niet aan de vier voorwaarden tot de verwerving van draagvlak is voldaan: consistentie van wensen en standpunten, zichtbare resultaten, eerlijke verdeling van winst- en verliespunten en de relatie met voor de burger herkenbare en relevante problemen.
5. Draagvlak voor fundamentele veranderingen in de rol van de verzekeraar, zoals bijvoorbeeld Dekker heeft voorgesteld, is niet alleen in de politiek niet ontstaan, maar ook niet bij de maatschappelijke organisaties, de professionals en andere betrokkenen.
6. Ondanks dat 'de' grote stelselwijziging nooit is doorgevoerd, zijn wel stappen gezet naar een stelsel dat meer gericht is op de vraag van de burger. Door de sterke afhankelijkheden in het stelsel en door directe negatieve effecten is nooit gepoogd een ander draagvlak dan een 'polderdraagvlak' te bereiken. De discussies over veranderingen in de rol van de verzekeraar en het stelsel zorgden zelfs voor afbraak van het poldermodel waarin de onderlinge afhankelijkheden elkaar dienen te versterken. Deze afbraak gaf politiek-bestuurlijke actoren de gedachte dat zij verliezers zouden worden, indien wordt toegegeven aan een ingenomen standpunt. De angst voor de verliezersrol heeft negatieve invloed gehad op de bereidheid tot verandering van de rol van de verzekeraar.
7. Naast het loslaten van het streven naar synthese dient ook het streven naar een compromis, waar alle actoren het eindbesluit acceptabel vinden, te worden losgelaten om draagvlak te verwerven. Het verwerven van consensus lijkt weliswaar de beste methode om hinder machten te beperken en alle actoren zo goed mogelijk op één lijn te krijgen, maar het leidt uiteindelijk tot vertroebeling van de discussie. Bovendien werkt de negatieve connotatie rond het begrip 'compromis' een sociale, solide en duurzame oplossing niet in de hand.
8. De vijf redenen van het vastlopen van het Plan - Simons, die de parlementaire Subcommissie-Willems heeft benoemd, zijn ook in de periode van Simons tot 2002 volledig van kracht. Actoren zorgen voor verbreding van de discussie wat de besluitvorming bemoeilijkt. Parallellopende debatten blijven invloed uitoefenen op de discussie. Dat het invoeren van een nieuw stelsel veel tijd kost, blijft door actoren gebruikt worden als bezwaar. Bovendien wordt dit element gebruikt om de besluitvorming te vertragen, indien actoren het niet eens zijn met de voorstellen die worden gedaan. Ondanks de kritiek van Willems blijken actoren weinig consistent in de meningen. Dit wordt versterkt door wisselingen in de samenstelling van coalities en woordvoerders van organisaties en onder invloed van standpunten in andere debatten. Bovendien is het taalgebruik niet alleen verhullend, zoals Willems heeft verwoord, maar wordt door actoren zelfs bewust gebruikt om de discussie te vertragen en te bemoeilijken. De angst voor de stijging van de collectieve lastendruk was, ondanks de economische voorspoed tijdens Kok-1 en Kok-2, ook nog steeds voelbaar. Dit werd echter ook nadrukkelijk gespiegeld aan de financiële positie van burgers, verzekeraars en instellingen.
9. De politiek heeft slecht gebruik gemaakt van de politieke gebeurtenissen sinds Dekker om de rol van de verzekeraar duurzaam te veranderen. Het is vooral een gemiste kans dat in de jaren van economische voorspoed niet is geïnvesteerd in een nieuw stelsel en een herziening van de verantwoordelijkheden.
10. De politiek heeft moeite met keuzes maken, omdat ze enerzijds te weinig, anderzijds te veel op hun eigen kennis vertrouwen. Dit wordt gevoed door de stevige politisering van de achterban, die

kiest voor een principiële benadering als de gezondheidszorg in het nieuws komt. Dan gaat het meer over inkomenspolitiek dan over de wijze waarop de arts de patiënt het beste kan genezen.

11. Door onduidelijke en uiteenlopende manieren van communiceren is het debat over de rol van de verzekeraar onnodig complex. Naast het verhullende taalgebruik is door de kabinetten nooit gezorgd voor een zorgvuldige communicatiestrategie om het gesprek aan te gaan met maatschappelijke en politiek-bestuurlijke actoren.
12. Draagvlak voor de rol van de verzekeraar is op het niveau van de basisassumpties geen groot probleem. Op het niveau van de oriëntaties en waarden komen de verschillen tussen actoren aan het licht, voornamelijk ten aanzien van de richting van de vraagsturing en marktwerking. Vooral op het niveau van de culturele artefacten blijkt dat draagvlak zeer moeilijk te verwerven is, omdat de invulling van het basispakket, vraagsturing en marktwerking en de precisering van de verantwoordelijkheidsverdeling vraagt het doen van water bij de wijn door alle actoren.

7.4 Vooruitblik

Gezien de toenemende invloed van endogene en exogene factoren is verder uitstel van besluitvorming ten aanzien van een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering en veranderingen in de rol van de verzekeraar noodzakelijk. Zoals blijkt uit de conclusies van dit hoofdstuk is het niet makkelijk, maar zeker ook niet onmogelijk. De noodzaak wordt extra onderstreept door de economische situatie en de houding van de burgers.

Onmisbaar is een kabinet dat de leiding neemt in het debat en zichzelf en de politiek een deadline stelt om tot besluitvorming te komen. De doelstelling dient daarbij te zijn te komen tot een transparant stelsel, waarin de dienstverlening aan de burger en de vraag van de burger centraal staan. De onderlinge onenigheden dienen daaraan ondergeschikt te worden gemaakt. Het kabinet dient daarbij ook te kiezen voor heldere communicatie naar politiek-bestuurlijke én maatschappelijke actoren, maar vooral ook naar burgers. Een kabinet dat de leiding neemt, zal zorgen voor druk bij politiek-bestuurlijke actoren die zich juist in die situatie dienen te bezinnen op de eigen standpunten. De bereidheid om de erkenning van problemen om te zetten in veranderingen in de standpunten om daarmee tot een compromis te komen is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. Alleen dan kan aan de vier eisen van draagvlak worden voldaan. En dat is wat de Nederlandse burgers al jarenlang verwachten van de politiek.

Veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling, het inbrengen van vraagsturing en marktwerking en een besluit over het basispakket zijn noodzakelijke ingrediënten van de besluitvorming. De huidige patstellingen met betrekking tot de breedte van het basispakket, de premieheffing, de rol van de burger, de invoering van meer vraagsturing, vormen van marktwerking, de rol van de overheid én voornamelijk de rol van de verzekeraar kunnen doorbroken worden indien de conclusies in deze studie ter harte worden genomen. Vanzelfsprekend dient te worden aangetekend dat ook met inachtneming van de conclusies een doorbraak in de modernisering van het stelsel niet zonder meer wordt bereikt. Alles hangt af van de bereidwilligheid van de actoren om ingenomen standpunten te veranderen en zich niet te laten leiden tot opportunisme, maar tot een verstandige keuze dat een samenhangend transparant systeem de rol van de verzekeraar en daarmee ook de rol van de overheid, professionals én burgers in het stelsel kan verbeteren. Een goede uitkomst van het besluitvormingsproces wordt bevorderd, indien de politieke actoren, die uiteindelijk de besluitvorming voor hun rekening nemen, grotere specifieke kennis hebben van het stelsel. Bovendien zullen politieke actoren zich enkele eigenschappen eigen moeten maken, zoals geduld, minder scoringsdrang, meer acceptatie van 'niet winnen' en meer gevoel voor een voorgestelde invoeringstermijn. Tenslotte dienen politieke actoren zich minder te bedienen van verwarrend en

verhullend taalgebruik wat de discussie niet alleen voor burgers bemoeilijkt, maar ook voor henzelf. Op deze manier kan een patiëntvriendelijk, duurzaam stelsel passend binnen Europese regelgeving tot stand worden gebracht.

Politieke durf en tact zullen leiden tot besluitvorming met een stelsel van ziektekostenverzekeringen, waarin verzekeraars als maatschappelijke ondernemers zullen concurreren door onder meer dienstverlening en aanvullende pakketten bovenop het basispakket aan te bieden. Verzekeraars krijgen een verantwoordelijke rol in het optreden voor en namens de burgers in de inkoop van de zorg bij instellingen en bij het bedienen van de burger naar de vraag die hij heeft. Marktwerking en vraagsturing zullen nooit direct optimaal functioneren, maar indien de tijd wordt gegund aan een goed doordachte vorm van marktwerking en vraagsturing zal de burger het Nederlandse stelsel weer trots kunnen presenteren als een stelsel dat het mogelijk maakt dat de zorg voor iedereen bereikbaar is, dat iedereen verzekerd is en dat wachtlijsten tot het verleden behoren. De tijd van twijfel is voorbij; daadkracht is nodig. Alleen op die manier kunnen we een duurzaam, op de patiënt gericht stelsel realiseren, waar de verzekeraar in zijn rol als maatschappelijk ondernemer zich volledig ten dienste van de burger stelt.

Bijlage 1 Overzicht van gebruikte bronnen

1. BEA (Bureau voor Economische Argumentatie) (27 mei 1992). *Plan-Simons: patstellingen en denkrichtingen. Op zoek naar draagvlak voor stelselvernieuwing in de gezondheidszorg*. Hoofddorp: BEA.
2. Belinfante, Prof.mr. A.D., De Reede, Mr. J.L. (1997). *Beginnselen van het Nederlands staatsrecht* (13^e druk). Alphen aan de Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink.
3. Bont, drs. C., Livius, drs. T., Prins, drs. S. & Weermeijer, drs. A.W. (25 september 2000). *Duaal in balans. Particuliere ziektekostenverzekeraars in het zorgstelsel*. Utrecht: Cap Gemini Ernst & Young.
4. Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (1996). *De Nederlandse gezondheidszorg* (6^e druk). Utrecht: Spectrum.
5. Borst-Eilers, dr. E. (22 september 1999). Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: adviesthema's RVZ programma 2000. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. In: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (red.). *Werkprogramma RVZ 2000* (pp. 45-52). Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
6. Bos, dr. Gerard M.J. (2000). *Naar een gezond stelsel voor de toekomst. Discussienotitie ten behoeve van D66-congres dd 18 en 19 november 2000*. Den Haag: D66.
7. Bruggeman, Kim (2001). *Maatschappelijk ondernemen in de ziektekostenverzekeringssector*. Doctoraalscriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
8. CDA (Christen-Democratisch Appèl) (1980). *Program van uitgangspunten*. Den Haag: CDA.
9. CDA (Christen-Democratisch Appèl) (1998). *Samenleven doe je niet alleen. Verkiezingsprogramma 1998 – 2002*. Den Haag: CDA.
10. CDA (Christen-Democratisch Appèl) (2001). *Inleiding en geschiedenis*. http://www.cda.nl/articles/print.html?article_id=46
11. ChristenUnie (2001). *Kernprogramma*. Den Haag: ChristenUnie.
12. Consumentenbond (2000a). *Sheets ten bate van discussiesessie over het formuleren van eisen waaraan een nieuw stelsel moet voldoen*. Den Haag: Consumentenbond.
13. Consumentenbond (2000b). *Naar een vraaggericht zorgstelsel*. Den Haag: Consumentenbond.
14. CPB (Centraal Planbureau) (2000). *Ageing in the Netherlands*. Den Haag: SDU
15. Dees, drs. Dick (1997). *Voorwoord*. In: Elsinga, E. & Kemenade, Y.W. van (red.). *Van Revolutie naar Evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Maarssen: De Tijdstroom (pp. 9-10).

16. Dekker (Commissie-Dekker) (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg) (1987). *Bereidheid tot verandering*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid & Cultuur.
17. D66 (Democraten 1966) (2000). De uitgangspunten van Democraten 66. <http://www.d66.nl/visie/uitgangspunten.html>
18. D66 (Democraten 1966) (2000). *Vijf gerealiseerde voornemens van Els Borst*. <http://www.d66.nl/documenten/ls/idee/idee201-borst.html>
19. D66 Tweede Kamerfractie (10 november 2000). *Kiezen met zorg. Discussienotitie*. Den Haag: D66.
20. Dunning, Prof.dr. A.J. (1991). De toekomstige ontwikkelingen in de medische technologie. *Justitiële verkenningen*. Nr. 6.
21. Edelenbos, Jurian & Monnikhof, René (red.) (2001). Lokale interactieve beleidsvorming. Een vergelijkend onderzoek naar de consequenties van interactieve beleidsvorming voor het functioneren van de lokale democratie. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
22. Elsinga, E. (1997). *Van Dekker tot Borst. Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector*. In: Elsinga, E. & Kemenade, Y.W. van (red.) (1997). *Van Revolutie naar Evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Maarssen: De Tijdstroom (pp. 27-51).
23. Europees Hof van Justitie (1998). *Arresten van het Hof in de zaken C-120/95 en C-158/96. N. Decker/Caisse de maladie des employés privés en R. Kohl/Union des caisses de maladie*. Op : www.europarl.eu.int
24. GL Tweede-Kamerfractie (Groen Links) (2000a). *De krapte te lijf. 16 voorstellen om werken in de zorg aantrekkelijker te maken*. Den Haag: Groen Links Tweede-Kamerfractie.
25. GL Tweede-Kamerfractie (Groen Links) (2000b). *Op gezonde basis. Discussienota over een brede, sociale en solidaire basisverzekering*. Den Haag: Groen Links Tweede-Kamerfractie.
26. Graaf, H. van de & Hoppe, R (1996). *Beleid en Politiek. Een inleiding tot de beleidswetenschap en de beleidkunde*. Bussum: Dirk Coutinho.
27. Grinten, T.E.D. van der (1987). Ordening van gezondheidszorg. Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie-Dekker. In: *Tijdschrift Gezondheidszorg* 65. Nr. 21 (pp. 678 – 681).
28. Grinten, T.E.D. van der (1997). Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In: E. Elsinga & Y.W. van Kemenade (red.). *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Maarssen: De Tijdstroom (pp. 162-178).
29. Hakvoort, J.L.M. (1995). *Methoden en technieken van bestuurskundig onderzoek*. Delft: Eburon.
30. Hakvoort, J.L.M. & Veenswijk, M. (1997). De dynamiek van cultuurverandering. In: Management in overheidsorganisaties (pp. G3230-1 t/m 18). In: Kickert, W.J.M. (1999). *Organisatie en*

management in de publieke sector. Literatuurreader (pp. 225-242). Rotterdam: Erasmus Universiteit.

31. Kasdorp, Jan (2001). *De RVZ over het zorgstelsel*. Zoetermeer: RVZ.
32. Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies* (2nd edition). New York: Harper Collins College Publishers.
33. Leenen, prof.dr. H.J.J. (2000). *Volksgezondheid in het perspectief van de burger. Een schets van ontwikkelingen ten behoeve van een sociaal-liberale politiek*. 's-Gravenhage: Wetenschappelijk Bureau Democraten 1966.
34. Lijphart, A. (1992). *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek* (9^e druk). Haarlem: H.J.W. Becht.
35. Metze, Marcel (1996). *De Staat van Nederland. Op weg naar 2000*. Nijmegen: Uitgeverij SUN.
36. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2000). *Netherlands, OECD Economic surveys*. Paris: OECD.
37. Parsons, Wayne (1995). *Public policy. An introduction to the Theory and Practie of Policy analysis*. Cambridge: University press.
38. Plank, Rob van der (8 april 1999). *Requiem voor de Ziekenfondsraad*. Den Haag: VNO-NCW.
39. Projectgroep Economie Groningen (1989). *Concentratie verzekerd? De gevolgen voor de ziektekostenverzekeringsbranche van het Plan-Dekker voor de Gezondheidszorg*. Rijksuniversiteit Groningen.
40. Putters, K. (1998). *Maatschappelijk ondernemen in de zorg. Achtergrondnota*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
41. PvdA (Partij van de Arbeid) (1977). *Beginselprogramma Partij van de Arbeid*. Amsterdam: PvdA.
42. PvdA (Partij van de Arbeid) (1998). *Een wereld te winnen. Verkiezingsprogramma 1998 – 2002*. Amsterdam: PvdA.
43. PvdA (Partij van de Arbeid) (1999). Het Standpunt van de Partij van de Arbeid over Volksgezondheid. Onbezorgd in plaats van onverzorgd.
Op: http://www.pvda.nl/diversen/standpunten/standpunten99/fo/fo_volkgez.tpl
44. PvdA (Partij van de Arbeid) (2000a). *Pleidooi voor sterke en sociale zorg. Ontwerpuitgangspunten PvdA over de toekomst van de gezondheidszorg*. Den Haag: PvdA.
45. PvdA Tweede-Kamerfractie (Partij van de Arbeid) (2000b). *Toverballen met effect*. Den Haag: PvdA.
46. PvdA Tweede-Kamerfractie (Partij van de Arbeid) (2000c). *De kleur van grijs*. Den Haag: PvdA

47. PvdA/VNO-NCW (21 maart 2000). *Wachtlijsten de wacht aangezegd; een gezamenlijk initiatief van PvdA en VNO/NCW*. Den Haag: PvdA/VNO-NCW.
48. ROB (Raad voor het Openbaar Bestuur) (2000). *Helder als glas. Een pleidooi voor een burgergericht kwaliteitsconcept*. Den Haag: ROB.
49. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) (1998). *Besturen in overleg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
50. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) (1999). *Europa en de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
51. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) (2000a). *Plan van Aanpak, Advies Schaarste en eigen verantwoordelijkheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
52. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) (2000b). *De Rollen verdeeld*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
53. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) (2001). *Tussen care en cure*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
54. Schein, Edgar. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco / Washington / London: Jossey-Bass Publishers.
55. Schippers, Edith (1999). *Gezondheidszorg moet af van Russische toestanden*. In: VNO-NCW Forum. Den Haag: VNO-NCW.
56. Schippers, Edith (augustus 2000). Het stelsel van ziektekostenverzekeringen – liberale dilemma's. In: *Liberaal Reveil*. 41^e jaargang (4). Den Haag: Prof.mr. B.M. Teldersstichting.
57. Schut, Frederik T. (1995). *Competition in the Dutch Health Care Sector*. Ridderkerk: Ridderprint.
58. SER (Sociaal-Economische Raad) (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
59. SP (Socialistische Partij) (1999). *Heel de mens. Kernvisie van de SP, zoals vastgesteld door het 9^e congres op 18 december 1999*. Rotterdam: SP.
60. SP Tweede Kamerfractie (Socialistische Partij) (2000). *Een kwestie van beschaving. Gezondheidszorg gebaseerd op solidariteit*. Den Haag: SP.
61. Teisman, G.R. (1995). *Complexe besluitvorming. Een pluricentrisch perspectief op besluitvorming over ruimtelijke investeringen* (2^e herziene druk). 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij B.V.
62. Veenswijk, M. & Kickert, W.J.M. (1993). Departementale cultuur. In: Kickert, W.J.M. (red.). *Veranderingen in management en organisatie bij de rijksoverheid* (pp. 237 – 253). Alphen aan den Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink.

63. Veenswijk, Marcel (1995). *Departementale cultuur. IJzeren kooi, Bron van versplintering of Politiek werktuig?* Delft: Eburon.
64. VNO-NCW (Vereniging VNO-NCW) (20 oktober 1999). *Zorgen voor vernieuwing. Innovatie in de zorg.* Den Haag: VNO-NCW.
65. Vorst, F.A. (1997). *Terugblik op de ambtsperiode van staatssecretaris Hendriks.* In: J.C. Gerritsen & C.P. van Linschoten (red.). *Gezondheidszorgbeleid. Evaluatie en toekomstperspectief.* Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
66. Vos, P. (1999). *De trend, de traditie en de turbulentie. Turbulentie-analyse Nederlandse gezondheidszorg.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
67. Vos, P. (november 2000). *Zorgbehoefte en zorgvraag: een leidende of volgende overheid?* Lezing: PRV Limburg. Maastricht.
68. Vries, Miranda W.M. de (1999). *Governing with Your Closest Neighbour. An Assessment of Spatial Coalition Formation Theories.* Enschede: Print Partners Ipskamp.
69. VVD (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie) (1980). *Beginselverklaring van de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie.* Den Haag: VVD.
70. VVD (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie) (1998). *Investeren in uw toekomst. Verkiezingsprogramma 1998 – 2002.* Den Haag: VVD.
71. VVD (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie) (april 2000). *Kiezen voor keuze. Discussienota. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de sturing in de gezondheidszorg.* Den Haag: VVD.
72. VVD Tweede-Kamerfractie (Volkspartij voor Vrijheid en Democratie) (15 november 2000). *Inbreng Zorgnota 2001.* Den Haag: VVD Tweede Kamerfractie.
73. VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport) (25 april 2000). *Conferentie Met zorg veranderen.* Den Haag: VWS.
74. VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport) (6 juli 2001). *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel.* Den Haag: VWS.
75. Weidenfeld, Werner & Wessels, Wolfgang (1997). *Europa van A tot Z. Vademecum van de Europese integratie.* Institut für die Europäische Politik. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
76. WI (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA) (2000). *Het wachten moe. Nieuwe regie in de zorg.* Den Haag: WI.
77. WI (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA) (2001). *Inleiding.* Op: <http://www.cda.nl/articles/1492/>
78. Willems (Commissie-Willems) (Commissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid) (1994). *'s-Gravenhage: Tweede Kamer/Sdu Uitgeverij.*

79. Zuithof, Martin (juli 2000). *Laten we kijken hoe het werkt. Corrie Hermann over marktwerking in de zorg*. In: Groen Links Magazine. Nummer 6. Utrecht: Groen Links.

Bijlage 2 Lijst der afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BEA	Bureau voor Economische Argumentatie
BKZ	Budget Kader Zorg
BOM-model	Burgerschap Ondernemerschap Marktmeesterschap-model
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDA	Christen Democratisch Appèl
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
CPB	Centraal Planbureau
Dekker	Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg
D66	Democraten 1966
DNB	De Nederlandsche Bank
EK	Eerste Kamer der Staten-Generaal
EU	Europese Unie
FNV	Federatie Nederlands Vakbeweging
GL	Groen Links
GPV	Gereformeerd Politiek Verbond
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
Kok-1	Eerste kabinet onder leiding van premier Kok (PvdA, VVD & D66)
Kok-2	Tweede kabinet onder leiding van premier Kok (PvdA, VVD & D66)
LHV	Landelijk Huisartsen Verbond
Lubbers-1	Eerste Kabinet onder leiding van premier Lubbers (CDA & VVD)
Lubbers-2	Tweede Kabinet onder leiding van premier Lubbers (CDA & VVD)
Lubbers-3	Derde Kabinet onder leiding van premier Lubbers (CDA & PvdA)
MKB-Nederland	Midden- en Kleinbedrijf Nederland
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NP/CF	Nationale Patiënten / Consumenten Federatie
OECD ¹⁰¹	Organisation for Economic Co-operation and Development
Pgb	Persoonsgebonden budget
PvdA	Partij van de Arbeid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RPF	Reformatorische Politieke Federatie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SER	Sociaal-Economische Raad
SGP	Staatkundig Gereformeerde Partij
SP	Socialistische Partij
SWB	Stichting Wetenschappelijk Bureau D66
TK	Tweede Kamer der Staten-Generaal
Unie mhp	Vakcentrale voor middengroepen en hoger personeel
VNO-NCW	Vereniging Verbond van Nederlandse Ondernemers - Nederlandse Christelijk Werkgeversverbond
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VvV	Verbond van Verzekeraars

VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
WHO	World Health Organisation (Wereldgezondheidsorganisatie)
WI	Wetenschappelijk Instituut voor het CDA
Willems	Commissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
Wtz	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

¹⁰¹ In Nederland wordt in plaats van OECD ook vaak de Nederlandse vertaling OESO gebruikt. OESO staat voor de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.

Bijlage 3 Overzicht respondenten

In de periode van 21 september tot en met 25 oktober 2000 heb ik voor mijn onderzoek een vijftiental interviews afgenomen. Dit onderzoek deed ik zowel voor de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg te Zoetermeer als voor mijn afstudeerscriptie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. De selectie van geïnterviewde personen bestond uit woordvoerders gezondheidszorg van de Tweede Kamerfracties¹⁰², directeuren van Wetenschappelijke bureaus en vertegenwoordigers van diverse maatschappelijke organisaties.

Helaas bleek het om uiteenlopende redenen bij de Tweede Kamerfractie van de Socialistische Partij, de Wiarda Beckmanstichting van de Partij van de Arbeid, het Wetenschappelijk Bureau Groen Links en het Wetenschappelijk Bureau van de ChristenUnie niet mogelijk om een interview af te nemen.

Uiteindelijk zijn vijftien respondenten geïnterviewd. In alfabetische volgorde met daarbij hun functie ten tijde van het interview zijn dit:

- *Mw. Mr. A.M. van Blerck-Woerdman, Tweede Kamerlid namens de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD);*
- *Drs. J. de Boer en Mevr. K. Kuiper, respectievelijk voorzitter en secretaris sociale zekerheid van de Koninklijke Vereniging MKB-Nederland, de koepelorganisatie voor het midden- en kleinbedrijf;*
- *Drs. W.M. Brittijn, beleidsmedewerker ziektekosten bij het Verbond van Verzekeraars;*
- *Drs. S. Buijs, Tweede Kamerlid namens het Christen Democratisch Appèl (CDA);*
- *Dhr. F. Cohen, directeur van de Consumentenbond;*
- *Dhr. T.W. Duijst, voormalig beleidsmedewerker bij de Christelijke Nederlandse Vakcentrale (CNV);*
- *Dr. K. Groenveld, directeur van de Prof.dr. B.M. Teldersstichting;*
- *Mw. Dr. C. Hermann, Tweede Kamerlid namens Groen Links;*
- *Dr. A. Klink, Directeur Wetenschappelijk Instituut Christen Democratisch Appèl (WI CDA);*
- *Dhr. R. Oudkerk, Tweede Kamerlid namens de Partij van de Arbeid (PvdA);*
- *Mr. A. Rouvoet, Tweede Kamerlid namens de Reformatorische Politieke Federatie (RPF), en Dhr. W. Schneider, beleidsmedewerker ChristenUnie in de Tweede Kamer;¹⁰³*
- *Mw. drs. E.I. Schippers, secretaris gezondheidszorg bij de Vereniging VNO-NCW;*
- *Dr. H.F. van der Velden, beleidsmedewerker gezondheidszorg van de Federatie Nederlandse Vakvereniging (FNV);*
- *Mevr. drs. S. van Vliet, Tweede Kamerlid namens Democraten'66 (D66);*
- *Dhr. Ch. de Vries, directeur van Stichting Wetenschappelijk Bureau Democraten'66 (SWB).*

Ondanks dat alle transcripties van de gesprekken zijn goedgekeurd door de respondenten zijn deze niet als bijlage bij deze studie gevoegd. Op aanvraag kunnen deze echter wel worden verstrekt. De voor deze studie belangrijke elementen uit de gesprekken komen in de studie wel aan de orde.

¹⁰² Het bleek in de tijdspanne waarin de gesprekken werden gehouden niet mogelijk een afspraak te maken met de woordvoerder van de SP Tweede Kamerfractie. Derhalve ontbreekt de SP als enige toen in de Tweede Kamer vertegenwoordigde partij in het overzicht.

¹⁰³ De heren Rouvoet en Schneider spraken namens de fracties van de RPF, GPV (Gereformeerd Politiek Verbond) en de SGP (Staatkundig Gereformeerde Partij). Deze partijen werkten ten tijde van het interview met één woordvoerder in de Tweede Kamer: de heer Rouvoet. De RPF en GPV waren officieel reeds gefuseerd tot de ChristenUnie. In de Tweede Kamer mocht die naam echter pas op een later moment worden gebruikt, omdat de partijen niet onder die nieuwe naam in de Tweede Kamer waren gekozen. Daarom was de heer Rouvoet nog Tweede Kamerlid namens de RPF en was de heer Schneider reeds beleidsmedewerker namens de ChristenUnie.

Bijlage 4 Opzet en vragenlijst ten behoeve van de interviews

Doel van de interviews

De interviews dienen van aanvullende waarde zijn voor het onderzoek van de RVZ en mijn studie naar de door de overheid gewenste rol van de verzekeraar in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het doel van de interviews is meer inzicht te krijgen in de vorming en totstandkoming van draagvlak ten aanzien van veranderingen van de rol van de verzekeraar. Een van de elementen is coalitievorming. Indien hier bij de literatuurstudie onvoldoende duidelijkheid over ontstaat, kunnen de interviews de benodigde informatie mogelijk verschaffen.

Een tweede doel is de huidige mening van de Tweede Kamerfracties en de 'denktank' van politieke partijen te toetsen aan de mening van de partijen in het recente verleden; kortom een beperkt historisch vergelijkend onderzoek op basis van bevindingen uit het literatuuronderzoek.

Ten derde moet de interviews meer duidelijkheid bieden over wat de actoren in de nabije toekomst in de discussie inbrengen of kunnen gaan inbrengen. Op basis van de mondelinge toelichting van de standpunten van de actoren kan mogelijk worden aangetoond of een (breed) draagvlak voor veranderingen in het geheel of op bepaalde punten mogelijk is.

Uitvoering van het interview

Inleiding

Het doel van het interview is een bijdrage te leveren aan het onderzoek dat ik doe voor de RVZ dat gebruikt zal worden voor het advies 'Schaarste en eigen verantwoordelijkheid'¹⁰⁴. Bovendien geldt mijn product als afstudeerscriptie voor mijn studie bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het advies zal echter in november worden uitgebracht, terwijl mijn scriptie in een later stadium zal worden afgerond. Naast mijn studie zijn er door de medewerkers nog verschillende andere achtergrondstudies verricht.

In het onderzoek worden de interviewverslagen gebruikt naast literatuurstudie, zoals verkiezingsprogramma's, notities van politieke partijen en kamerverslagen. Met behulp van literatuurstudie en de interviews zullen verschillende beslismomenten worden bekeken sinds het Plan-Dekker. Hieruit kunnen mogelijk consequenties of inconsequenties worden aangetoond.

Van dit gesprek zal een verslag worden gemaakt dat ik u zal opsturen ter accodering. De uitkomsten van de interviews zullen worden meegenomen voor het RVZ-advies. Bovendien zullen de uitkomsten als belangrijke empirische feiten worden meegenomen in mijn eigen onderzoek.

Tenslotte krijgt u het advies opgestuurd, zodra het wordt gepubliceerd. Bovendien kunt u, als u dat wenst, mijn afstudeerscriptie opgestuurd krijgen.

Organisatie

- Welk doel streeft uw organisatie na?
- Hoe houdt uw organisatie zich bezig met gezondheidszorg? Hoe wordt de mening gevormd? (bijvoorbeeld door meningen van maatschappelijke organisaties)
- Hoe ziet u uw positie in het gehele politiek-bestuurlijk krachtenveld? Zowel t.o.v. de eigen partij als andere wetenschappelijke bureaus, andere politiek-bestuurlijke actoren?

Ziektekostenstelsel op dit moment

- Wat zijn volgens u de grote problemen in het stelsel? (bijv. wachtlijsten, personeelstekorten)

¹⁰⁴ Dit advies werd uiteindelijk 'De rollen verdeeld' genoemd; 'Schaarste en eigen verantwoordelijkheid' was ten tijde van de interviews de werktitel.

- Hoe kunnen de problemen in het stelsel worden opgelost?

Ziektekostenstelsel; nu en in de toekomst

- Wat zijn voor u de fundamentele waarden voor een stelsel van ziektekostenverzekeringen?
- Welke eisen moeten minstens in het stelsel naar voren komen? Wat moeten de doelen voor de overheid zijn? Wat moet door de markt worden gerealiseerd?
(Denk aan: toegankelijkheid, solidariteit, eigen verantwoordelijkheid)
- Wat denkt u van de concrete oplossingen?
 - Basisverzekering;
 - Commerciële zorg;
 - Spanning (mogelijkheden, kansen, risico's) rond eigen verantwoordelijkheid.

Inhoudelijk

- Definitie van centrale begrippen:
 - Solidariteit;
 - Eigen verantwoordelijkheid [voor de burger, overheid, ziekenhuizen etc.];
 - Ondernemerschap - burgerschap;
 - Aanbodsturing - vraagsturing.

Factoren

- Welke (externe) factoren speelden/spelen een rol voor de veranderingen in de gezondheidszorg en het ziektekostenstelsel?
- Europa;
- Andere beleidsterreinen, zoals wonen.

Organisatie- of partijlijn in het verleden

- Is de mening van uw partij in de afgelopen consequent en consistent geweest? Waren er veranderingen en/of ommezwaaien in de standpunten?
- Waarin is uw partij (niet) veranderd in de situatie van Dekker tot nu?
- Waardoor werd de mening van uw partij voornamelijk bepaald?

Organisatie- of partijlijn in het verleden en nu

- Waarop verschilt uw partij in gezondheidszorgbeleid van andere politiek-bestuurlijke actoren?
- Wie zijn de bondgenoten van uw partij?
- Wat zijn de vijanden van uw partij?

Draagvlak

- Wat voor rol heeft draagvlak gespeeld in het verleden? Is draagvlak gekraakt door actoren en/of factoren?
- Wat zal de rol van politiek-bestuurlijk draagvlak zijn in de toekomst?
- Is het noodzakelijk?
- Is het wenselijk?
- Denk aan draagvlak in de organisaties die in het veld van de gezondheidszorg.

Glazen bol

- Op welke gebieden zal voldoende draagvlak zijn bij eventuele veranderingen of hervormingen van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, in het bijzonder de rol van de verzekeraar?
- Wat voor stelsel krijgt Nederland?

Tenslotte

- Zijn er nog zaken die u kwijt wilt die niet aan de orde zijn geweest?
- Zijn er nog opmerkingen die u voor het advies zou willen maken?
- Heeft u nog verdere vragen?