

De Effecten van Stelsels

Een drieluik over stelselhervormingen en transitie in de Nederlandse gezondheidszorg



Een essay geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving ter inspiratie van de conferentie "Tien jaar zorgstelsel; klaar voor de toekomst?"

Jan-Kees Helderman

Inhoud

Proloog	5
Over dit essay: een drieluik.....	5
Deel 1. Van Goede Zorg Verzekerd	8
Stelselmatig Hervormen.....	10
De modernisering van de AWBZ.....	15
Het Stelsel, de Markt, en de Polder.....	17
Deel 2. De ‘Governmentality’ van het Stelsel	21
Bestuurlijke transities rond de stelselwijziging	24
De kleine z van zBO	28
Deel 3. Experimentele Besturingskunst	32
Pragmatisme en Experimentele Besturingskunst	33
I. Van noodzakelijke zorg naar ‘gepast’ gebruik.....	34
Duivelse dilemma’s.....	36
Sturen op gepast gebruik	37
Experimentele Besturing en Gepast Gebruik.....	41
II. Transities in het Sociaal Domein	42
De grote herverkaveling van zorg	42
Experimentele besturing en het Sociaal Domein	44
III. De Regel die de Uitzondering onderzoekt.....	46
Bibliografie	48
Over de auteur	54

Proloog

De gezondheidszorg is één groot laboratorium van sociale, technologische en maatschappelijke experimenten (Klein, 2013) en als gevolg is het gezondheidszorgstelsel voortdurend subject van hervormingen en institutionele aanpassingen (Van der Grinten et al., 2004; Helderma et al., 2005). Historische markeringspunten zijn: het Ziekenfondsbesluit (1941), de Ziekenfondswet (1966), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967), de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (1986), de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktwerking Gezondheidszorg (2006) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2007 / 2015), de Jeugdwet (2015) en de Wet Langdurige Zorg (2015). Wetgeving behelst de codificering van veranderende sociale, economische, maatschappelijke en politiek-bestuurlijke verhoudingen, welke zich langs verschillende trajecten (diachronisch en synchronisch) op meanderende wijze aan ons openbaren. Vandaar het belang van een historisch institutionele analyse en het centrale concept van ‘padafhankelijkheid’ (Thelen en Steinmo, 1992; Pierson, 2004).

Padafhankelijkheid, echter, zou suggereren dat er slechts één weg naar het huidige stelsel heeft geleid en dat is in meerdere opzichten een misleidende voorstelling van zaken. Dat heeft een aantal consequenties voor de analyse en beoordeling van stelsels. Ten eerste, stelsels ontwikkelen zich over het algemeen gestaag zich langs meerdere trajecten. Institutionalisten hebben daarom de incrementele analyse van institutionele verandering weer omarmd (Thelen, 2004; Streeck en Thelen, 2005; Mahoney en Thelen, 2007; Helderma en Stiller, 2014). Ten tweede, veranderingen van buitenaf (exogene gebeurtenissen) zijn van invloed zijn op de ‘werdegang’ van instituties, maar diezelfde instituties veranderen ook door de strategische gedragingen en interacties van actoren die binnen die instituties werken. Ten derde, padafhankelijkheid is ook misleidend omdat er niet zoiets is als ‘het’ stelsel. Wanneer er sprake is van een grote mate van complementariteit tussen subsystemen, dan kunnen we voor het gemak spreken van ‘een’ stelsel, maar er is altijd sprake van meervoudige institutionele ordeningssystemen, meervoudige besturingsregimes en meervoudige handelingspraktijken die in meer of mindere mate complementair zijn aan elkaar (Amable, 2001; Helderma, 2007). Tot slot, we mogen best van een gezondheidszorgstelsel spreken zolang we maar oog houden voor inbedding van het stelsel in de grotere stelsels, dus, hoe verhoudt gezondheidszorg zich bijvoorbeeld tot onze verzorgingsstaat?

Over dit essay: een drieluik

Ik heb mij voor dit essay laten inspireren door de kunst en het ambacht van het drieluik, de tripartiek. Die inspiratie kwam toen ik ging nadenken over hoe ik in dit essay mijn gedachten over besturingsregimes en stelsels een plek kon geven. Ik had zowel behoefte aan een empirische analyse als aan een theoretische duiding en ook normatieve overwegingen moesten een plaats kunnen krijgen in dit essay. Om mijn gedachten over ‘het’ stelsel en daarbij passende besturingsregimes in de gezondheidszorg te ordenen (hoe kwam het tot stand, waar staan we nu, en waar brengt het ons?) bedacht ik dat de stijfiguur van de drieluik mij houvast zou kunnen geven en zo kwam ik terecht bij mijn grootste inspiratiebron: het drieluik dat de Italiaanse schilder Ambrogio Lorenzetti in opdracht van het Stadsbestuur van Sienna in 1338 en 1339 op de muren van het Palazzo Pubblico van de Stadsstaat Sienna schilderde: zijn fresco’s *“Allegoria ed effetti del Buono e del Cattivo*

Governo” (de effecten van goed en slecht bestuur). Het zijn fresco’s waar mijn bestuurskundig hart sneller van gaat kloppen; ook omdat ik het nadenken over governance alleen maar interessant vind in relatie tot waartoe het dient: ons maatschappelijk probleemoplossend vermogen met betrekking tot de kwesties die er volgens ons toe (moeten) doen, en al het andere is l’art pour l’art.

Drieluiken kennen meestal de volgende indeling. Op het linker paneel is een paradijselijke situatie afgebeeld (de hof van Eden, vlak voor dat de slang haar intrede doet; of een beeltenis van Christus). In het middelste paneel zien we een afbeelding van de wereld waarin de mens aan de aardse verleidingen bloot staat, zich overgeeft aan wereldse genietingen, zijn leven vult met het nastreven van ijdelheden. In het rechter paneel zien we dan vervolgens de hel en het vagevuur afgebeeld.¹ De fresco’s van Lorenzetti verschillen in die zin van deze indeling omdat hij op het midden paneel (de kopse wand) zijn ‘theorie’ van goed bestuur heeft afgebeeld, op de ene lange wand de effecten van goed bestuur en op de andere lange wand de effecten van het slechte bestuur. De florerende stad Sienna is het effect van goed bestuur, de tirannie en hongersnood zijn het effect van slecht bestuur. Waar het goede bestuur het Pareto optimale paradijs lijkt uit te beelden, staat het slechte bestuur voor de Tragedy of the Commons. Ik ben in dit essay niet op het paradijs gestuit en ook niet op de hel. Dat heeft alles te maken met het feit dat er in de echte wereld buiten geen pareto optimaal paradijs bestaat, zeker niet in de gezondheidszorg, en dat we gelukkig ook niet van een Tragedy of the Commons kunnen spreken. Mijn indeling volgt dus een andere gedachtenlijn.

In *“Uncertainty and the welfare economics of medical care”* schreef de Nobelprijswinnaar in de Economie, Kenneth Arrow: *“But it is contended here that the special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome the lack of optimality due to the non-marketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information. These compensatory institutional changes, with some reinforcement from usual profit motives, largely explain the observed noncompetitive behavior which, in itself, interferes with optimality. The social adjustment towards optimality thus puts obstacles in its own path.”* (Arrow, 1963: 947). Arrow zet in dit artikel de ‘medical market’ neer als de ‘default’ conditie van onze gezondheidszorg en verklaart van daaruit de vele instituties die ontwikkeld zijn om twee fundamentele tekortkomingen (imperfecties) van de markt te compenseren: de adequate borging van risico’s op het terrein van ziekte en inkomen en de asymmetrische verdeling van informatie. Daarom bestaat het gezondheidszorgsysteem uit meervoudige instituties en besturingsregimes, die slechts in meer of mindere mate complementair zijn elkaar. Ik beschouw de pogingen om ordening te brengen in de architectuur van het stelsel als een continue proces van experimenteren met bestaande en nieuwe institutionele ontwerpen in een context van fundamentele strategische, inhoudelijke en institutionele onzekerheid (vgl. Sabel en Zeitlin, 1997; Klein, 2013).

Ik begin dit drieluik met een historisch institutionele analyse van hervormingen die aan de stelselhervorming van 2006 vooraf gingen. Daarbij baseer ik mij op eerder werk en verwijzingen hierbinnen naar andere auteurs (Helderman et al., 2005; Helderman, 2007; Helderman et al, 2014; Helderman en Stiller, 2014). De stelselhervorming van 2006 kan worden beschouwd als de Grande Finale van de naoorlogse ontwikkeling van onze verzorgingsstaat. Vervolgens laat ik zien dat het stelsel daarmee niet af was, en zeker niet robuust, en hoe er in de afgelopen 10 jaar is getracht om

¹ Met dank aan mijn collega Berry Tholen voor het meedenken in deze metafoor en zijn kennis over de tripartiek.

nieuwe complementariteiten te realiseren in de ordening en besturing van de gezondheidszorg. In het tweede deel van dit essay ga ik in op de lessen die wie hieruit kunnen leren voor de besturing van de gezondheidszorg. In hoeverre en op welke wijze biedt het stelsel ruimte aan meervoudige besturingsregimes die passen bij het polycentrische systeem dat de gezondheidszorg bij uitstek is? Na een uiteenzetting van een viertal besturingsregimes, ga ik in op veranderende politiek-bestuurlijke verhoudingen en de consequenties die dit heeft voor besturingsrelaties in de zorg.

Is het stelsel klaar voor de toekomst? Een 'goed' stelsel verankert immers niet alleen de huidige verhoudingen (recht doend aan onze opvattingen van rechtvaardigheid) en biedt niet alleen een effectief en legitiem antwoord op actuele dilemma's en uitdagingen, maar biedt ons ook de politiek-bestuurlijke capaciteiten om te anticiperen op toekomstige dilemma's en uitdagingen en te experimenteren met mogelijke oplossingen hiervoor. In het derde deel van dit essay laat ik zien dat de sociale risico's van deze tijd, in deze laatmoderne verzorgingsstaat, zich voor een belangrijk deel niet meer op een actuariële wijze laten borgen. Daar liggen grofweg twee oorzaken aan ten grondslag. Allereerst de alsmaar toenemende en onregelende snelheid van technologische en medische innovaties en de maatschappelijke en politieke druk om deze vervolgens breed toegankelijk beschikbaar te stellen. Ten tweede, de opkomst van nieuwe sociale risico's (waaronder chronische ziekten) die om een geheel andere verzorgingsstaat vraagt, namelijk, een verzorgingsstaat die burgers ondersteunt in het verwerven van de capaciteiten en de vermogens om zo lang mogelijk op eigen kracht het 'goede' leven te leiden. Beide ontwikkelingen zijn fundamenteel van aard en zorgen er voor dat de 'onzekerheid' waar Arrow op wees een strategische onzekerheid is die op zijn beurt weer consequenties heeft voor het vraagstuk van informatiedeling. Ik probeer deze gedachte concreet te maken, ook in zijn normatieve en prescriptieve consequenties, in wat ik in dit essay experimentele besturingskunst noem.

Deel 1. Van Goede Zorg Verzekerd ...

“Detailed descriptions of types of incremental meandering would also be interesting; perhaps this would more clearly differentiate between a sequence that lead to reform and another that leads to revolution.” (Hirschman en Lindblom, 1962, p.221).

Van alle sociale verzekeringen in de vroegmoderne verzorgingsstaat, kan de invoering van een nationale zorgverzekering tot één van de meest controversiële sociale hervormingen worden gerekend (Immergut, 1992, p.1). Als sociale verzekering op het kruispunt van inkomensderving en ziekterisico's, bracht zij niet alleen werkgevers, vakbonden en politieke partijen met elkaar in conflict, ook artsen en andere medische professionals deden mee aan de strijd. Eenmaal beslecht bleken er twee dominante institutionele systemen te zijn: een uit belastingen betaald nationaal gezondheidszorgsysteem en een uit premies betaald zorgverzekeringstelsel (Saltman et al., 2004). De beide systemen kennen een grote mate van 'padafhankelijkheid', eenmaal voor een bepaald systeem gekozen werd het steeds kostbaarder om daar op een later moment nog radicaal daarvan af te wijken. Wel zijn beide systemen binnen de eigen institutionele parameters gestaag uitgebreid in omvang en dekkingsgraad en zijn met name de zorgverzekeringstelsels uitgebreid met andere bekostigingsinstituten om zo ook chronische ziekten en langdurige zorg te kunnen verzekeren.

Met het door de Duitse bezettingsmacht in 1941 opgelegde Ziekenfondsbesluit was er in Nederland voor het eerste sprake van een landelijk dekkende ziektekostenverzekering. Het Ziekenfondsbesluit zou pas op 1 januari 1966 worden vervangen door de Ziekenfondswet. Andere sociale wetgeving (zoals een ouderdomsvoorziening (AOW), een algemene werkloosheidsvoorziening en kinderbijslag) waren urgenter omdat er op die terreinen nog niets geregeld was. Bovendien functioneerde het Ziekenfondsbesluit prima en er ontstond zelfs in de jaren vijftig een zekere convergentie in de opvattingen van verschillende betrokken partijen over hoe de 'ideale' ziektekostenverzekering eruit zou moeten zien: een gedeeltelijk premie naar draagkracht, te heffen door de belastingdienst en te storten in een centraal fonds, gecombineerd met een nominale premie die geïnd zou moeten worden door de fondsen en de particuliere verzekeraars (Van Bottenburg et al., 1999, p.109). In de uiteindelijke Ziekenfondswet was er van deze convergentie nog weinig terug te vinden. Ideeën hebben vaak een lange incubatietijd nodig wanneer zij het willen brengen tot beleid.

De keuze voor een sociaal verzekeringstelsel had als consequentie dat er voor niet verzekerbare gezondheidsrisico's parallelle oplossingen nodig waren. Aan de 1968 in werking getreden Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) lagen dan ook functionele argumenten ten grondslag. Dat wat niet verzekerd kon worden binnen de op actuariële grondslagen gebaseerde ziektekostenverzekering, zou verzekerd moeten worden via de AWBZ: de volksverzekering. Het betrof met name intramurale (langdurige) zorg in verpleeghuizen en inrichtingen voor gehandicapten en zwakzinnigen, alsmede de opname en behandeling in ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen

die langer dan een jaar duurden.² Zo ontstond er ook in de bekostigingsinstituten een scheidslijn tussen de curatieve somatische zorg en de verzorging en verpleging. Een scheidslijn die door medisch-technologische innovaties, ontwikkelingen in de moderne geneeskunde (en daarmee gedeeltelijk samenhangend, epidemiologische transitie) overigens voortdurend onder druk stond. De ontwikkelingen in de GGZ bieden een mooi voorbeeld. Naarmate het curatieve vermogen van de psychiatrie toenam, paste dat deel van de GGZ steeds minder binnen de AWBZ. Omgekeerd heeft een toename van chronische ziekten (en comorbiditeit) belangrijke consequenties voor de passendheid van dergelijke ziektecategorieën binnen een zorgverzekeringsstelsel. De keuze voor bekostigingsstelsels op basis van actuariële en niet-actuariële gezondheidsrisico's en curatieve versus niet-curatieve zorg, heeft belangrijke consequenties gehad voor latere stelselhervormingen.

Maar voordat die consequenties zich zouden openbaren, dienden zich eerst twee meer acute dilemma's aan. In het midden van de jaren zeventig kwam het vraagstuk van kostenbeheersing op de beleidsagenda en het zou er niet meer van verdwijnen. Naast een gestage groei van honoraria en tarieven in de gezondheidszorg, was er geen enkele greep op het aantal verrichtingen en verstrekkingen. Tussen 1965 en 1985 stegen de totale lasten van de Ziekenfondswet met het tienvoudige, van 1 miljard gulden tot boven de 10 miljard, de uitgaven van de AWBZ stegen eveneens van 1 miljard tot 10 miljard gulden. Een planmatige beheersing kon niet uitblijven: planning, beddenreductie en tariefbeheersing deden hun intrede (Van Bottenburg et al., 1999). Hendriks, staatssecretaris van WVC in het kabinet Den Uyl, stelde voor de gezondheidszorg te ordenen langs twee principes: regionalisering en echelonnering. Daartoe diende hij in 1976 een tweetal wetsontwerpen in: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De invloed van betrokken partijen op de tarieven in de gezondheidszorg was daarmee geenszins verdwenen. Geen van de betrokken partijen, verzekeraars, medische beroepsgroepen en zorgaanbieders, hadden een direct belang bij lagere tarieven, minder volume en kostenbeheersing. De ziekenhuisbudgettering die in 1983 werd ingevoerd bleek een veel effectiever instrument te zijn. Als gevolg van de ziekenhuisbudgettering stabiliseerden de uitgaven aan de gezondheidszorg als percentage van het BNP zich rond de 8,5 procent (Schut, 1995; OECD, 2000).

Het tweede dilemma had alles te maken met het duale karakter van de ziektekostenverzekering. Het ziekenfonds was een natura verzekering voor loonarbeiders en hun gezinsleden onder een zeker inkomen. Naast de verplichte ziekenfondsverzekering voor loonarbeiders was er de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen beneden een zeker inkomen, een aparte 'bejaarden' ziekenfondsverzekering, een aparte publiekrechtelijke ambtenarenverzekering voor ambtenaren van lagere overheden, en een vrijwillige particuliere verzekering voor de rest van de bevolking. Zo lang al deze verzekeringen ongeveer dezelfde dekking en premies boden, was er sprake van een quasi universele ziektekostenverzekering. Maar in de kern bleef het een gefragmenteerd stelsel waarbij de belangrijkste scheidslijn liep tussen de verplichte collectieve ziekenfondsverzekering en de vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. Daar kwam bij dat de ziekenfondsgrens in Nederland relatief laag was ingesteld, veel lager dan bijvoorbeeld in Duitsland (Helderman en Stiller, 2014). Het ziekenfondsstelsel was bovendien niet waterdicht door de aanwezigheid van een vrijwillige

² Door de invoering van de AWBZ nam het aantal intramurale voorzieningen explosief toe. Het aantal plaatsen in verpleeghuizen steeg van 1.700 plaatsen in 1968 tot 47.000 plaatsen in 1980 (Van Bottenburg et al., 1999, p.117). De uitvoering van de AWBZ kwam in handen van de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, mits deze als uitvoeringsorganen waren toegelaten.

ziekenfondsverzekering met een vastgestelde voor iedere verzekerde gelijke nominale premie. Toen particuliere ziektekostenverzekeraars in de jaren zeventig en tachtig tot premiedifferentiatie overgingen, stapten met name 65-plussers massaal over naar de vrijwillige bejaardenziekenfondsverzekering terwijl gezonde jongere verzekerden de overstap maakten van de vrijwillige ziekenfondsverzekering naar de particuliere ziektekostenverzekering. Zo dreigde het duale verzekeringsstelsel van binnenuit te eroderen (Schut, 1995; Helderma, 2007).

Eind jaren zeventig had de Ziekenfondsraad over deze ontwikkeling reeds een advies uitgebracht. De meerderheid binnen de raad was voorstander van premiedifferentiatie binnen de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Om uitstroom richting de particuliere ziektekostenverzekering te voorkomen zou echter ook een bijdrage van de overheid nodig zijn. Die bijdrage kwam er niet, al zouden de overheidssubsidies aan de vrijwillige ziekenfondsverzekering toenemen van 4,7 procent op alle verstrekkingen in 1974 tot 11,7 procent in 1983 (Van Bottenburg et al., 1999). De dreigende erosie van het ziektekostenverzekeringsstelsel was echter te acuut en te urgent om te wachten op een grote stelselwijziging. In 1986 greep het kabinet Lubbers in met de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ). De vrijwillige ziekenfondsverzekering werd opgeheven. De groep ouderen en zelfstandigen met een laag inkomen werden ondergebracht bij de verplichte ziekenfondsregeling. Daarnaast werden de particuliere ziektekostenverzekeraars verplicht een risicofonds op te richten waarin alle overige verzekerden van de vrijwillige ziekenfondsverzekering op basis van een wettelijk voorgeschreven polis te verzekeren tegen een eveneens wettelijk vastgestelde maximale premie. Bijna 40 procent van de particulier verzekerden werd zo binnen het verplichte risicofonds gebracht en in de daarop volgende jaren werd de reikwijdte van het verplichte risicofonds verder uitgebreid. De invoering van de WTZ en Wet MOOZ, de zogenaamde 'kleine' stelselwijziging, zou achteraf gezien een beslissende stap blijken te zijn in de convergentie van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen (Helderma en Stiller, 2014).

Stelselmatig Hervormen

In de jaren tachtig van de vorige eeuw groeide het besef dat het spanningsveld tussen blijvend schaarse middelen en de alsmaar toenemende vraag naar zorg om een grondige verbouwing van het stelsel zou vragen. De dreigende erosie van het verzekeringsstelsel was weliswaar vooralsnog afgewend, maar het duale verzekeringsstelsel bleef kwetsbaar. Tegelijkertijd groeide de onvrede over centrale aanbodregulering en budgettering. Het bracht de overheid niet alleen veelvuldig in conflict met zorgaanbieders, medisch specialisten en zorgverzekeraars, maar de naar echelons gedifferentieerde budgetteringsmaatregelen hadden bovendien een averechts effect op de doelmatigheid van geleverde zorg (Helderma et al., 2005). Een fundamentele stelselherziening kon niet langer uitblijven. Het advies van de in 1986 geïnstalleerde Commissie-Dekker zou een cruciale rol gaan spelen in de hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. De commissie was nadrukkelijk gevraagd om niet alleen te komen met een duurzame oplossing voor het duale zorgverzekeringsstelsel, maar ook om met voorstellen te komen om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. De ideeën over 'managed competition' van de Amerikaanse gezondheidseconoom Alan Enthoven, zouden daar een cruciale rol in gaan spelen (Helderma et al., 2005).

In maart 1987 bracht de Commissie-Dekker zijn advies uit in het rapport onder de veelzeggende titel *Bereidheid tot Verandering*. Een verplichte basisverzekering zou gelijke toegang tot noodzakelijke zorg garanderen terwijl een systeem van gereguleerde concurrentie voor de noodzakelijke doelmatigheidsprikkels moest zorgen. De basisverzekering zou voor 75 procent worden gefinancierd via inkomensafhankelijke premies die via een centraal verdelingsfonds (de Algemene Kas) zouden worden herverdeeld over de verschillende ziektekostenverzekeraars op basis van het aantal verzekerden en vooraf vastgestelde risicoparameters. Daartoe zou het retrospectieve kostenvergoedingensysteem voor de ziekenfondsen worden vervangen door een prospectief risico gebaseerd vergoedingensysteem (de zogenaamde normuitkering). Aan verzekeringsnemers werd de mogelijkheid geboden om gedurende bepaalde perioden van verzekeraar te veranderen. Ziektekostenverzekeraars kregen de vrijheid om contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars zou moeten worden opgeheven.

Feit was dat het advies van de Commissie-Dekker voor alle betrokken partijen zowel positieve als negatieve elementen bevatten en dat verschillend samengestelde politieke coalities er mee uit de voeten konden. Achtereenvolgens verschenen de nota *Verandering verzekerd* (1988) van het tweede kabinet Lubbers en de nota's *Werken aan zorgvernieuwing* (1990) en *Weloverwogen verder* (1992) van het derde kabinet Lubbers. De titels van de verschillende nota's verraadden een eensgezinde ambitie en een zekere mate van consensus op hoofdlijnen. Maar de 'duivel' zetelde uiteraard in de details: de omvang van het basispakket, de keus tussen een publiekrechtelijk of privaatrechtelijke grondslag, en de gewenste verhouding tussen een inkomensafhankelijke en/of nominale premie. Over de mogelijke opbrengsten van gereguleerde concurrentie – doelmatigheid - bestond een zekere mate van scepsis. De meest fundamentele kritiek kwam van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). De gezondheidszorg liet door de dominante positie van zorgaanbieders eenvoudigweg geen marktwerking toe. Dezelfde marktimperfecties waren voor het ministerie van Financiën aanleiding om te waarschuwen voor een onbeheersbare groei van de zorguitgaven, een vrees die gedeeld werd door de werkgeversorganisaties.

De nieuwe staatssecretaris van volksgezondheid in het derde kabinet Lubbers, Hans Simons (PvdA), nam de voorstellen van Commissie-Dekker grotendeels over. Gegeven de brede politieke steun voor hervormingen in de gezondheidszorg verwachtte staatssecretaris Simons zijn hervormingen reeds in 1995 gerealiseerd te hebben. Maar de politieke en maatschappelijke steun brokkelde snel af toen de details van zijn plan bekend werden. Simons stelde voor om de basisverzekering via een uitbreiding van de AWBZ te bewerkstelligen. Hij kon feitelijk ook niet veel anders want aan veel voorwaarden voor een volledige convergentie tussen het ziekenfondsstelsel en de particuliere verzekering was nog niet voldaan. Zo ontbrak het onder andere aan een goed werkend risico vereveningssysteem en ook de product classificatie was nog onvoldoende ontwikkeld. Daarmee kwam het accent al snel te liggen op een brede volksverzekering (Van der Grinten, 2006). In 1993 zegde coalitiegenoot CDA de steun aan Simons op, vlak voor de val van het derde kabinet Lubbers (Van der Grinten, 2006).

Het eerste paarse kabinet trad op 22 augustus 1994 aan onder een zwaar economisch gesternte. De nieuwe minister van VWS, dr. Borst-Eilers (D66), kreeg een zware bezuinigingsopdracht mee. Voor wat betreft de hervorming van de gezondheidszorg koos minister Borst-Eilers nadrukkelijk voor een incrementele strategie. Het voorstel voor een basisverzekering werd verlaten en het bestaande stelsel van financiering zou zo veel mogelijk in tact worden gelaten. De paarse coalitie koos

bovendien voor een naar sector gedifferentieerd besturingsconcept en maakte daartoe onderscheid tussen het eerste en twee compartiment in de gezondheidszorg. In het eerste compartiment, inclusief de AWBZ, koos het paarse kabinet in eerste instantie voor strakke budgettaire kaders en centrale volumebeheersing. Het gevolg was een explosieve groei van de wachtlijsten voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en ouderenzorg en onder druk van de publieke opinie opende het kabinet de thuiszorgmarkt voor commerciële organisaties. Omdat echter de condities voor een gelijkwaardige concurrentiepositie voor bestaande thuiszorgorganisaties geheel ontbraken, werd marktwerking in de thuiszorg al snel een halt toegeroepen. Tijdens het tweede kabinet Kok nam de publieke druk om de wachtlijsten aan te pakken verder toe. In 2000 besloot het paarse kabinet onder druk van de publieke opinie tot het opheffen van alle budgettaire beperkingen in het eerste compartiment om zo de wachttijden voor thuiszorg en verpleeghuiszorg terug te dringen van acht naar vier weken in 2003 en om commerciële thuiszorgorganisaties alsnog toe te laten.

In het tweede compartiment hield het paarse kabinet aanvankelijk vast aan het voornemen om meer marktwerking de gezondheidszorg te bewerkstelligen. Ondertussen werden er belangrijke institutionele en technische precondities voor een stelsel van gereguleerde concurrentie gerealiseerd. Door een verfijning van het risico vereveningssysteem kon het financieel risico van ziekenfondsen onder de paarse kabinetten geleidelijk worden opgevoerd (Schut, 2003). Vanaf 1997 werd het ziekenfondsverzekerden bovendien toegestaan om jaarlijks van ziektekostenverzekeraar te veranderen. Een tweede belangrijke aanpassing betrof de ontwikkeling van zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC) om ziektekostenverzekeraars meer inzicht te verschaffen in de door zorgaanbieders geclaimde kosten. Daarnaast werden de prijzen van geneesmiddelen bij wet gereguleerd en werd de open einde honorering van medisch specialisten op basis van verrichtingen afgeschaft. Getoetst aan de doelstelling van kostenbeheersing waren deze interventies succesvol. De collectieve uitgaven aan de gezondheidszorg daalden van 8,5 procent van het BNP in 1995 tot 8,2 procent in 2000. Maar de keerzijde van deze stringente kostenbeheersing was dat de roep om meer ingrijpende en structurele maatregelen weer groter werd, net als in de jaren tachtig.

Pas aan het einde van zijn tweede termijn durfde het kabinet de stelselherziening weer te agenderen. In 2000 vroeg de regering advies aan de Sociaal Economische Raad (SER, 2000) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2000). Beide adviesorganen pleitten voor een structurele hervorming van het ziektekostenverzekeringstelsel in combinatie met een stelsel van gereguleerde concurrentie. Het kabinet koos nadrukkelijk voor een verdere integratie in het tweede compartiment. In de nota *Vraag aan bod* stelde het kabinet de modernisering van de Nederlandse gezondheidszorg voor als een tweesporenbeleid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2001). Het eerste spoor betrof een herverdeling van verantwoordelijkheden en hervorming van het bestaande beleidsinstrumentarium. De nieuwe verzekering zou een publiekrechtelijke grondslag krijgen maar door privaatrechtelijke zorgverzekeraars moeten worden uitgevoerd. Een sluitend systeem van risicoverevening, in combinatie met een acceptatieplicht, moest voorkomen dat zij zich vooral zouden gaan richten op het selecteren van verzekerden in plaats van op hun eigenlijke rol in het nieuwe systeem: die van actieve zorginkoper.

Het tweede spoor in de nota *Vraag aan bod* betrof de modernisering van de AWBZ. In de nota werd opgemerkt dat de zorg die via de AWBZ werd gefinancierd inmiddels inhoudelijk grote raakvlakken vertoonde met die in het tweede compartiment, maar dat vooral de uitvoeringsstructuur van de

AWBZ te wensen overliet. Het kabinet voorzag dat op termijn de nieuwe algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ zouden kunnen integreren. Om pragmatische redenen werd voorgesteld om eerst een algemene verzekering in de curatieve zorg te realiseren en om ondertussen de bestaande uitvoeringsorganisatie van de AWBZ te moderniseren (Ministerie van VWS, 2001).

Het tweede kabinet Kok viel in 2001 op de Screbenica-tragedie. Maar ook zonder een voortijdige val was het twijfelachtig of de hervorming van het zorgstelsel binnen deze coalitie gerealiseerd had kunnen worden. De coalitiepartners konden het uiteindelijk niet eens worden over de premiestelling in de basisverzekering. De PvdA pleitte voor een grotendeels inkomensafhankelijke premie terwijl de VVD vasthield aan een volledig nominale premie en belastingcompensatie voor inkomenseffecten. Ook over de vraag of het nieuwe verzekeringsstelsel een publiekrechtelijke of privaatrechtelijke grondslag moest krijgen waren de partijen verdeeld. Het waren de klassieke thema's die links en rechts verdelen. Maar in de heftige verkiezingsstrijd die vervolgens ontstond, mede door de deelname van de LPF, spitste de strijd zich vooral toe op de snel groeiende wachtlijsten (Schut, 2003). De 'boter-bij-de-vis' maatregelen van het Actieplan Zorg Verzekerd kwamen te laat. De paarse partijen leden in de verkiezingen van mei 2002 een ongekende nederlaag. Er braken chaotische en politiek instabiele tijden aan. De moord op LPF leider Pim Fortuyn, twee weken voor de verkiezingen, zou daar het dramatisch hoogtepunt van zijn. De LPF boekte een grote verkiezingsoverwinning en trad tot ieders verrassing toe tot het nieuwe kabinet; een coalitie van CDA, VVD en LPF.

In zijn naar eigen zeggen blinde ambitie besloot de nieuwe minister van VWS, de econoom Bomhoff (LPF), tot het wegnemen van alle uitgavenplafonds in de gezondheidszorg. Het is ietwat ironisch dat nu juist een voormalig hoogleraar Economie als minister van VWS het adagium van de 'gratis lunch' verkondigde. Als gevolg van de maatregelen stegen de kosten van de gezondheidszorg in 2001 en 2002 met ongeveer 15 procent en bedroeg het aandeel van de zorguitgaven in het BNP in 2002 al ruim 9 procent. Voor wat betreft de voorbereidingen aan de nieuwe zorgverzekering koos minister Bomhoff voor een privaatrechtelijke grondslag voor de verzekering en een geheel nominale premie. Hij introduceerde bovendien een eigen risico in de zorgverzekering.

Het eerste kabinet Balkenende was geen lang leven beschoren. Reeds na 87 dagen zou het kabinet vallen. In 2003 trad het tweede kabinet Balkenende aan, dit keer een coalitie van CDA, VVD en D66. De nieuwe minister van VWS was de voormalige minister van Financiën, Hans Hoogervorst (VVD). Onder zijn leiding zou de stelselhervorming voortvarend worden opgepakt. Minister Hoogervorst kon daarbij voortbouwen op hetgeen reeds in de jaren negentig in gang was gezet. Voor wat betreft de technische randvoorwaarden voor het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in het tweede compartiment was er met name op het terrein van de risicoverevening flinke vooruitgang geboekt (Lamers et al., 2003; Helderma et al., 2005). Door de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem kon het financiële risico van de ziekenfondsen worden opgevoerd van slechts 3 procent in 1995 tot 50 procent in 2003. Ook was gestart met het ontwikkelen van DBCs. Vanaf 2003 mochten zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrije prijsonderhandelingen voeren voor de eerste honderd DBCs, met name voor die DBCs waar lange wachtlijsten voor bestonden (Schut, 2003).

Politiek en maatschappelijk was er inmiddels veel meer draagvlak voor een hervorming van het zorgstelsel. Hoogervorst bevond zich bovendien in een geheel ander politiek-bestuurlijk krachtenveld

dan zijn voorgangers. Op een groot aantal belangrijke sleutelposities in de gezondheidszorg (de Orde van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, de Raad voor de Volksgezondheid, de Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), maar ook bij de Europese Commissie (Euro Commissaris Bolkestein), trof Hoogervorst politieke bondgenoten. Hij was niet afhankelijk van advisering en overleg via formele overleg en advieskanalen. Dat stelsel was in de jaren negentig vrijwel geheel ontmanteld. Zo was de Ziekenfondsraad in 1999 reeds ontmanteld en vervangen door het College voor Zorgverzekeringen, een Zelfstandig Bestuursorgaan. Werkgevers en het ministerie van Financiën waren niet langer meer tegen marktwerking in de zorg. De convergentie tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars was een eind gevorderd. Vanaf 1995 waren zij georganiseerd binnen één brancheorganisatie (Zorgverzekeraars Nederland) en hadden zij zich gevormd tot grote verzekeringsconglomeraten. Ook tussen de zorgaanbieders vonden vele fusies en schaalvergroting plaats. Het aantal ziekenhuizen in Nederland was gedaald van 170 in 1980 tot 100 in het jaar 2002 als gevolg van fusies en schaalvergroting. Het gemiddeld aantal bedden per instelling was daardoor gestegen van 300 in 1980 tot 500 in 2002. In de markt van de ziektekostenverzekeraars waren in 2002 nog altijd ongeveer zestig ziektekostenverzekeraars actief (ziekenfonds en particulier) maar aangezien de meeste van hen deel uitmaken van grotere concerns werd 68 procent van de markt in 2002 feitelijk beheerst door zes verzekeringsconcerns met vaak regionale monopolies (RVZ, 2003). Met name de zorgverzekeraars, maar ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, hadden belang gekregen bij een stelsel van gereguleerde marktwerking (Helderman, 2007). De meer argwanende zorgaanbieders werden via het programma 'Sneller Beter' overtuigd van de onvermijdelijkheid van de hervormingen (Helderman et al., 2014).

Het wetsvoorstel voor de nieuwe regeling van de ziektekostenverzekering werd op 17 september 2004 bij de Tweede Kamer ingediend. De wet verving de Ziekenfondswet, de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering en de Wet MOOZ. De nieuwe Zorgverzekeringswet voorzag in een voor iedere burger verplichte basisverzekering, uitgevoerd door de private verzekeraars. Het kabinet koos voor een nominale premie voor de basisverzekering en op een op privaatrechtelijke leest geschied zorgverzekeringsstelsel. Het door Bomhoff voorgestelde eigen risico veranderde minister Hoogervorst al snel in een *no claim bonus* die in 2005 in de ziekenfondsverzekering al werd ingevoerd, onder luid protest overigens. Op 21 december 2004 ging de Tweede Kamer akkoord, en op 14 juni 2005 volgde de Eerste Kamer. Naast de Zvw moest ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met spoed worden voorbereid. Een groot aantal noodzakelijke condities, zoals marktconforme bekostigingssystemen, de deregulering van capaciteit en prijzen, en adequate consumenteninformatie, moest nog ontwikkeld worden (Schut, 2003). Daarom werd besloten om naast de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die vanaf 1998 was belast met het toezicht op een correcte naleving van de Mededingingswet in de gezondheidszorg, een aparte zorgautoriteit op te richten. In 2003 werd de komst van de nieuwe zorgautoriteit aangekondigd. Een projectorganisatie van het ministerie van VWS ging samen met het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) de nieuwe zorgautoriteit voorbereiden. In een later stadium zou de zorgautoriteit dan kunnen worden ondergebracht bij de NMa. Om te voorkomen dat de marktpartijen in de gezondheidszorg met nog meer toezichthouders te maken zouden krijgen werd besloten om het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) en het CTG onder te brengen bij de nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit. De WTZi regelde dat de toelating van zorginstellingen voortaan door het ministerie van VWS werd verleend, en niet langer door het CVZ. De Wmg regelde de

prestaties en tarieven van de zorgaanbieders, de ontwikkeling van de markten en het toezicht daarop. Na uitvoerige parlementaire behandeling gingen Tweede en Eerste Kamer akkoord met alle wetsvoorstellen en op 1 januari 2006 traden de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking.

De modernisering van de AWBZ

De stelselherziening van 2006 concentreerde zich op het tweede compartiment, de AWBZ was daar vooralsnog buiten gelaten. Maar ook de AWBZ was reeds onderwerp van herziening. In de nota *Zicht op Zorg* had staatssecretaris Vliegenthart reeds in 1999 haar visie op de AWBZ uiteengezet. De problemen met de AWBZ moesten volgens het kabinet vooral worden gezocht in de uitvoeringsstructuur. De AWBZ bood te weinig mogelijkheden voor innovatie en was onvoldoende vraaggericht door een stapeling van te gedetailleerde en onderling onsamenhangende regels (Dols en Kerkhoff, 2008, p.828). De zorgkantoren zouden voortaan verantwoordelijk worden voor de inkoop van zorg, een taak die ze overnamen van de verbindingskantoren. De contracteerplicht door zorgkantoren en budget- en volumegarantie voor de zorgaanbieders werden daarbij afgeschaft. In de praktijk bleven de zorgkantoren overigens gewoon uitvoeringsorganen van de AWBZ. Zij hadden zelf geen enkel financieel belang bij onderhandelingen met zorgaanbieders over capaciteit en tarieven.

Het meest acute probleem in de AWBZ was echter de groeiende wachtlijsten. Een toegekende indicatie door het Regionale Indicatie Organen (de RIO's), die in 1997 de indicatiestelling voor de AWBZ van de zorgaanbieders hadden overgenomen, betekende in de praktijk vooral dat men verzekerd was van een plek op de wachtlijst, niet van daadwerkelijke zorg. Eind 1999 stelde de rechter in een tweetal vonnissen dat daarmee het recht op verzekerde zorg werd veronachtzaamd. Budgettaire tekorten mochten niet leiden tot het niet verlenen van noodzakelijke zorg binnen de AWBZ. Om op korte termijn aan de uitspraak van de rechter tegemoet te komen lanceerde zij in 2000 het 'Actieplan Zorg Verzekerd' op basis waarvan zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanvullende productieafspraken konden maken om zo de wachtlijsten weg te werken.

In de visienota *Vraag aan bod* werd de in gang gezette modernisering van de AWBZ in relatie gebracht met het tweede compartiment, de curatieve zorgverzekering. Maar de AWBZ werd op verzoek van het kabinet ook behandeld in een gezamenlijk advies van de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Raad voor de Financiële Verhoudingen. De titel van het advies was veelzeggend: *De kunst van het overlaten, maatwerk in decentralisatie* (Bruins Slot, 2000). De Raden adviseerde het kabinet om in het licht van de toekomstige vergrijzing en een meer gedifferentieerde zorgvraag van burgers als gevolg van de extramuralisering, meer radicale beslissingen te nemen. Het zwaartepunt van de AWBZ zou niet meer moeten liggen bij de onverzekerbare risico's waarvoor de AWBZ in 1968 aanvankelijk was opgericht, maar op het realiseren van een grotere diversiteit aan zorgvoorzieningen, afhankelijk van de lokale behoefte en de vraag van de individuele burger. Daarbij wezen de Raden op de samenhang en overeenkomsten van de onder de AWBZ vallende voorzieningen met andere gemeentelijke voorzieningen op het terrein van het welzijn en wonen voor burgers met lichamelijke, geestelijke en sociale beperkingen. De Raden stelden voor om de gemeenten verantwoordelijk te maken voor deze zorgvoorzieningen. Het kabinet reageerde bij monde van minister De Vries van Binnenlandse Zaken nog terughoudend. Het ging immers om de

princiële vraag of het door de Raden voorgestelde decentrale dienstverleningsmodel een even goede waarborg zou bieden voor noodzakelijke zorg als het verzekeringsmodel van de AWBZ.

De modernisering van de AWBZ werd bewust niet meegenomen in de hervorming van het tweede compartiment. Maar ondertussen was er ook op dat terrein reeds vooruitgang geboekt. In 2003 was de volgende stap gezet in de modernisering van de AWBZ door de indicatiestelling voor AWBZ-zorg in termen van functies te definiëren (bv. huishoudelijke verzorging of verpleging) in plaats van voorzieningen (zoals de thuiszorg). Ook was het kabinet Balkenende II begonnen aan de voorbereiding van een nieuwe voorzieningenwet: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Geïnspireerd door het eerder genoemde gezamenlijke advies van de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Raad voor de Financiële Huishouding en het in 2003 verschenen advies *Gemeente en zorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, kwam het kabinet op een lokale voorzieningenwet op het gebied van ondersteunende zorg. Op 23 april 2004 presenteerden minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-van Dorp van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een brief aan de Tweede Kamer de 'contouren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning' (Ministerie van VWS, 2004).

Het kabinet stelde voor om de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) in hun geheel op te laten gaan in de nieuwe wet. Ook zouden enkele AWBZ-regelingen op het gebied van verzorging en ondersteuning in de nieuwe wet worden opgenomen, de daarmee gemoeide gelden zouden van de AWBZ naar het Gemeentefonds worden overgeheveld. De AWBZ zou volgens het kabinet moeten worden teruggebracht tot waarvoor ze oorspronkelijk was bedoeld: zorg aan mensen met een ernstige, zeer langdurige hulpvraag. Bovendien zou de uitvoering van de AWBZ sterk moeten worden vereenvoudigd. De uitvoering van de Wmo werd in handen gelegd van de lokale overheden, die in principe vrij zijn in de manier waarop zij aan deze taak invulling geven. Het was nadrukkelijk de bedoeling dat gemeenten het benodigde voorzieningaanbod zouden uitbesteden aan private zorgaanbieders. De gemeente was een regiefunctie toegedacht. Een tweede uitgangspunt van de wet was dat burgers meer verantwoordelijkheid zelf moesten nemen om in hun zorgbehoefte te voorzien. Het doel van de wet was om de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van onder meer mensen met beperkingen te bevorderen.

De Wmo zou in eerste instantie op 1 januari 2006 moeten worden ingevoerd, gelijk met de nieuwe Zorgverzekeringswet en de andere stelselwetten. Maar de voorbereiding van de Wmo vergde meer tijd. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) had grote twijfels over de financiering en schortte het overleg over de Wmo tijdelijk op. De overgang van een verzekeringswet naar een voorzieningenwet riep met name bij de diverse gebruikersorganisaties veel protest op. In reactie daarop breidde het kabinet het aantal prestatievelden uit en introduceerde zij een 'zorgplicht' voor de gemeente die zouden moeten worden vastgelegd in een Algemene maatregel van Bestuur, zodat deze eventueel eenvoudig aan veranderende maatschappelijke omstandigheden zou kunnen worden aangepast. Het wetsontwerp werd uiteindelijk op 27 mei 2005 naar de Tweede Kamer gestuurd. Na intensieve parlementaire behandeling werd de wet uiteindelijk op 27 juni 2006 door de Tweede Kamer goedgekeurd. Op 1 januari 2007 trad de Wmo in werking. Daarmee was het drieluik van bekostigingsinstituten voorlopig voltooid.

Het Stelsel, de Markt, en de Polder

Het tweede kabinet Balkenende viel op 30 juni 2006 na het opstappen van coalitiegenoot D66. Het daarop volgende rompkabinet Balkenende III bereidde algemene verkiezingen voor waarna het op 22 februari 2007 werd opgevolgd door het kabinet Balkenende IV bestaande uit CDA, PvdA en de CU. Het motto van het kabinet Balkenende IV was 'Samen werken, samen leven' maar de wereldwijde financiële crisis die in 2008 uitbrak gooide roet in het eten. Minister Hoogervorst werd opgevolgd door dr. Ab Klink, voormalig directeur van het wetenschappelijk instituut van het CDA, waar hij zich onder andere had verdiept in de stelselhervorming van de gezondheidszorg. Eén van de eerste maatregelen van het nieuwe kabinet was om de controversiële no claim bonus te vervangen door een eigen risico. De beleidsagenda van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker (PvdA) stond in de eerste jaren vooral in het teken van het verder uitbreiden van de marktwerking in de curatieve gezondheidszorg en de verdere modernisering van de AWBZ, waarover straks meer.

Het kabinet Balkenende IV viel op 20 februari 2010 over de Afghanistan-missie. Na algemene verkiezingen op 9 juni 2010 trad het minderheidskabinet Rutte I aan. De coalitie partijen sloten een gedoogakkoord met de PVV. In de Eerste Kamer kon het kabinet vanaf juni 2011 niet langer meer rekenen op een meerderheid. De nieuwe minister van VWS was drs. E.I. Schippers (VVD), de staatssecretaris op VWS werd drs. E. Veldhuijzen van Santen-Hyllner (CDA). Onder het motto 'vrijheid en verantwoordelijkheid' zette het kabinet Rutte I vooral in op het saneren van de overheidsuitgaven, het vergroten van de veiligheid en het verkleinen van het overheidstekort. De economische crisis die nu ook een Eurocrisis was geworden, hield het kabinet in de greep. Op 21 april 2012 mislukten na zeven weken de besprekingen op het Catshuis over het terugdringen van het begrotingstekort waarna de PVV zich niet langer gebonden achtte aan het gedoogakkoord. Het kabinet bood daarop op 23 april 2012 zijn ontslag aan. Op 5 november 2012 het kabinet Rutte II aan, ditmaal een coalitie van VVD en PvdA. De opmerkelijke samenstelling van het kabinet kwam niet alleen tot uitdrukking in het motto 'Bruggen slaan' maar ook in de wijze waarop het coalitieakkoord tot stand was gekomen. Onder leiding van oud PvdA minister Wouter Bos werden politieke kaarten uitgespeeld, zodat beide coalitie partijen voldoende van hun gading terugvonden in het uiteindelijke coalitie akkoord. Dat leidde tot een kortstondige terugkeer van de inkomensafhankelijke zorgpremie. Schippers bleef minister op VWS en zag tot haar opluchting dat de inkomensafhankelijke premie snel van de kabinetsagenda werd afgevoerd. Drs. Martin van Rijn werd namens de PvdA staatssecretaris op VWS waar hij de portefeuille van de Wmo, AWBZ en de decentralisatie van de Jeugdzorg op zich nam.

Voor de curatieve gezondheidszorg lag het accent in de eerste jaren na de invoering van de nieuwe Zvw en de Wmg op het verder uitwerken van marktwerking. Wellicht belangrijker was dat de NZa een spilfunctie kreeg in de ontwikkeling van de zorg- en verzekeringsmarkt. De ontwikkeling van DBCs was aanvankelijk aan de veldpartijen overgelaten, maar dat leverde in een korte tijd niet minder dan 40.000 verschillende DBCs op. De wildgroei aan DBCs leidde niet alleen tot onduidelijkheid over welke geleverde zorg nu precies bij welke DBC hoorde, bovendien konden voor eenzelfde zorgproduct verschillende prijzen worden gehanteerd, afhankelijk van het specialisme waar het onder viel (upcoding). Minister Klink gaf de NZa de opdracht om samen met DBC-Onderhoud het DBC-stelsel te vereenvoudigen door het aantal van inmiddels 40.000 DBCs terug te brengen tot ongeveer 3.000. De operatie kreeg bekendheid onder de naam 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT).

In de eerste jaren kwam er van selectieve inkoop door de zorgverzekeraars nog maar weinig terecht. Het ontbrak de zorgverzekeraars niet alleen aan kennis om selectief zorg in te kunnen kopen, maar bovendien waren zij beducht voor het verlies van marktaandeel wanneer zij tot selectieve contractering zouden over gaan. Op 13 juni 2007 stuurde minister Klink een brief naar de Kamer waarin hij de invoering van integrale prestatiebekostiging in de ziekenhuissector aankondigde (Klink, 2007). Vanaf 2005 was 10 procent van de ziekenhuisverrichtingen reeds vrij onderhandelbaar. Minister Klink kondigde aan dit percentage te gaan verhogen. Om de overgang naar vrije prijsonderhandelingen mogelijk te maken werkte de NZa in opdracht van minister Klink aan het ontwikkelen van een prestatiebekostigingssysteem op basis maatstafconcurrentie.³ Aanvankelijk was het de bedoeling dat de helft van alle ziekenhuisverrichtingen in 2009 onder maatstafconcurrentie zouden vallen, terwijl 20 procent van alle verrichtingen reeds vrij onderhandelbaar zouden kunnen zijn. Voor de overige 30 procent (het zogenaamde A-segment) zou het traditionele functiegerichte bekostigingregime gehandhaafd blijven. In 2008 adviseerde de NZa om de introductie van maatstafconcurrentie uit te stellen omdat de ziekenhuizen hun DBC-registratie nog niet op orde hadden. Uiteindelijk werd het idee van maatstafconcurrentie verlaten. Het vrij onderhandelbare B-segment werd uitgebreid van 20 procent in 2008 naar 34 procent in 2009, tot 70 procent in 2013.

De vrije prijsonderhandelingen brachten niet wat er van verwacht werd. Er waren weliswaar aanwijzingen dat ziekenhuizen efficiënter waren gaan werken als gevolg van de invoering van de DBC-systematiek, maar dat leverde vooralsnog niet de gewenste kostenbeheersing op macro niveau op. Debet daaraan waren vooral de volumestijgingen in het B-segment (Ikkersheim, 2013). Daar kwam bij dat zorgverzekeraars nog altijd ex post via het risico vereveningssysteem werden gecompenseerd, zodat er van selectieve contractering nog maar weinig terecht kwam. Op macroniveau resulteerde dit in een forse stijging van de zorguitgaven. In 2011 bedroegen de uitgaven aan zorg bijna 90 miljard euro (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Aangepast voor een eenmalige compensatie van het Rijk ter compensatie van de versnelde afschrijving op gebouwen, betekende dit een stijging van 3,5 procent meer dan in 2010. Met name de toename van klinische opnamen, dag- en deeltijdbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken speelde daarin een rol. Ook in de geestelijke gezondheidszorg steeg het volume fors, in beide jaren met 4,6 procent. Analyses toonden aan dat de werkelijke trendbreuk in de relatief goede kostenbeheersing die Nederland in de jaren tachtig en negentig had weten te realiseren, ergens rond het jaar 2000 moest worden gezocht. Het al eerder genoemde 'Actieplan Zorg Verzekerd' uit 2001 had het mogelijk gemaakt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aanvullende productieafspraken te maken om zo de wachtlijsten weg te werken. Nadat de wachtlijsten waren verdwenen, rond 2004, waren de zorguitgaven echter niet gestabiliseerd al werd dat in eerste instantie nog gemaskeerd door een aantal begrotingstechnische veranderingen (Trienekens et al., 2012). De volumestijging kon bovendien niet worden verklaard door onderliggende demografisch-epidemiologische trends. Bijna 90% van de reële uitgavenstijgingen in de gezondheidszorg sinds 2000 kwam voor rekening van de groei van het zogenaamde 'overige volume' binnen de AWBZ en de Zvw (RVZ, 2008a).

³ Uitkomstbekostiging is een verzamelterm voor bekostigingsmodellen die de vergoeding voor de zorg (gedeeltelijk) afhankelijk maken van de door de zorgverlener(s) geleverde prestatie(s) in termen van gerealiseerde prestaties of uitkomsten als correctie op de traditionele verrichtingenmodel. De eerste generatie uitkomstbekostigingmodellen zijn beter bekend onder het label Pay-For-Performance (P4P) of Value Based Purchasing (Eijkenaar, 2012).

In 2011 werkte een ambtelijke Taskforce in opdracht van de minister van Financiën en de minister van VWS aan een analyse van de zorguitgaven en mogelijke maatregelen. In juni 2012 publiceerde de Taskforce zijn rapport *Naar beter betaalbare zorg*. Uitgaande van een economische groei van 1,5 procent achtte de Taskforce een reële jaarlijkse groei van de collectieve zorguitgaven van 2,5 procent verantwoord. De Taskforce formuleerde een drietal hoofdopgaven voor de beheersing van de collectieve zorguitgaven: (1) de zorg moest terug naar de kern. Alleen gepaste zorg die noodzakelijk is zou ten laste mogen komen van het collectief; (2) de zorg moest op de juiste plaats worden verleend. De zorg moest terug naar de eerste lijn en in het geval van de AWBZ zoveel mogelijk extramuraal. Meer synergie tussen de domeinen van de Zvw, AWBZ en Wmo was gewenst; (3) alle partijen zouden de een grotere bijdrage moeten leveren aan de beheersing van de zorguitgaven. Doelmatigheidswinsten zouden verzilverd moeten kunnen worden door de overheid, aanbieders en inkopers van zorg zouden de focus op volumeprikkels moeten verleggen naar een focus op gezondheidswinst. De overheid en de zorg-ZBOs zouden het vraagstuk van betaalbaarheid veel prominenter moeten laten meewegen in hun beleid (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

Op 26 januari 2011 presenteerde minister Schippers haar beleidsdoelstellingen in een brief aan de Tweede Kamer. Het motto dat zij voor die doelstellingen koos was “zorg die werkt”. In de brief kondigde zij aan dat zij sterker dan voorheen zou gaan inzetten op prestatiebeloning. Zorgverzekeraars zouden hun rol als zorginkoper nu echt moeten gaan waarmaken ter bevordering van de doelmatigheid en kwaliteit. Het stelsel moest bovendien transparanter worden zodat patiënten daadwerkelijk konden kiezen. Concreet kondigde zij aan de bestaande ziekenhuisbudgetten af te schaffen en de DBC-systematiek te vervangen door een verbeterde omschrijving van zorgproducten (DOT). Het systeem van prestatiebekostiging zou verder worden uitgebreid. Om zorgverzekeraars daadwerkelijk belang te laten krijgen bij meer doelmatigheid en kwaliteit kondigde zij bovendien aan om de nog resterende ex post compensaties in het risicovereveningssysteem te vervangen door ex ante compensaties.

Daarnaast kondigde minister Schippers de komst aan van een nieuw nationaal kwaliteitsinstituut dat tot taak zou moeten krijgen om kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en transparantie in onderlinge samenhang te bezien. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen was nog altijd te vrijblijvend, zo stelde de minister. Bovendien werd doelmatigheid te weinig meegewogen en boden richtlijnen onvoldoende aanknopingspunten voor verzekeraars om te beoordelen of de zorg daadwerkelijk nodig was. In de brief “Zorg die loont” werkte minister Schippers haar plannen voor prestatiebekostiging in de curatieve sector verder uit (Schippers, 2011b). Het geliberaliseerde B-segment zou in 2012 tot 70 procent worden uitgebreid. Ook kondigde Schippers een aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg aan. Door in de wet een macro beheersingsinstrument op te nemen, legde zij het risico van overschrijdingen van het budgettair kader zorg voortaan bij de sector. Maar in tegenstelling tot de budgetteringsmaatregelen van de jaren tachtig en negentig zette de minister het macrobeheersingsinstrument niet vooraf in, maar hield ze het als een stok achter de deur wanneer de sector de maximale reële groei van 2,5 procent zou overschrijden.

Om daarover afspraken te maken greep de minister terug op een ander beproefd bestuursregime in Nederland; ze ging weer ‘polderen’. In aantal bestuurlijke akkoorden kwamen de overheid en sectorpartijen tot afspraken over maatregelen ter beheersing van de macro uitgaven in combinatie met meer duurzame hervormingen in de verschillende sectoren. Op 31 mei 2011 sloot de Minister

van VWS een akkoord met de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ over de bekostiging van vrij gevestigde medisch specialisten. Op 4 juli 2011 volgde het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met de zorgaanbieders (NVZ, NFU, en ZKN) en de zorgverzekeraars (ZN). In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord namen de betrokken partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid op zich voor een beheerste kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg van 2,5 procent per jaar. Daarnaast werden afspraken gemaakt over: de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de vermindering van de praktijkvariatie, spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties en betere informatievoorziening. Verder werden er afspraken gemaakt over bevoorschotting door verzekeraars en de verdere afbouw van de ex-post compensatie in de risicoverevening.

Op 18 juni 2012 sloot minister Schippers een akkoord met de GGZ. Dat akkoord was een huzarenstuk want het voorafgaande jaar was er grote onrust geweest over eerdere voorstellen van Schippers voor het invoeren van een eigen bijdrage in de GGZ. GGZ Nederland, de branchevertegenwoordiger van de GGZ aanbieders, was lange tijd uit woede over de eigen bijdrage in de GGZ bij de onderhandelingen weggebleven maar keerde op het laatste moment terug en ondertekende alsnog het akkoord (Helderman en Paul, 2012). Op 22 juni 2012 sloot de minister een akkoord met Landelijke Huisartsen Vereniging waarin ondermeer werd afgesproken dat de huisartsen een grotere rol kregen toebedacht in de basis-GGZ. In het GGZ-akkoord werd onder andere afgesproken dat er fors zou worden ingezet op het afbouwen van de bedden capaciteit en het inzetten op ambulantisering van de GGZ door onder andere een grotere rol voor de huisarts in de basis-GGZ. In de gespecialiseerde GGZ zou prestatiebekostiging worden ingevoerd en terwijl de sector met de NZa zou werken aan een verbetering van de DBC-systematiek. Ook in het GGZ-akkoord werd het macro-beheersingsinstrument opgenomen. Op 16 juli 2013 volgde een nieuw akkoord met de GGZ waarin het eerder afgesproken groeipercentage 2,5 procent groei per jaar werd verlaagd tot 1 procent.

Zo combineerde een liberale minister van VWS, het aloude instrument van macro-budgetbeheersing met marktwerking (prestatiebekostiging) en 'polderen'.

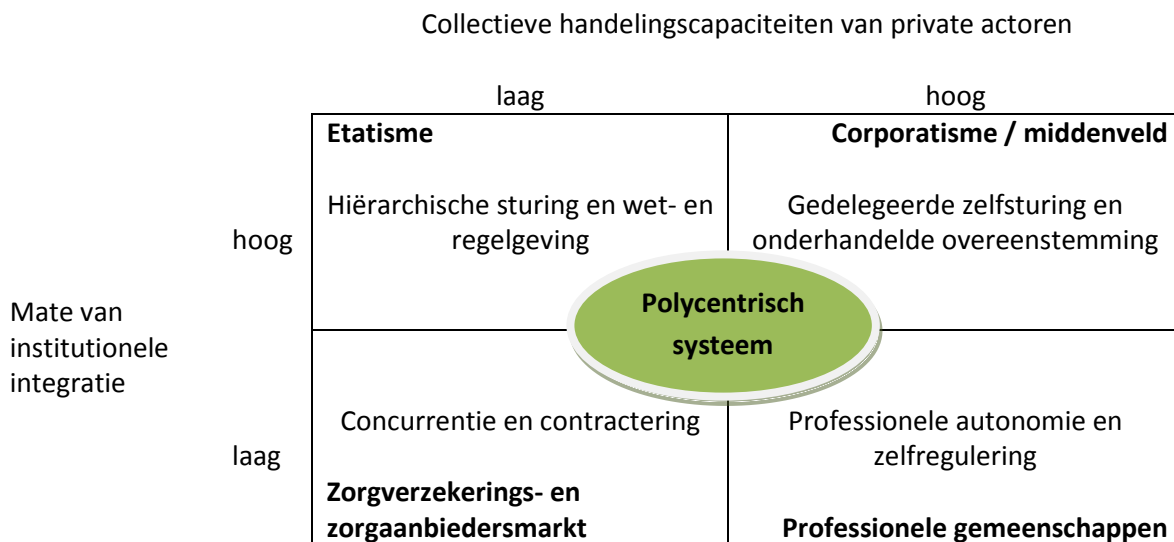
Deel 2. De ‘Governmentality’ van het Stelsel

“Government is any more or less calculated and rational activity, undertaken by a multiplicity of authorities and agencies, employing a variety of techniques and forms of knowledge, that seeks to shape conduct by working through our desires, aspirations, interests and beliefs, for definite but shifting ends and with a divers set of relatively unpredictable consequences, effects and outcomes.” (Dean, 1999, p.11).

Bestuurskundigen, maar ook beleidsmakers, bestuurders en politici, spreken graag over een (dominante) besturingslogica, maar wanneer er verschillende besturingsregimes tegelijkertijd in de omloop zijn, dan doemt de vraag op in hoeverre er sprake is van een overkoepelende systeemlogica (Streeck, 2005). De rijksoverheid is weliswaar systeemverantwoordelijk, maar dan van een systeem dat bij uitstek polycentrisch is. Polycentrische systemen zijn sociale systemen waar autoriteit gefragmenteerd is en op vele plekken en niveaus in het systeem en zijn subsystemen aanwezig is (Aligica en Tarko, 2012). De medische professie heeft een sleutelpositie vanwege het vaak technisch complexe karakter van medische zorg. Verzekeraars hebben een sleutelpositie in de inkoop van zorg. En dan is (of was) er in Nederland nog zoiets als het maatschappelijk middenveld, waar de vertegenwoordigers van goed georganiseerde belangenorganisaties met de overheid overeenstemming trachten te bereiken over beleid in hoofdlijnen. Het is waarschijnlijk zinvoller om de institutionele configuratie die hieruit ontstaat te duiden in termen van institutionele complementariteit. Daarmee wordt bedoeld dat de effectiviteit en legitimiteit van het ene besturingsregime kritisch afhankelijk is van de aanwezigheid van andere besturingsregimes (Amable, 2003; Helderma, 2007). Een analyse van de ‘governmentality’ van het stelsel behoedt ons voor misleidende discussies over ‘markt’ versus ‘overheid’ versus ‘professionele autonomie en zelfsturing’.

Wanneer de overheid over voldoende technische, politieke en institutionele capaciteiten beschikt, is hij goed in het opslaan van welvaart, een rechtvaardige (her)verdeling daarvan, en het realiseren van een publieke infrastructuur en publieke goederen. Technische capaciteiten hebben te maken met de beschikbaarheid van kennis en informatie die nodig is om effectief te kunnen sturen. Politieke capaciteiten hebben te maken met het politiek mandaat om te mogen sturen. Institutionele capaciteiten betreffen de beleidsinstrumenten, de bijpassende politiek-bestuurlijke verhoudingen en de toebedeelde doorzettingsmacht van de overheid (White, 2003). Borging via wet- en regelgeving berust op het principe van ‘binding vooraf’. Verantwoording is verticaal en staat in het teken van de politiek democratische verantwoording en controle van geëffectueerd beleid. De overheid mag dan over het monopolie op wetgeving beschikken, in de gezondheidszorg blijft de overheid voor het borgen van een voor iedere burger beschikbare, betaalbare en kwalitatief goede gezondheidszorg afhankelijk van de kennis en medewerking van private actoren. Ik ga eerst in op een viertal besturingsregimes (etatisme, markt, professie en maatschappelijk middenveld) die langs twee dimensies van elkaar kunnen worden onderscheiden (Helderma, 2007; Bal, 2008). De eerste dimensie betreft de mate van institutionele integratie tussen publieke en maatschappelijke of private actoren. De tweede dimensie betreft de mate waarin maatschappelijke of private actoren in staat en bereid zijn tot collectieve actie en over voldoende coördinerend en zelfsturend vermogen

beschikken. Gezondheidszorg is niet alleen een verzameling van verschillende voorzieningensystemen en financieringsregimes die ieder weer anders werken, het is ook een krachtenveld van vaak goed georganiseerde belangengroepen. De aanbodzijde van de gezondheidszorg, met name in de curatieve sector, was van oudsher al goed georganiseerd, evenals de verzekeraars. Maar ook de vraagzijde van de zorg is inmiddels goed georganiseerd. Door de federatieve samenwerking binnen de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) is de invloed van patiënten als belangengroepering op het gezondheidszorgbeleid aanmerkelijk groter geworden. In dit krachtenveld van gearticuleerde belangen gaat het om de vraag in hoeverre de categorale deelbelangen van private actoren in overeenstemming kunnen worden gebracht met het publieke belang van een kwalitatief goede, voor iedere burger onder gelijke condities beschikbare betaalbare zorg. Dat is op zijn beurt weer afhankelijk van de mate waarin maatschappelijke belangengroepen in staat en bereid zijn tot collectieve actie en het maken van onderling bindende en verplichtende afspraken. We spreken dan over zelfsturing, en waar die zelfsturing plaats vindt onder de schaduw van statelijke hiërarchie kunnen we spreken van gedelegeerde of gemandateerde zelfsturing. Dat leidt tot een matrix van vier verschillende besturingsregimes (figuur 1).



Figuur 1. Vier ideaaltypische besturingsregimes (Helderman, 2007)

Allereerst is er de medische professie en de professionele autonomie van de arts. Het professionele domein omvat niet alleen het klinisch handelen van artsen, maar ook de geneeskundige opleiding en de vervolgopleiding tot medisch specialist (Wallenburg, 2012). Sturing is in dit domein gericht op het vergroten van de convergentie tussen normen en waarden die binnen de professionele gemeenschap gelden (Freidson, 2001; WRR, 2000). Klinisch leiderschap en sociale binding, normering en controle kunnen bijdragen aan het vergroten van de zelfsturende capaciteiten van de professie. Professionele normen en waarden blijven ‘eigendom’ van de professie en zijn daarmee moeilijk beïnvloedbaar door buitenstaanders. Maar de discretionaire ruimte die professionals krijgen toebedeeld is niet vrijblijvend. Ze kan niet zonder disciplineren. Die disciplineren kan van de eigen discipline komen, maar kan ook door maatschappelijke, politiek-bestuurlijke en economische krachten worden ingekleurd. Professionals dienen zich in toenemende mate te verantwoorden over de zorg die zij leveren. In de wetenschappelijke literatuur over ‘medical governance’ wordt bijvoorbeeld gewezen

op fundamentele veranderingen in professionele relaties; van relaties gebaseerd op collegialiteit, discretie en onderling vertrouwen naar meer standaardisatie, externe beoordeling en prestatieafspraken (Tuohy, 2003; Burau et al. 2009; Wallenburg et al., 2012).

Wanneer aan een aantal condities wordt voldaan (complete en symmetrisch verdeelde informatie, voldoende aanbieders) is de markt goed in het produceren van zoveel mogelijk welvaart op een zo efficiënt en ook innovatief mogelijke wijze. De collectieve handelingscapaciteiten van private marktpartijen zijn per definitie klein omdat markten nu eenmaal functioneren bij de gratie van de onafhankelijkheid van actoren van elkaar (White, 2009). Markten laten zich sturen via de onzichtbare handen van het prijsmechanisme en de competitie om economisch gewin of reputatiewinst (Le Grand, 2007). Eigendomsrechten en zo compleet mogelijke contracten zijn essentiële voorwaarden voor het functioneren van iedere markt, evenals als de beschikbaarheid van voldoende en voor iedereen beschikbare informatie. Complexe markten zoals in de gezondheidszorg, waarin ook nog eens de ambitie van verdelende rechtvaardigheid geldt, vragen om een groot scala aan aanvullende institutionele randvoorwaarden (Arrow, 1963). Hoe garanderen we bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun (private) onderhandelingen een verantwoorde afweging maken tussen prijs en kwaliteit en hierover transparant zijn? Transparantie staat immers op gespannen voet met concurrentie. De term 'gereguleerde concurrentie' verraadt al dat we het over markt hebben waar de overheid een belangrijke regulerende verantwoordelijkheid in heeft. Die regels ontstaan niet vanzelf. Het reguleren van de markt in de zorg is vooral een kwestie van *reguleren*. Hoe garanderen we dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een stelsel van selectieve contractering een verantwoorde afweging maken tussen prijs en kwaliteit?⁴ Het voert te ver om daar in het kader van dit essay op in te gaan maar 'moraliteit' komt nu eenmaal niet in een historisch en institutioneel vacuüm tot stand (Crouch en Marquand, 1993; Ostrom, 1998).

Wanneer overleg en bindende afspraken tussen betrokken partijen mogelijk zijn, ontstaat er een veel groter palet aan coördinatie- en interventiestrategieën. Dat is het domein van het maatschappelijk middenveld waarin maatschappelijke actoren (het maatschappelijk middenveld) betrokken worden bij het overheidsbeleid via overleg en onderhandeling. In dit domein is sprake van een complexe ruilrelatie tussen georganiseerde belangen en de overheid die zich het beste laat typeren als een 'gegeneraliseerde politieke ruil' tussen een democratisch gekozen regering en georganiseerde categorale deelbelangen (Visser en Hemerijck, 1997; Crouch, 1993). In de volksmond bedoelen we hier het poldermodel mee, in meer theoretische termen kan dit besturingsregime worden getypeerd als 'corporatistisch'. Corporatistische constellaties zijn buiten de parlementaire politiek georganiseerd, maar het primaat van de politiek blijft onverminderd gelden en daarmee is in beginsel ook de verantwoordelijkheid van de overheid voor de uitkomst van de onderhandelingen gewaarborgd. Via overleg en onderhandeling wordt getracht (de uitkomst staat nooit vast) het handelen van betrokken actoren in overeenstemming te brengen met de aard van het publieke belang dat in het geding is (WRR, 2000, p.65). We weten dat onderhandelingen onder de schaduw

⁴ Zie bijvoorbeeld het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper Ziekenhuis te Emmen. De onderzoeksraad concludeert ondermeer dat de zorgverzekeraar Achmea en de zorgaanbieder in hun onderlinge contract te veel concessies op kwaliteit en patiëntveiligheid hebben gedaan tegen een te scherpe prijs. Concreet beveelt zij de zorgverzekeraar aan om bij zorgvernieuwing voor een passende - redelijke - prijsstelling te zorgen en om concrete kwaliteitsafspraken met de zorgaanbieder te maken (Onderzoeksraad voor de Veiligheid, 2011).

van hiërarchie, tot andere – vaak meer gewenste – resultaten leidt. Betrokken partijen worden daardoor uitgedaagd om over de schaduw van de eigen belangen heen te stappen en zullen eerder geneigd zijn de externe kosten van hun handelingen in de eigen afweging te internaliseren. Daarin schuilt ook het succes van de bestuurlijke hoofdlijn akkoorden met het macro beheersingsinstrument als stok achter de deur, die we in deel van één van dit essay hebben gezien. Wanneer bijvoorbeeld ‘gepast’ gebruik van zorg de aard van het publieke belang betreft, om zo de collectieve uitgaven aan de zorg te beheersen, dan gaat het om de vraag of ‘gepast gebruik’ voldoende geïnternaliseerd is in de strategische afwegingen van private actoren (verzekeraars, artsen, zorgaanbieders, patiënten). De mate waarin dat kan is wederom afhankelijk van de bereidheid van private actoren om zich te organiseren en verantwoordelijkheid te nemen voor de externe kosten van hun eigen handelen. De mate waarin de overheid kan interveniëren vraagt op zijn beurt veel politiek-bestuurlijk tact en vernuft; teveel hiërarchische interventie zou de verhoudingen tussen de overheid en maatschappelijke belangengroepen frustreren en het lerend vermogen van actoren ondermijnen, te weinig interventiedruk leidt daarentegen tot een te vrijblijvende onderhandelingsconstellatie.

Uit deze meervoudige besturingsregimes, volgt een bont palet aan bestuurlijke verhoudingen. De staat (en het etatische besturingsregime), de markt, en het professionele domein (professionele zelfsturing) de drie primaire besturingsregimes zijn die in ieder gezondheidszorgstelsel voorkomen, ook in de Engelse NHS bijvoorbeeld. Het besturingsregime, waar het maatschappelijk middenveld op acteert, is een secundair regime dat afhankelijk is van een aantal kritieke historisch institutionele precondities en de mate waarin deze zich hebben ontwikkeld.⁵ In landen waar dit domein tot ontwikkeling is gekomen, is het contrast tussen overheid, markt en professionele zelfsturing minder groot omdat veel kwesties over de band van onderhandeling en overleg kunnen worden gespeeld. Dat kan leiden tot een groter maatschappelijk draagvlak voor beleid. In wat volgt ga ik in op de bestuurlijke transitie en de stelselwijziging en dan vooral op de transitie van een corporatistisch bestuurd naar een gereguleerd stelsel: van Ziekenfondsraad naar Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Bestuurlijke transities rond de stelselwijziging

De Ziekenfondsraad was een klassieke exponent van het Nederlands corporatistisch besturingsregime waarin overleg (vaak ook onderhandeling) en advies samen kwamen. Feitelijk werd het gehele maatschappelijk middenveld en het facetbeleid van sociaaleconomisch beleid op die wijze georkestreerd en bestuurd. Het ene adviesorgaan kon alleen bestaan bij de gratie van de aanwezigheid van andere overleg- en adviesorganen. In 1950 werd de Sociaal Economische Raad (SER) opgericht en in 1952 de Sociale Verzekeringsraad. Ook binnen de SER werd (en wordt) veelvuldig over gezondheidszorg en zorgverzekeringkwesties gesproken in relatie tot algemeen sociaaleconomisch beleid. Daarnaast werden binnen de gezondheidszorg in 1956 de Gezondheidsraad en in 1958 de Centrale Raad voor de Volksgezondheid wettelijk verankerd (de

⁵ De Nederlandse verzorgingsstaat en de prominente rol van het maatschappelijk middenveld daarin, is het resultaat van een historisch ambigue compromis tussen de vier ideologische hoofdstromen in onze samenleving. Katholieken konden haar verdedigen als een vorm van subsidiariteit (zoals de Rooms Katholieke staatsleer werd uitgelegd in het *Rerum Novarum* uit 1891 en het *Quadragesimo Anno* uit 1931). Protestanten konden haar duiden in termen van soevereiniteit in eigen kring. Sociaal democraten konden haar lange tijd verdedigen als een vorm van functionele decentralisatie, en tot slot, liberalen konden zeggen: maar het is wel particulier initiatief! Lange tijd deed de precieze betekenis er niet toe. Maar in het huidige tijdsgewricht, waarin we praten over maatschappelijke ondernemingen en gereguleerde concurrentie, doet de precieze betekenis er wel weer toe (Helderman, 2007).

latere Nationale Raad voor de Volksgezondheid [NRV] en nog weer later de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ]). Waar de Gezondheidsraad zich primair zou richten op advisering over geneeskundige en epidemiologische aspecten van de volksgezondheid concentreerde de CRV en zijn opvolgers (NRV en RVZ) zich op de maatschappelijke, wettelijke en organisatorische kwesties in de gezondheidszorg. Evenals de Ziekenfondsraad was de CRV (en zijn opvolger de NRV) een corporatistisch advies en overlegorgaan (Vos en Kasdorp, 2006). De Gezondheidsraad heeft van oudsher (en nog altijd) een meer wetenschappelijke identiteit gehad (Bal et al., 2002).

De samenstelling van de Ziekenfondsraad en opeenvolgende wijzigingen daarin, weerspiegelt goed de veranderende machtsverhoudingen tussen betrokken partijen in de gezondheidszorg (Van Bottenburg et al., 1999: 72). Het feit dat de Ziekenfondsregeling als een werknemersverzekering werd ingericht heeft met name de invloed van werknemers en werkgevers vergroot (de sociale partners). De medische beroepsgroepen en de ziekenfondsen verloren in 1964 hun meerderheid in de Raad. De belangrijkste nieuwkomer was ongetwijfeld de overheid. In 1964 werden de ambtelijke vertegenwoordigers vervangen door zogenaamde Kroonleden. Patiënten werden pas vanaf 1990 rechtstreeks vertegenwoordigd in de Ziekenfondsraad. Voorheen werden de werknemersorganisaties en de ziekenfondsen als belangenbehartigers van de burger gezien. Ook binnen de Ziekenfondsraad bestonden uiteraard belangentegenstellingen. Die uitten zich bijvoorbeeld veelvuldig in de honorariumonderhandelingen tussen de ziekenfondsen (op hun beurt weer georganiseerd in het Centraal Overleg Ziekenfondsorganisaties [COZ] en vanaf 1956 in het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsorganisaties [GOZ]) en de medische beroepsgroepen en zorgaanbieders. De Ziekenfondsraad kon hier hooguit een bemiddelende rol in spelen. Alle betrokken partijen waren immers lid van de raad, hetgeen hem weer op kritiek van de SER kwam te staan waarin met name de werkgevers van oordeel waren dat de stijgende uitgaven aan de gezondheidszorg via stijgende premielasten te veel op het bedrijfsleven werden afgewenteld.

De Ziekenfondsraad was echter ook een uitvoeringsorgaan. Zijn taak was om in het [categorale] belang van de volksgezondheid een goede geneeskundige verzorging van de bevolking door de werkzaamheid van het ziekenfondswezen te bevorderen. Daartoe kreeg hij bevoegdheden op het terrein van het toezicht, beheer, subsidiëring en advisering. Zijn politiek-bestuurlijke en maatschappelijke positie hing daarom niet alleen af van de mate waarin hij in staat was om belangenposities te representeren en belangentegenstellingen te overbruggen (inputlegitimiteit), maar ook van de mate waarin hij zijn taken op het terrein van de uitvoering effectief (en doelmatig) wist uit te voeren (outputlegitimiteit). Voor wat betreft zijn bestuurlijke taken manifesteerde de raad zich vanaf de jaren tachtig steeds nadrukkelijker als een '*zelfstandig bestuursorgaan*' (ZBO). Die positiebepaling sloot aan bij een advies dat de Commissie-Scheltema later zou geven aan de minister van Binnenlandse Zaken over de positie van Zelfstandige Bestuursorganen. De minister zou volgens dit advies de verantwoordelijkheid behouden voor het functioneren van de totale ZBO, maar kon binnen die Ministeriële verantwoordelijkheid vervolgens nauwkeurig omschreven taken delegeren aan het ZBO. Voor die gedelegeerde taken zou het ZBO een eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid hebben, zelf beslissingen kunnen nemen, en daarover rapporteren aan de minister (Boxum et al., 1989). De legitimiteit van de Ziekenfondsraad rustte vooral op de expertise die er binnen de raad, en met name binnen het staffbureau, bestond over de sociale ziektekostenverzekering. Het credo van de Ziekenfondsraad was dan ook '*sober en doelmatig*', een voorloper van wat wij nu 'gepast gebruik' noemen, ook in tijden van een groeiende welvaart. Het in 1982 op initiatief van de Ziekenfondsraad

ontwikkelde Farmacotherapeutisch Kompas zou in korte tijd een gezaghebbende richtlijn worden voor het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen door artsen en apothekers en is dat nog altijd. Eveneens in 1982 werd de subcommissie *Grenzen van het Verstrekkingenpakket* ingesteld door de raad waarmee beoogd werd het automatisch toevoegen van nieuwe verstrekkingen aan het ziekenfondspakket te doorbreken. Beide initiatieven liepen vooruit op de toenemende aandacht voor *health technology assesment*, waarmee besluitvorming over het al dan niet opnemen van nieuwe therapieën en diagnostische technieken in het verzekerde pakket konden worden gerationaliseerd.

Alle successen ten spijt, de Ziekenfondsraad was tot in zijn genen een exponent van het corporatistische overlegmodel. Van alle adviesorganen bestond de Ziekenfondsraad bovendien uit de meeste groeperingen en van alle sectoren kende de gezondheidszorg de meeste adviesorganen. De discussie over de rol van externe adviesorganen bereikte in de jaren negentig zijn hoogtepunt. Uiteraard speelde ook mee dat het CDA, de belangrijkste belangenbehartiger van het corporatistische model, zijn positie in het Nederlandse politieke krachtenveld had verloren. De aan het paarse kabinet deelnemende politieke partijen hadden ieder om eigen redenen veel minder met het corporatistische overlegmodel. Het primaat van de parlementaire democratie zou in ere moeten worden hersteld. Overleg, advies, toezicht en uitvoering zouden voortaan van elkaar gescheiden moeten worden. Advisering zou bovendien alleen nog op hoofdlijnen moeten plaats vinden, en door onafhankelijke deskundigen. Het impliceerde een terugdringing van de invloed van belangengroepen en een beperking van de ambtelijke secretariaten (Van Bottenburg et al., 1999, p.187).⁶

In 1991 was de Bijzondere commissie Vraagpunten Adviesorganen ingesteld om de regering te adviseren over een hervorkaveling en opschoning van het aantal adviesorganen in Nederland. In 1993 bracht deze commissie, beter bekend als de Commissie-De Jong, zijn advies uit in het rapport *Raad op Maat*. Volgens de Commissie-De Jong zouden alle adviesorganen, met uitzondering van de Raad van State, binnen drie jaar moeten worden opgeheven. Voor ieder departement zou voortaan één adviesorgaan moeten bestaan waarbij advies en overleg zouden moeten worden gescheiden. De wettelijke verplichting om advies te vragen werd omgezet in een bevoegdheid om advies te vragen. De *Herzieningswet adviescolleges* die er op volgde kreeg niet voor niets de bijnaam ‘Woestijnwet’ mee. Volgens de Herzieningswet zouden per 1 januari 1997 alle bestaande adviescolleges, met uitzondering van de Raad van State, de SER en de WRR moeten worden opgeheven. Concreet betekende dit dat het aantal adviescolleges zou worden teruggebracht van 120 in 1993 tot 23 in 1998 (Van Bottenburg et al., 1999, p.189). In de gezondheidszorg zouden drie adviescolleges overblijven: de Gezondheidsraad, de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De Ziekenfondsraad zou worden omgevormd tot een college van negen onafhankelijke kroonleden: het College voor Zorgverzekeringen. Op 17 november 1998 stemde de Tweede Kamer in met het opheffen van de Ziekenfondsraad. De uitvoeringstaken van de voormalige Ziekenfondsraad bleven in Amstelveen, dat nu het kantoor was geworden van het nieuwe CVZ.

⁶ In zijn in 1990 op verzoek van staatssecretaris Simons verschenen advies *Ordering door ontvlechting, een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid* oordeelde Pim Fortuyn overigens uitermate positief over de Ziekenfondsraad, terwijl hij over de vervlechting tussen sectorale belangenintermediatie, advies en overheidsbeleid in algemene zin juist uitermate kritisch was. Vos en Kasdorp schrijven deze positieve beoordeling van Fortuyn toe aan het takenpakket van de Ziekenfondsraad (de combinatie van uitvoering, regelgeving, toezicht en advisering) en aan zijn aandachtsveld: de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen en het instrumenteel gebruik van de ziektekostenverzekering voor de regulering van het aanbod, de ter beschikking gestelde zorg, en de kostenbeheersing (Vos en Kasdorp, 2006, p.98).

Daarmee was formeel een eind gekomen aan het corporatistische besturingsregime in de Nederlandse gezondheidszorg en we hebben hierboven gezien dat met name minister Hans Hoogervorst daar niet bepaald rouwig om was. Maar informeel is het besturingsregime geenszins verdwenen. We zagen al dat de huidige minister van VWS, Edith Schippers, volop gebruik maakte van bestuurlijke onderhandelingsakkoorden toen bleek dat de hervormingsopgave in de zorg hier om vroeg en het steeds duidelijker werd dat kostenbeheersing niet vanzelf tot stand zou kunnen komen. Maar al eerder, in januari 2000, besloten de brancheorganisaties in de gezondheidszorg om gestructureerd met elkaar in overleg te gaan om zo de voortgang van de zorg te bewaken in kwalitatieve en kwantitatieve zin. Dit overleg zou bekend worden als het zogenaamde Treekoverleg (genoemd naar een bosgebied in de buurt van Leusden bij Amersfoort). De representanten van verzulde maatschappelijke groeperingen en het formele orgaan van de Ziekenfondsraad hadden plaats gemaakt voor moderne zorgmanagers en topbestuurders. Een van de eerste resultaten van dit overleg waren de zogenaamde Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden in de zorg. Het 'poldermodel' is in Nederland al vele malen afgeschreven, maar even zo vaak weer op nieuw uitgevonden. Zij het met nieuwe spelers, meer of minder geformaliseerd, en met andere macht- en gezagsverhoudingen. Het is onderdeel van wat we de 'governmentality' van de Nederlandse verzorgingsstaat zouden kunnen noemen (Foucault, 2008).

De opkomst van het marktdenken, de groeiende behoefte aan specialistische bestuurlijke en beleidsmatige kennis over uitvoeringsaspecten van het stelsel, maar ook de onvrede over het stroperige karakter van het corporatistische besturingsregime, leidde tot de oprichting van een groot aantal zelfstandige bestuursorganen (ZBOs). Dat was niet een unieke Nederlandse trend. Ook in andere landen was er sprake van de opkomst van nieuwe autoriteiten. Maar waar in andere landen daartoe vaak nieuwe organisaties werden opgericht, denk aan NICE of Monitor in Engeland, was er in Nederland veeleer sprake van een doorstart van bestaande organisaties. Dat gebeurde op twee manieren: directies van ministeries werden op afstand gezet (verzelfstandiging) of bestaande organisaties werden bij wet aangewezen om bepaalde publieke taken uit te voeren.

De opkomst van ZBOs kan worden begrepen als een transitie van een corporatistische staat naar een regulerende staat (Okma en De Roo, 2009; Helderma et al., 2012). ZBOs borgen publieke belangen op afstand van de ministeries en op afstand van het veld, maar vormen tegelijkertijd een brug tussen verschillende institutionele domeinen en besturingsregimes. Van ZBOs wordt verwacht dat zij op een meer doelmatige manier publieke taken kunnen uitvoeren, zoals het implementeren van beleid, verlenen van publieke diensten en het houden van toezicht. Ten tweede wordt met de inzet van ZBOs een verbetering van de kwaliteit van de uitvoering verwacht. Door de splitsing tussen beleidmakers (op het ministerie) en –uitvoerders (in het ZBO) kunnen zij zich elk richten op hun eigen kerntaak en competentie. Ten derde wordt verondersteld dat ZBOs de beleidsuitvoering dicht bij de burger en maatschappelijk betrokken organisaties brengen (artsen, zorgaanbieders, verzekeraars), waardoor ze beter kunnen voldoen aan de wensen en kenmerken van verschillende doelgroepen. Ten vierde hebben ZBOs de mogelijkheid om maatschappelijke partijen meer te betrekken bij de taakuitvoering, bijvoorbeeld door deelname in het bestuur of raad van toezicht. Dit wordt ook wel het participatiemotief genoemd. Door de behartiging van publieke taken op afstand van het departement te zetten, ontstaan er nieuwe mogelijkheden voor institutionele borging. ZBOs kunnen immers in gezamenlijkheid met maatschappelijke actoren een stelsel van normen en waarden ontwikkelen, hetgeen in de bureaupolitieke setting van een ministerie vaak niet mogelijk is.

Waar een ZBO zich precies bevindt, hangt af van de aan het ZBO gedelegeerde bestuurlijke taak. De NZa kan als marktmeester vooral tussen de overheid en de zorgverzekerings- en zorgaanbiedersmarkt worden gepositioneerd. Het CVZ en haar rechtsopvolger, Zorginstituut Nederland, bevinden zich op het grensvlak tussen de overheid, het middenveld en de professie. Voor het CVZ waren in eerste instantie met name deskundigheidsmotieven van belang. Het feit dat het bureau en de staf van de Ziekenfondsraad meeging naar het nieuwe College en dat bovendien de laatste voorzitter en secretaris van de Ziekenfondsraad dezelfde functies in het CVZ gingen bekleden hielp daaraan mee. Het participatiemotief lag in het geval van het CVZ wat ingewikkelder. Immers, een belangrijke reden om de Ziekenfondsraad op te heffen was nu juist dat de formele participatie van gevestigde belangengroepen niet langer meer gewenst was, vandaar het Kroonleden model. We zullen straks zien dat dit participatiemotief voor de taak die CVZ en Zorginstituut Nederland (de rechtsopvolger) kregen in de borging van 'gepaste zorg' steeds belangrijker is geworden.

De kleine z van zBO

In een brief aan de Kamer van 27 mei 2005 ging minister Hoogervorst in op de gevolgen van de stelselherziening voor de uitvoerings- en toezichtsorganen in het nieuwe zorgstelsel (Hoogervorst, 2005). De herstructurering van de uitvoerings- en toezichtorganisatie was primair ingegeven door de beleidsmatige keuze van het kabinet om de verantwoordelijkheden meer bij de veldpartijen te leggen. Maar de minister merkte daarbij wel op dat deze ontwikkeling nauw raakte aan de algemene visie van het kabinet op bestuurlijke vernieuwing. Volgens de nieuwe taakverdeling zouden het CTZ en het CTG worden samengevoegd en omgevormd tot Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die de rol kreeg van sectorspecifiek markttoezichthouder. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) behield zijn bestaande toezichthoudende taken op het terrein van de kwaliteit van de zorg en behield als onderdeel van het Staatstoezicht zijn relatieve onafhankelijkheid, vergelijkbaar met andere rijksinspecties. Door deze wettelijke gewaarborgde positie werd het bestuurlijk op afstand plaatsen van de IGZ voor het bereiken van de gewenste onafhankelijkheid ten opzichte van de politiek, niet nodig geacht. Ten aanzien van het CVZ en de NZa koos het kabinet vooralsnog voor de status van zelfstandig bestuursorgaan. NZa en CVZ waren eigen rechtspersonen waarvan de bestuursleden zouden worden benoemd door de minister van VWS. Voor beide organisaties gold dat het bestuursreglement, het jaarplan (begroting en werkprogramma) en de jaarrekening aan goedkeuring door de minister van VWS waren onderworpen. De minister van VWS kon voorts aanwijzingen geven over de werkwijze en taakuitoefening en hij kon besluiten vernietigen en ingrijpen bij taakverwaarlozing. De ministeriële verantwoordelijkheid zou zich nadrukkelijk moeten richten op het algemeen functioneren en niet op besluitvorming in individuele gevallen.

Omdat de NZa een marktautoriteit zou worden wogen de gevaren van belangenverstremming en oneigenlijke politieke bemoeienis hier zwaar. Daarom koos de minister voor er voor om de NZa een bestuur van maximaal drie leden te geven, net als de andere markttoezichthouders (OPTA, NMa, AFM). De status van het CVZ als zelfstandig bestuursorgaan werd door het kabinet eveneens bevestigd. Het CVZ zou, net als de NZa, naar een raad van bestuursmodel zou moeten toegroeien. Een raad van bestuur van drie leden zou slagvaardiger zijn en nog altijd groot genoeg om verschillende deskundigheden in het bestuur te verzamelen. Het CVZ kreeg in de nieuwe Zorgverzekeringswet een drietal taken, te weten pakketbeheer, financiering (uitvoering van de vereveningsregeling) en fondsbeheer. Fondsbeheer (het voormalig kasbeheer) en de risicoverevening werden veel meer administratieve uitvoeringstaken voor het CVZ. Het pakketbeheer omvatte het

rapporteren over ontwikkelingen rond te verzekeren prestaties, het uitbrengen van richtlijnen en het geven van voorlichting. Op verzoek van de Kamer behield het CVZ zijn adviestaak in geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars over verzekerde prestaties.

De stelselherziening had ingrijpende consequenties voor het takenpakket van het CVZ en de aanpassingen die daartoe nodig waren kostten tijd. Uitvoering- en adviestaken waren voorheen altijd nauw met elkaar vervlochten geweest, maar dienden nu meer van elkaar te worden gescheiden. Bovendien bestond binnen het CVZ het gevoel dat de complexiteit van een aantal van die uitvoeringstaken, met name de risicoverevening, door het ministerie sterk werd onderschat. Maar wat vooral parten speelde was dat de juiste politiek-bestuurlijke en ambtelijke verhoudingen en omgangsvormen nog niet waren gevonden. Al eerder werd opgemerkt dat minister Hoogervorst weinig ophad met het collegemodel van het CVZ dat wat hem betreft nog te veel op de oude corporatistische Ziekenfondsraad leek. Daarom koos Hoogervorst uiteindelijk ook voor een raad van bestuursmodel voor het CVZ, analoog aan het bestuursmodel van de NZa. Maar de verhoudingen tussen het ministerie en het CVZ waren eigenlijk ernstig bekoeld. De politiek-bestuurlijke afstemming was ingewikkeld, ook omdat het CVZ met vier verschillende directies en twee verschillende DG's te maken (Langdurige Zorg en Curatieve Zorg) te maken had. De indruk bestond dat VWS het CVZ in een uitvoeringsrol wilde drukken, waar het CVZ zelf zocht naar een meer autonome positie. Het was alsof er een bewuste disciplineringsstrategie vanuit het ministerie werd gevoerd richting het CVZ (Helderman et al., 2014). In zijn visitatierapport van het CVZ merkte de Handvestgroep Publiek Verantwoord op: *“Het Visitatiecollege is onder de indruk geraakt van de ingewikkeldheid van de verhouding van CVZ met “Den Haag”. Het departement is er opuit, ook als onderdeel van een VWS-brede visie op de wijze hoe om te gaan met de eigen ZBOs, om de relatie met CVZ te verstrakken en te verzakelijken. [...] In alle lagen van de organisaties heerst een gevoel dat het departement juist de touwtjes aantrekt en verder wil aantrekken. [...] Wat in deze discussie meespeelt, is de ambitie van CVZ om een brugfunctie te vervullen tussen overheid en veld. Om deze reden wil het ook de diverse taken vervullen zoals die nu vervuld worden.”* (Handvestgroep Publiek Verantwoord, 2007, p.14).

De NZa had zeker in de eerste jaren van zijn bestaan de wind meer in de rug. Dat had er deels mee te maken dat de NZa niet belast was met de erfenis van een corporatistisch verleden (al klopt dit niet helemaal, immers, het CTG welke weer de rechtsopvolger was van het COTG, was ook onderdeel van de NZa geworden). In de eerste jaren na de stelselherziening van 2006 lag het zwaartepunt van de bestuurlijk operationele activiteiten op het verder verfijnen van de Wmg. De NZa kreeg daarin een spilfunctie als marktmeester en toezichthouder. Voor zijn taak als marktmeester weden medewerkers binnengehaald die reeds in andere sectoren hun sporen op dit vlak hadden verdiend. Met name de Opta (telecommunicatie) was een belangrijke leverancier van menskracht en kennis. Zo werd getracht binnen de NZa het toezicht op de markt (handhaving) te verbinden met het uitvoeringstoezicht op de wet- en regelgeving op de cure en care markt (om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de consument te waarborgen). Daarnaast had de NZa ook belangrijke regulerende taken, die vaak ook een beleidsinhoudelijk karakter hadden. Alhoewel de regulerende taken in theorie zouden moeten voortvloeiden uit zijn toezichthoudende taken, bleek het in de praktijk het lastig om deze te combineren. Dat had ook te maken met het feit dat zeker in de eerste jaren na de stelselherziening juist alle nadruk lag op deregulering. Het handhavingstoezicht was daaraan ondergeschikt (Commissie-Borstlap, 2015, p.262).

Ook in de verhouding tussen het ministerie en de NZa bleek ingewikkeld te zijn. In theorie was de verantwoordelijkheidsverdeling helder. De NZa was voor de hem toegekende taken niet hiërarchisch ondergeschikt aan de minister. De minister kan wel algemene aanwijzingen geven, maar niet in individuele zaken. In de praktijk was de 'onafhankelijkheid' van de NZa vaak onderwerp van discussie. Met het onderbrengen van de NZa onder de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen per 1 juli 2011 was de verhouding nu geregeld dat de minister het beleid bepaalt (de politieke vraagstukken) en het daarbij passende instrumentarium, de NZa is vervolgens verantwoordelijk voor de uitwerking en uitvoering. Omdat beleid en uitwerking nauw met elkaar verbonden zijn, zeker in een zich ontwikkelende markt, werd in een Informatiestatuut vastgelegd hoe informatie wederzijds wordt gedeeld zodat geen van beide partijen voor verrassingen wordt geplaagd. Maar in de praktijk bleek het ingewikkeld voor het ministerie om de NZa binnen de wettelijke ruimte los te laten. Dat had ook te maken met het feit dat de incidenten waarvoor de minister ter verantwoording werd geroepen in de Kamer, vaak individuele gevallen betroffen waar nu juist de NZa voor verantwoordelijk was (Ibid.: 119). Bovendien hield de NZa weliswaar toezicht op een 'markt', maar die markt werd politiek en maatschappelijk beleefd als een publiek domein. Het onderscheid tussen systeem en individuele gevallen en tussen de politieke dimensie van beleid en de uitvoering bleek lastig houdbaar in de praktijk. Omdat bovendien het werkprogramma van de NZa zich moest voegen naar de (dikwijls veranderende) prioriteiten van het ministerie, kwam er van een werkelijk zelfstandig functioneren weinig terecht. Kortom, de NZa mocht de wind dan meer in de rug hebben dan het CVZ, zijn positie ten opzichte van het ministerie was niet wezenlijk anders. De Commissie-Borstlap, die onderzoek deed naar de tragische dood van NZa medewerker Arthur Gottlieb, constateerde: *"De wijze waarop het ministerie met de NZa omgaat, maakt dat de NZa stevig in haar schoenen moet staan en weerstand moet bieden tegen ongerechtvaardigde bemoeienis."* (Commissie-Borstlap, 2015, p.121).

In haar brief aan de Kamer naar aanleiding van het rapport van de Commissie-Borstlap zegde de minister toe om de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het ministerie en haar partners (de ZBOs) beter onder de aandacht van de VWS ambtenaren te brengen. Aansturing vanuit het ministerie zou op hoofdlijnen en via meerjarige afspraken moeten geschieden, de informatie uitwisseling zou minder gedetailleerd worden vastgelegd. Rapporten van de ZBO worden in concept naar het ministerie gestuurd zodat het ministerie kan wijzen op feitelijke onjuistheden. Op het definitieve rapport geeft het ministerie dan vervolgens een beleidsreactie. De conclusies en aanbevelingen van het rapport zijn de verantwoordelijkheid van het ZBO. Om een onafhankelijke uitoefening van regulerings- en toezichtstaken te waarborgen zou de functiescheiding tussen beiden tot op het niveau van de raad van bestuur moeten worden doorgevoerd. De politieke en beleidsmatige aspecten van de reguleringstaken (bijvoorbeeld de algemene beleidskaders van bekostigingssystemen) werden terug gebracht naar het ministerie.

Zo zou dan de volgende reguleringscyclus moeten ontstaan: het Ministerie van VWS formuleert de voorgenomen regeling in afstemming met het veld en wegende de politieke wenselijkheid. De NZa voert vervolgens een strikte uitvoerbaarheidstoets uit, gericht op de volgende drie vragen: (1) of de voorgenomen bekostigingsregeling technisch uitvoerbaar is; (2) of deze leidt tot onvoorziene effecten; en (3) of de voorgenomen regeling handhaafbaar is. Mede op basis van de toets stelt VWS de regeling vervolgens vast, waarna de NZa verantwoordelijk is voor de uitvoering, de uitvoeringsregels en de individuele besluiten die hieruit volgen (Brief Tweede Kamer, vergaderjaar 2014 – 2015, 25 268, nr.112.). In dezelfde brief merkt de minister ook op dat er gelukkig veel goed

gaat op het departement, maar dat er ook geleerd moet worden van fouten en dat er voortdurend moet gestreefd worden naar verbetering: *“In die zin is er sprake van een structureel leerproces en continue zelfreflectie in de organisatie”*, aldus de minister in haar brief aan de Kamer.

Toch zit er een adder onder het gras van de door de minister voorgestelde arbeidsverdeling tussen de NZa en het ministerie. Hoe kan de NZa in een ex-ante uitvoerbaarheidstoets een antwoord geven op de vraag of een voorgenomen bekostigingsmaatregel tot onvoorziene effecten gaat leiden? Hoe voorziet je op voorhand de zogenaamde onvoorziene effecten? Reguleren is ten alle tijden ook een kwestie van *reguleren* net als dat beleid maken in essentie een kwestie is van *formuleren*. De structurele leerprocessen en de continue zelfreflectie, waar de minister in haar brief over het rapport van de Commissie-Borstlap over spreekt, moeten niet alleen binnen de eigen organisaties worden georganiseerd, maar ook en vooral tussen de in de gezondheidszorg betrokken organisaties: ZBOs, Inspecties, verzekeraars, aanbieders, wetenschappelijke en professionele beroepsverenigingen, etc.. Hetzelfde geldt voor de bestuurlijke hoofdlijnen akkoorden. Daarin wordt weliswaar een breed gedeelde ambitie geformuleerd, maar de ‘duivel’ schuilt als altijd in de details van de uitwerking. Het leren dat nodig is om waarden te ontdekken, effectief doelen te kunnen formuleren, te reguleren en te implementeren, in polycentrische systemen met veel interdependenties en waar bovendien sprake is van fundamentele inhoudelijke, strategische en institutionele onzekerheden, moet actief worden georganiseerd (Sabel, 2004, p.175). In het derde deel van dit drieluik ga ik in op twee belangrijke uitdagingen in de gezondheidszorg waarin dat leren bij uitstek is vereist.

Deel 3. Experimentele Besturingskunst

“In experimentalist regimes, central institutions give autonomy to local ones to pursue generally declared goals. The center then monitors local performance, pools information in disciplined comparisons, and creates pressures and opportunities for continuous improvement at all levels. The regimes’ distinctive mechanisms for achieving both learning and coordination emphasize deliberative engagement among officials and stakeholders.” (Sabel en Simon, 2011, pp.54-5)

De gezondheidszorg is één groot laboratorium van sociale, technologische en maatschappelijke experimenten (Klein, 2013). Systemen en stelsels zijn genesteld in systemen en stelsels waarbinnen actoren alleen in een iteratief en cyclisch proces tot doelformulering, regulering en implementatie (doelbereiking) komen. Neem het vraagstuk van doelmatige zorg. Om zoveel mogelijk kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten te kunnen genereren dienen bekostigingsystematiek, kwaliteitsbeleid en pakketbeheer voortdurend op elkaar betrokken te worden, op het macro niveau van het stelsel, het meso niveau van transacties en het micro niveau van interacties in de gezondheidszorg. Immers, ondoelmatige zorg heeft tal van (dikwijls onbekende) oorzaken: verouderde richtlijnen, gebrek aan tijd tijdens het consult, ontbrekende schakels in de zorgverlening, het ontbreken van vergoedingen voor belangrijke schakels in een zorgketen (bijvoorbeeld fysiotherapie en diëtistische zorg) tot en met perverse financiële prikkels die ongepast gebruik lijken uit te lokken. En overigens, veel gedrag dat wij gemakshalve vaak toerekenen aan perverse financiële prikkels kan tal van goed bedoelde redenen en oorzaken hebben, bijvoorbeeld omdat de DBC systematiek niet past voor arbeidsintensieve zorg (denk aan revalidatiegeneeskunde of bepaalde vormen van GGZ zorg).

Het gezondheidszorgsysteem kent vele interdependenties die hun oorsprong hebben in de complexe casuïstiek waar actoren op moeten handelen. In de curatief somatische zorg weten we inmiddels van de complexiteit van comorbiditeit en multidisciplinaire zorgketens en hoe ingewikkeld het is om dergelijke ketens tussen echelons te organiseren. In maatschappelijke dienstverlening (zorg, welzijn, jeugdzorg, schuldhulpverlening, onderwijs, arbeid) weten we dat er achter veel hulpvragen van burgers vaak een meervoudig problematiek schuil gaat die vraagt om maatwerk en samenwerking van maatschappelijke dienstverleners. We weten ook dat veel gezondheidbeïnvloedende factoren buiten het domein van de gezondheidszorg liggen. Vandaar ook dat de World Health Organization zo inzet op “Health in all Policies” en de “Whole of a Society” benadering, een benadering die in Nederland terug vinden in het Nationaal Programma Preventie “Alles is Gezondheid ...”.

Deze vele interdependenties – een kenmerk van polycentrische systemen – vraagt om een omkering in het denken over de verhouding tussen decentrale en centrale eenheden. Het centrum, de centrale eenheid, zou dienend moeten zijn aan het lokale, in plaats van andersom (Sabel en Zetilin, 2013, p.173). Wie die centrale en lokale eenheden zijn, is afhankelijk van de specifieke situatie. De gemeente is een centrale eenheid in de gedecentraliseerde jeugdzorg of de Wmo, en dan is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam de lokale eenheid is, maar de gemeente is op zijn beurt weer een lokale eenheid in het landelijke stelsel van jeugdzorg. Hetzelfde geldt voor een ziekenhuis in de curatief somatische gezondheidszorg. Het ziekenhuis is een centrale eenheid voor de ontwikkeling

van een ziekenhuisbreed kwaliteitsbeleid en de afdelingen, maatschappen of vakgroepen zijn dan de lokale eenheden, maar een ziekenhuis is een lokale eenheid in de Nederlandse tweedelijns gezondheidszorg, welke zich weer verhoudt tot andere lokale eenheden in de zorg (bijvoorbeeld de eerste lijn). En zo is Nederland een lokale eenheid in de Europese Unie of in pogingen om in internationaal verband klimaatverandering tegen te gaan. Experimentele besturingskunst is nodig in al die situaties waarin sprake is van grote wederzijdse afhankelijkheden, waar dus moet worden samengewerkt, maar waar tegelijkertijd autoriteit, kennis en informatie zijn gefragmenteerd.

Pragmatisme en Experimentele Besturingskunst

Een experimentele besturingskunst ('experimentalist governance') is gericht op het diagnosticeren en monitoren van complexe, vaak onbekende, probleemsituaties, gericht op het transparant en inzichtelijk maken van oorzaken en gevolgen en het op elkaar betrekken van regels en handelingspraktijken. Experimentele besturingskunst, of experimentalist governance, heeft haar wetenschapsfilosofische grondslag in het Pragmatisme, een filosofische stroming die in de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw vooral in de Verenigde Staten veel aanhang vond (Dewey, 1927; Marres, 2005; Dijstelbloem, 2007; Sabel, 2012). Het pragmatisme impliceert een wereldbeeld waarin de werkelijkheid niet af is maar continue in ontwikkeling is. We begrijpen kennis over de sociale werkelijkheid alleen wanneer we voldoende ervaring en inzicht hebben om er betekenis aan te geven. Pragmatisten zetten zich daarmee expliciet af tegen een elitaire wetenschapsopvatting en een elitaire bestuursopvatting. De groei of verandering van kennis (bijvoorbeeld in het sociaal domein of door innovaties in de geneeskunde) kan alleen maar gesitueerd worden (of onderzocht worden) in de praxis. In zijn in 1927 gepubliceerde *The public and its problems* pleitte Dewey voor de voortdurende noodzaak om bestaande institutionele regels en structuren (stelsels) te onderzoeken op de vraag of zij nog wel een adequaat antwoord hebben op de vragen en problemen van onze tijd?

Het centrale concept binnen het pragmatisme van Dewey is het concept *Inquiry* dat zich langs drie elementen laat karakteriseren: een focus op problematische situaties (een kwestie), een wetenschappelijke (onderzoekende) houding en de betrokkenheid van een publiek bij de desbetreffende kwestie. Inquiry is zowel een wetenschapsfilosofisch als democratisch concept in de zin dat het de intelligentie van een onderzoekende en problematiserende houding koppelt aan de kracht van gemeenschapsvorming om op die wijze kennis, politiek en publiek bij elkaar te brengen vanuit een probleemgerichte houding (Dijstelbloem en Meurs, 2007). Wie tot het publiek behoort, moet echter niet vooraf als gegeven en bekend worden verondersteld, maar is afhankelijk van de kwestie die in het geding is en wordt bepaald door de omvang en reikwijdte van de betreffende kwestie. Bij een dergelijke grondhouding past bij uitstek een experimentele besturingskunst. Experimentele besturing bevordert en stimuleert lokale experimenten en de snelle correctie van onbedoelde neveneffecten en de diffusie van goede praktijken, door systematisch de onderliggende aannames en assumpties aan onderzoek te onderwerpen. Het behandelt iedere oplossing als incompleet en corrigeerbaar en het bevordert een continue, wederkerige, aanpassing van doelen en middelen door de systematische vergelijking van verschillende aanpakken gericht op het bereiken van gedeelde en algemene doelen (Sabel, 2004; Sabel en Zeitlin, 2012).

In een experimenteel bestuursregime stellen centrale partijen gezamenlijke ambities vast, maar laten zij de concrete uitwerking daarvan voor rekening van lokale partijen. Lokale partijen gebruiken

hun discretionaire ruimte om deze ambities te realiseren, hebben de ruimte om interventies aan te passen aan de lokale setting, maar verantwoordden zich daarover actief in regelmatige rapportages richting het centrale eenheden en horizontale – andere – lokale eenheden. Waarna vervolgens de doelen, standaarden en besluitvormingsstructuren en -regels periodiek kunnen worden herzien. Normen en kwaliteitsindicatoren worden gezamenlijk ontwikkeld en onderhouden. Deelname aan een dergelijke experimenteel besturingsregime is niet vrijblijvend, het verplicht actoren tot een onderzoekende houding (inquiry) en het voortdurend delen van informatie en bevindingen.

Wat volgt is een uiteenzetting over een tweetal uitdagingen die bij uitstek vragen om experimentele besturingskunst. De eerste uitdaging is het vraagstuk van betaalbaarheid en de zoektocht naar de heilige graal van doelmatigheid in de zorg. Hier is de uitdaging om met beheerste groei van middelen, de toegang, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg voor iedereen te garanderen. We hebben gezien dat gereguleerde concurrentie alleen dat niet kon garanderen. Het is niets voor niets dat minister Schippers weer teruggreep op het beproefde concept van onderhandelen en bestuurlijke hoofdlijn akkoorden. Geen van de beschikbare instrumenten (pakketbeheer, budgettering, verhoging eigen bijdrage, doelmatigheidsprikkels) bleek alleen afdoende om de groeiende uitgaven op een maatschappelijk verantwoorde wijze te beheersen. Bovendien kunnen kostenbeheersing en doelmatigheid niet los worden gezien van hun effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, en omgekeerd. Daarom vraagt het publieke belang van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg om experimentele besturing. De tweede uitdaging die ik in dit essay behandel is zo mogelijk nog veel groter. Ik doel hier op de transities in het sociale domein, met name de Wmo en de Jeugdzorg (maar het verhaal gaat ook op voor de Wet Passend Onderwijs en de Participatiewet). De modernisering van de AWBZ heeft geleid tot een complete hervakeling van zorg over en voorbij sectorale echelons en territoriale besturingsniveaus en de vervanging van de AWBZ door een de Wet langdurige zorg. Aan de keukentafel en in de wijkteams ontwikkelen zich nieuwe professies en een nieuw primair proces. Het feit dat deze transities gepaard gaan met drastische doelmatigheidskortingen leidt tot veel sceptische reacties. Maar de transitie die hier achter schuilt is fundamenteel, immers, het gaat hier om sociale risico's die wij niet adequaat kunnen borgen in het actuariële verzekeringsstelsel dat aan het zorgverzekeringsstelsel ten grondslag ligt.

I. Van noodzakelijke zorg naar 'gepast' gebruik

Het begrip noodzakelijke zorg speelde een centrale rol in het advies van de Commissie Dekker uit 1987, zonder dat het overigens expliciet was gedefinieerd en geoperationaliseerd. Het begrip kwam terug in het rapport van de Commissie *Keuzen in de zorg* (de Commissie-Dunning); de zogenaamde Trechter van Dunning. De Trechter van Dunning verschafte een viertal criteria voor de vraag of er sprake was van gepaste zorg of niet. Het eerste criterium was dat van noodzakelijke zorg; het tweede criterium betrof de vraag of er ook sprake was van effectieve, werkzame, zorg; het derde criterium betrof de doelmatigheid van de zorg; en tot slot, het vierde criterium betrof de vraag of de zorg desalniettemin voor eigen rekening en verantwoording moest komen (Brouwer en Rutten, 2004, p.13). In zijn evaluatie van tien jaar pakketdiscussie merkte het CVZ op dat van de vier criteria van de Trechter van Dunning het begrip 'noodzakelijke zorg' evenwel het meest ingewikkeld was. Omdat de vraag of zorg noodzakelijk is, afhangt van de aandoening en indicatie in kwestie kan het niet op

generieke wijze worden geoperationaliseerd (CVZ, 2001, p.15). Desalniettemin speelde de notie van noodzakelijkheid op meer intuïtieve wijze vaak een doorslaggevende rol bij besluiten over het toelaten van zorg tot pakket. Er zijn nu eenmaal weinig gebieden in het pakket die in totaliteit 'niet-noodzakelijk' zijn. Voor wat betreft het doelmatigheids criterium maakte het CVZ onderscheid tussen doelmatigheid aan de voordeur via selectieve toelating en doelmatigheid 'van binnenuit', namelijk de wijze waarop zorg wordt verleend. Omdat wederom de mogelijkheden voor het begrenzen van het pakket beperkt waren, pleitte het CVZ voor gerichte en systematische doelmatigheidsbevordering. De verschillende Kompasinstrumenten die de Ziekenfondsraad daartoe reeds had ontwikkeld (het Farmacotherapeutisch Kompas uit 1982 en het Diagnostisch Kompas uit 1997) en andere beslissingsondersteunende systemen konden daarin een belangrijke rol spelen.

Zo verschoof het CVZ de discussie over noodzakelijke zorg naar het bevorderen van gepaste zorg en gepast gebruik van zorg. Alleen op die wijze kon een breed samengesteld basispakket duurzaam behouden worden. Aangrijpingspunten voor doelmatigheidsbevordering lagen niet alleen op het macro niveau, maar ook op het meso niveau via het zorginkoopbeleid van verzekeraars en grote instellingen, en op het micro niveau via de individuele toestemmingsbeslissingen van verzekeraars en de indicatiestelling in de spreekkamer. Voor wat betreft het criterium effectiviteit was het CVZ van oordeel dat de principes van evidence based medicine (EBM) leidend zouden moeten zijn (CVZ, 2007). Daarin volgde hij het eveneens in 1991 verschenen rapport *Medisch handelen op een tweesprong* van de Gezondheidsraad. Het criterium van EBM was internationaal erkend en combineerde zowel de wetenschappelijke kennis over de effectiviteit van een interventie of geneesmiddel als het gebruik daarvan (het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal). Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' was bij de inwerkingtreding van de Zvw op 1 januari 2006 in de plaats gekomen van het 'gebruikelijkheids criterium' uit de ziekenfondsverzekering (CVZ, 2007). Het EBM criterium maakte het bovendien mogelijk om gebruik te maken van bestaande internationale EBM richtlijnen. Om de kwaliteit van de CVZ beoordelingen op het criterium van EBM te bevorderen, maar ook om in de uitvoeringspraktijk draagvlak te creëren voor de toepassing van het EBM criterium, was het gewenst om zowel inhoudelijke als praktische kennis over interventies in te winnen bij de verschillende wetenschappelijke verenigingen (CVZ, 2007, p.21).

In opeenvolgende rapporten heeft het CVZ zijn opvattingen over pakketbeheer verder uitgewerkt. In de meest recente rapportage aan de minister over de wijze waarop het CVZ invulling aan zijn pakketbeheer taak geeft noemt het CVZ vijf criteria. Het criterium van noodzakelijkheid gaat over de vraag of de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt. Daarbij kijkt het CVZ naar de vraag of er een medische noodzaak tot behandeling bestaat (de ziektelast) en de vraag of het ook nodig is om de interventie te verzekeren. Bij het criterium van effectiviteit gaat het om het hierboven reeds genoemde principe van EBM. Daarnaast betreft het CVZ in toenemende mate het criterium van kosteneffectiviteit in zijn afweging, het hierboven genoemde doelmatigheids criterium. Tot slot hanteert het CVZ het criterium uitvoerbaarheid, waarmee in kaart wordt gebracht welke factoren een succesvolle uitvoering van een pakketmaatregel van het CVZ kunnen belemmeren of bevorderen. Bijvoorbeeld of er voldoende draagvlak voor een maatregel is, met welke kosten het gepaard gaat, of er tarieven moeten worden vast gesteld, etc. (CVZ, 2013a). Het uiteindelijke advies is gebaseerd op alle pakketcriteria, behalve wanneer een interventie niet effectief blijkt te zijn, dan geldt het effectiviteitscriterium als reden om een negatief advies te geven.

De maatschappelijke waardering (appraisalfase) gebeurt door de Advies Commissie Pakket (ACP). De ACP is ingesteld als gevolg van de keuze van minister Hoogervorst voor een Raad van Bestuursbesturingsmodel. Door het wegvallen van het college van kroonleden dreigde de maatschappelijke toets op het pakketbeheer te verdwijnen. Het kostte de toenmalige voorzitter Hillen en directeur Hermans van het CVZ enige moeite om de minister te overtuigen van de consequenties van het raad van bestuursmodel voor het pakketadvies. Minister Hoogervorst was ongevoelig voor de bezwaren van het CVZ. Zijn opvolger, minister Klink, die met deze problematiek in 2008 werd geconfronteerd, zag de noodzaak van enigerlei vorm van maatschappelijke verankering wel in en besloot daarom tot het instellen van de Advies Commissie Pakket (ACP), bestaande uit zes externe door de minister benoemde leden, aangevuld met de drie leden van de raad van bestuur. De ACP kreeg als doel mee om de maatschappelijke verankering en legitimering van het pakketbeheer te borgen.

Duivelse dilemma's

Dat het adviseren over het pakket in deze nieuwe meer stringente benadering lang niet altijd eenvoudig is blijkt wel uit recente voorbeelden als het CVZ advies over Pompe en Fabry (12 juni 2012) en het GGZ advies over geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (januari 2013). In de zomer van 2012 lekte het concept advies van het CVZ uit over dure medicijnen voor zeldzame ziekten (Pompe en Fabry). Het advies lag ter consultatie bij betrokken veldpartijen en kwam in handen van de NOS. In het rapport merkte het CVZ over Fabry op dat het medicijn weliswaar werkte, maar dat het te duur was in verhouding tot de resultaten van de behandeling. In 2010 werd in totaal 11 miljoen euro uitgegeven aan de behandeling van ongeveer zestig patiënten. Bij het medicijn tegen de ziekte van Pompe werd een vergelijkbare redenering gehanteerd. Het middel was te duur voor de beperkte gezondheidseffecten. Alleen voor een heel kleine groep patiënten met de klassieke vorm van Pompe die bij baby's voorkomt, zou het middel moeten worden vergoed. Het concept advies leidde tot een storm van protest. De minister reageerde met de mededeling dat zij het advies van het CVZ naast zich neer zou leggen. In het uiteindelijke advies kwam het CVZ op zijn standpunt terug. Dat wil zeggen, het stelde voor om medicijnen uit het basispakket te halen maar wel te blijven vergoeden via een apart fonds. Patiënten die de medicijnen krijgen, zouden dan nauwgezet gevolgd moeten worden om na te gaan of de medicijnen werken. Het CVZ raadde Schippers ook aan om over de prijzen van de medicijnen te gaan onderhandelen met de fabrikanten van de medicijnen.

Op 22 januari 2013 ontstond er wederom commotie rondom een 'uitgelekt' conceptrapport van het CVZ over geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Anders dan bij het advies over Pompe en Fabry was hier overigens geen sprake van lekken, het advies stond op de agenda van de ACP en was daarom openbaar. In het concept advies maakte CVZ onderscheid tussen psychische klachten en stoornissen. Alleen psychische stoornissen zouden nog in aanmerking komen voor vergoeding binnen de geneeskundige GGZ. Het concept advies leidde wederom tot een storm van protest. In het uiteindelijke advies hield het CVZ vast aan het onderscheid tussen klachten en stoornissen. In het advies refereerde het CVZ onder andere aan het criterium van gepast gebruik.⁷ Gepast gebruik van

⁷ "Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons). Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen. De belangrijkste voorwaarde is dat alle partijen (aanbieders, patiënten en verzekeraars) hun verantwoordelijkheid nemen. De professionals hebben daarbij in samenspraak met de patiënten de belangrijkste taak. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien." (CVZ, 2013b, p.7). Ook merkte het CVZ op dat het op dit moment ontbrak aan gegevens, richtlijnen en standaarden met betrekking tot het beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de

zorg kan alleen worden bereikt wanneer professionals consensus hebben over de vraag wat passende zorg is binnen de gehele keten van zorg. Daartoe boden de huidige richtlijnen en standaarden nog onvoldoende houvast. Het CVZ wees daarnaast op dat er nog weinig was terecht gekomen van de afspraken in het bestuurlijk GGZ-akkoord over de noodzaak van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen en een kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. “[...] Wij adviseren hierbij wel de vrijblijvendheid in het tempo weg te nemen en goede afspraken in het verlengde van het Bestuurlijk Akkoord te maken. Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn.” (CVZ, 2013b, p.8). Zo ontwikkelde pakketbeheer zich tot ‘stringent’ pakketbeheer met een grotere nadruk op doelmatigheid en gepast gebruik. Het CVZ nam bovendien een meer agenderende rol in dat debat. Maar het koos ook nadrukkelijk voor meer interactie met het veld om draagvlak te creëren en waarden te borgen. Daartoe zocht het zijn heil in richtlijnen.

Sturen op gepast gebruik

Richtlijnen en kwaliteitsbeleid waren lange tijd het exclusief eigendom van de professionals in het veld. Maar richtlijnen worden in toenemende mate ook door andere partijen gebruikt. Patiënten en cliënten vonden in richtlijnen informatie over wat optimale zorg is. De IGZ ging richtlijnen gebruiken voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en voor zijn taken op het terrein van kwaliteit handavings- en veiligheidsbeleid. Het Medisch Tuchtcollege baseerde zich bij zijn uitspraken steeds meer op de vraag of artsen de richtlijnen hebben gevolgd. Het CVZ ging de richtlijnen in toenemende mate gebruiken in zijn pakketadvisering, zo zagen we hierboven, al bleken veel richtlijnen nog weinig informatie te bevatten over kosteneffectiviteit en doelmatigheid van interventies. Kwaliteitsbeleid, multidisciplinaire richtlijnen en standaarden waren niet langer meer een verantwoordelijkheid van professionals en hun beroeps- en wetenschappelijke verenigingen alleen, maar kregen een functie in de bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.

De eerste landelijke consensus richtlijn voor medisch specialistisch handelen werd in 1982 ontwikkeld door het toenmalige Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (het huidige CBO) de eerste landelijke consensus richtlijn voor medisch specialistisch handelen. In 1987 volgde het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) met het standaardenbeleid voor huisartsen. Daarna volgden medisch-specialistische verenigingen en de beroepsgroepen van de paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Met de introductie van evidence-based medicine (EBM) en oprichting van de Cochrane Collaboration in 1992 kwam het accent in de richtlijnen steeds meer te liggen op systematisch literatuuronderzoek en explicitering van wetenschappelijk bewijs. Onder aanvoering van de Orde van Medisch Specialisten werden de wetenschappelijke verenigingen steeds actiever in het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen. Daarnaast gingen ook steeds meer landelijke onderzoeksinstituten, zoals het Trimbos instituut, en koepelorganisaties, zoals de Vereniging van Integrale Kankercentra, zich bezighouden met de ontwikkeling van landelijke richtlijnen. Het eerder genoemde rapport van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong* uit 1991 brak een lans voor Evidence Based Medicine in Nederland. Tussen 1989 en 2000

behandeling van aanpassingsstoornissen: “Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.” (Ibid.).

werd de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitsbeleid bevorderd via de zogenaamde Leidschendamconferenties waar alle betrokken partijen (professionals, aanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid) aan deelnamen (Van de Bovenkamp, et al., 2013, p.6).

In 1997 werd op initiatief van het CBO en het Dutch Cochrane Center het Cochrane-overleg in het leven geroepen met als doel om de methodiek van richtlijnenontwikkeling verder te ontwikkelen. Vanaf 2001 werd het Cochrane-overleg omgedoopt in het EBRO-platform (Evidence Based Richtlijnen Ontwikkeling) waarin naast de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen uit de cure en care ook een groot aantal landelijke onderzoeksinstituten en het CVZ deelnamen (Burgers en Van Everdingen, 2004). In 2000 namen de NPCF en een aantal categorale patiëntenorganisaties bovendien het initiatief om ook patiëntenparticipatie in landelijke richtlijnen op te nemen (Regieraad, 2010).

De ontwikkelingen in Nederland stonden niet op zichzelf maar pasten in een internationale trend om meer te sturen op doelmatigheid en 'gepast gebruik' van zorg ter beheersing van de macro zorguitgaven, maar met als uiteindelijke en ultieme doel om een voor iedere burger toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg duurzaam te behouden (Europese Commissie, 2010). Eén van de meest in het oog springende voorbeelden is het in 1999 in Engeland opgerichte National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in de National Health Service van Engeland en Wales. NICE was in eerste instantie opgericht als het National Institute for Clinical Excellence. Na de fusie in 2005 met de Health Development Agency bleef de afkorting NICE bleef bestaan maar het instituut heet vanaf dat moment voluit het National Institute for Health and Clinical Excellence. In de eerste gedachtevormingen over de noodzaak van een apart kwaliteitsinstituut in de Nederlandse gezondheidszorg gold NICE zeker als voorbeeld. In 2003 publiceerde de Gezondheidsraad zijn advies *Contouren van het basispakket* waarin het een pleidooi hield voor een nationaal beoordelingskader voor gepaste zorg (Gezondheidsraad, 2003). Het advies van de Gezondheidsraad sloot aan bij een aantal artikelen van Rutten en Brouwer waarin zij, onder verwijzing naar het Engelse NICE, de oprichting van een Nationaal Instituut voor Effectiviteit en Doelmatigheid bepleitten (Rutten en Brouwer, 2002; Brouwer et al., 2003; Brouwer en Rutten, 2004).

Door de stelselherziening van 2006 kwamen richtlijnen en kwaliteitsbeleid in een ander perspectief te staan (Veer et al., 2007). In eerste instantie waren richtlijnen vooral bedoeld als leidraad voor de besluitvorming van professionals in zorg. In de loop van de tijd werden daar duidelijk omschreven kwaliteitseisen en behandeldoelen aan toegevoegd, die vervolgens aan de hand van transparante proces- en uitkomstindicatoren dienen te worden getoetst. In december 2006 werd het Centrum Klantenervaring Zorg opgericht, dat in samenwerking met het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) werkte aan de ontwikkeling en implementatie van de zogenaamde Consumer Quality Index (CQ-index) in de Nederlandse gezondheidszorg; een gestandaardiseerde en gecertificeerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren (Centrum Klantervaring Zorg, 2010). In 2007 lanceerde VWS het programma Zichtbare Zorg (ZiZo). Het ZiZo-programma was bedoeld als een tijdelijk programma waarin zorgaanbieders, brancheorganisaties, cliëntenorganisaties, verzekeraars en de IGZ samenwerkten om de kwaliteit van de zorg zichtbaar te maken. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders, brancheorganisaties, cliëntenorganisaties, verzekeraars en de IGZ vormden samen de projectgroep. Het programma werd ondersteund door een tijdelijk projectbureau. In het programma werd kennis opgebouwd over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en het

registreren en bewerken van de aangeleverde data. Eind 2008 werd daarnaast het Coördinatieplatform Zorgstandaarden opgericht dat tot doel had om een toetsingskader voor zorgstandaarden voor chronische ziekten te ontwikkelen. Alle hierboven genoemde initiatieven werden in 2009 samengebracht in de door VWS opgerichte Regieraad Kwaliteit van Zorg die werd ondergebracht bij ZonMw, de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie, waar reeds vanaf 2005 het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg bestond, het zogenaamde 'richtlijnen programma' (ZonMw, 2007).

Om gepast gebruik van zorg te bevorderen (en niet-passend gebruik te ontmoedigen) nam het CVZ in 2010 het initiatief tot het organiseren van een Ronde Tafel over gepast gebruik. Aan de ronde tafel werd deelgenomen door de NZa, ZonMw, DBC-Onderhoud, de Regieraad Kwaliteit van Zorg, KNMG, NPCF en ZN. De oorzaken voor ongepast gebruik werden gezocht in tal van factoren: verouderde richtlijnen, gebrek aan tijd tijdens het consult om er achter te komen wat een patiënt echt scheelt, tot en met perverse financiële prikkels die ongepast gebruik uitlokten. In zijn rapport over tien jaar pakketdiscussie had het CVZ reeds opgemerkt dat de aangrijpingspunten voor doelmatigheidsbevordering op alle niveaus gezocht moesten worden: op het macro niveau van het stelsel, op het meso niveau via het zorginkoopbeleid van verzekeraars en grote instellingen, en op het micro niveau via de individuele toestemmingsbeslissingen van verzekeraars en de indicatiestelling in de spreekkamer. Zo zouden bekostiging, kwaliteit en pakketbeheer in toenemende op elkaar betrokken moeten worden. De relatie met de bekostigingscomponent is overigens ingewikkeld. De wetgever heeft een strikte scheiding aangebracht tussen de afbakening van verzekerde zorg (Zvw) aan de ene kant en prestaties- en prestatiebekostiging aan de andere kant (Wmg). Zeker op DBCs waar sprake is van de afweging of een behandeling al dan niet medisch noodzakelijk is, kan daarom de verleiding bestaan om lasten door te schuiven naar het publieke deel van de verzekering. Daardoor is er onvermijdelijk een spanningsveld omdat ook voor behandelingen die niet of slechts gedeeltelijk worden vergoed wel een systeem van prestatiebekostiging in de vorm van DBCs nodig is. De DBC-systematiek raakt daarmee onvermijdelijk aan het vraagstuk van gepast gebruik van de zorg, maar de verantwoordelijkheid er voor is ondergebracht bij de NZa. De ronde tafelconferenties over 'gepast gebruik' brachten dit soort ketenafhankelijkheden aan het licht en boden een platform om tot afspraken te komen. Op 20 juni 2011 sloten de deelnemende partijen het convenant *Gepast gebruik in de zorg*. In het convenant spraken de partijen af om de omvang van ongepast gebruik terug te brengen zodat de uitgaven aan de zorg doelmatiger zouden zijn.

Tegelijkertijd was de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid in Nederland nog altijd sterk institutioneel gefragmenteerd. Daar zou met de komst van een landelijk kwaliteitsinstituut een eind aan moeten komen. Op 28 mei 2010 stuurde demissionair minister Klink een brief naar de Tweede Kamer waarin hij de komst van een publiekrechtelijk kwaliteitsinstituut aankondigde (Klink, 2010). Het instituut zou zich bezig moeten houden met het samenhangende geheel van kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de gezondheidszorg. In zijn brief verwees hij naar NICE in Engeland en naar het Gemeinsame Bundesausschuss en het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Duitsland. In tegenstelling tot het kwaliteitsbeleid in deze landen was in Nederland het kwaliteitsbeleid te institutioneel gefragmenteerd, aldus de minister. Bovendien, zo stelde hij, ontbrak het aan doorzettingsmacht in die gevallen waar een adequaat kwaliteitskader niet vanzelf van de grond kwam. Ook ontbrak het aan een koppeling naar het al dan niet declarabel zijn van niet-richtlijn conforme behandelingen.

Meer kon minister Klink er niet over zeggen, hij had immers een demissionaire status, maar zijn opvolger zou het plan verder uitwerken. De Orde van Medisch Specialisten plaatste wel direct kritische kanttekeningen bij het initiatief. De verantwoordelijkheid voor richtlijnen zou immers primair bij de artsen moeten liggen. Bovendien vreesde de Orde dat de verzekeraar op de stoel van de arts zou gaan zitten onder het mom van doelmatige kwaliteit. De Orde wees er bovendien op dat de wetenschappelijke verenigingen al volop actief waren in het ontwikkelen van richtlijnen.

Op 26 januari 2011 presenteerde minister Schippers haar beleidsdoelstellingen onder het motto “zorg die werkt” in een brief aan de Tweede Kamer. In de brief kondigde minister Schippers de komst aan van een nieuw kwaliteitsinstituut, zodat kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en transparantie in onderlinge samenhang konden worden gezien. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen was nog altijd te vrijblijvend, zo stelde de minister. Bovendien werd doelmatigheid te weinig meegewogen bij de totstandkoming van richtlijnen en boden richtlijnen onvoldoende aanknopingspunten voor verzekeraars om te beoordelen of de zorg daadwerkelijk nodig was. Het streven was om een wetsvoorstel voor het nieuwe kwaliteitsinstituut, dat daadwerkelijk doorzettingsmacht moest krijgen, begin 2012 bij de Kamer in te dienen. In reactie op de brief van minister Schippers reageerde de KNMG minder terughoudend dan de Orde. Wel wees het in een brief aan de minister op het cruciale belang van betrokkenheid van het veld. Bovendien moest worden aangesloten bij initiatieven van de medische beroepsgroep zelf om hem niet te ontmoedigen in zijn eigen verantwoordelijkheid voor integraal kwaliteitsbeleid.⁸ Ook uitte het zijn bezorgdheid over de oneigenlijke relatie die er kon ontstaan tussen pakketbeheer en kwaliteitsbeleid. Tot slot wees de KNMG er op dat professionele standaarden, waarover tot dan toe was gesproken zou moeten worden vervangen door het begrip kwaliteitsstandaard.

De vaste kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport overlegde op 11 november 2011 met de minister over het nieuwe kwaliteitsinstituut. De reacties waren over het algemeen positief al had haar eigen partij, de VVD, wel twijfels bij de vraag of het van bovenaf geregeld moest worden. De PvdA stelde zich op het standpunt dat zelfregulering kennelijk gefaald had en vond dat de doorzettingsmacht van het instituut zwaarder aangezet moesten worden met een meer leidende rol van het departement. De minister koos echter nadrukkelijk voor de oplossing van een zelfstandig bestuursorgaan om daarmee een brug te kunnen slaan naar het veld. De grote vraag was uiteraard waar het kwaliteitsinstituut zou moeten worden ondergebracht. Een nieuw instituut had voor geen de betrokken partijen de voorkeur. Diverse opties zijn de revue gepasseerd. Het IGZ werd overwogen maar gezien zijn onafhankelijke Inspectietaak werd die optie snel weer van tafel gehaald. De NZa heeft uiteraard veel kennis van de bekostiging maar is toch meer een marktmeester. Uiteindelijk viel de keuze op het CVZ. Met zijn agenda van ‘gepast gebruik’ en de ronde tafel conferenties die hierover onder zijn regie van werden georganiseerd, had het CVZ zijn visitekaartje afgegeven. Bovendien had het CVZ met zijn kennis van Evidence Based Medicine goede toegang tot de medische wereld. Het CVZ zou in de visie van de minister moeten worden omgebouwd tot een organisatie waar in verschillende innovatieve processen zouden plaats vinden, naast het kwaliteitsinstituut moest ook de Commissie Innovatie van opleidingen en taakherschikking een plek krijgen binnen wat vanaf dat moment Zorginstituut Nederland zou gaan heten. Op 5 februari 2013 ging de Tweede

⁸ Brief van de KNMG aan de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1 maart 2011)

Kamer uiteindelijk akkoord met de komst van Zorginstituut Nederland en op 10 december 2013 volgde de goedkeuring van de Eerste Kamer. Daarmee was Zorginstituut Nederland een feit.

Zorginstituut Nederland kreeg drie hoofdtaken toebedeeld op het terrein van kwaliteit: het bevorderen van de totstandkoming van professionele standaarden, met daarin opgenomen indicaties voor gepast gebruik van zorg; het stimuleren en ondersteunen bij de implementatie van gegeneerde standaarden en innovaties; en het zichtbaar maken van de uitkomsten van zorg. In de Memorie van Toelichting op het uiteindelijke wetsvoorstel werd het belang van de ZBO-status nog eens benadrukt (Tweede Kamer, 2012). Iedere schijn van politieke beïnvloeding moest worden voorkomen om te voorkomen dat publieke kostenbeheersingsdoeleinden richting zouden gaan geven aan de inhoud van professionele standaarden. De afstand tot het ministerie en de politiek werden als cruciaal gezien voor het vertrouwen dat de sector, en met name de medische professionals, in Zorginstituut Nederland moesten hebben. Bovendien werd daarmee recht gedaan aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veldpartijen voor het kwaliteitsbeleid. Kwaliteit, maar ook de verantwoordelijkheid over beroepen en opleidingen, is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de veldpartijen, evenals het aanleveren van standaarden. Zorginstituut Nederland moet op basis van een Toetsingskader vaststellen waar een kwaliteitsstandaard en meetinstrumenten aan moesten voldoen. Standaarden en meetinstrumenten die aan het Toetsingskader voldoen worden vervolgens opgenomen in het openbaar register. Wanneer veldpartijen in gebreke blijven kan de raad van bestuur van Zorginstituut Nederland de Adviescommissie kwaliteit verzoeken om zelf een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen.

Experimentele Besturing en Gepast Gebruik

‘Gepast gebruik’ vraagt bij uitstek om een experimentele besturingskunst. Immers, we weten nog nauwelijks wanneer welke zorg gepast gebruikt wordt, en wanneer niet. Er is weliswaar in toenemende mate kennis beschikbaar over wel of niet bewezen effectiviteit van medische interventies, maar daaruit volgt nog geen operationele standaard. Het gaat immers om het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal.

Aangrijpingspunt voor coördinatie is in dit geval de (multidisciplinaire) richtlijn, al laat deze ten alle tijden ruimte voor discretionaire toepassing en afwijking in de individuele behandelingsrelatie. Zo lang die individuele behandelaar - of zijn of haar beroepsvereniging - maar kan uitleggen waarom hij of zij van deze richtlijn in deze praktijk moe(s)t afwijken. Zorginstituut Nederland is dan de centrale eenheid, waar kennis over richtlijnen en de effecten van die richtlijnen op gepast gebruik bij elkaar worden gebracht. Maar die kennis heeft het Zorginstituut niet zelf, zij dient actief te worden opgehaald bij de wetenschappelijke/professionele medische en paramedische beroepsverenigingen, of bij zomaar een ziekenhuis of een veelbelovende eerste lijn praktijk. In deze ideale *reguleercyclus* is de revalidatiearts en zijn wetenschappelijke beroepsvereniging in staat om uit te leggen bij Zorginstituut Nederland dat fysiotherapie voor een aantal indicaties wel vergoed zou moeten worden in het basispakket omdat dit bewezen kosteneffectief lijkt te zijn, wordt fysiotherapie dus onderdeel van een multidisciplinaire richtlijn en wordt deze richtlijn vervolgens opgenomen in de landelijke kwaliteitsstandaard. Dit heeft dit dan vervolgens consequenties voor het pakket en wellicht ook voor de bekostigingsregel. Zo wordt de centraal gedeelde kwaliteitsstandaard aangepast en worden kwaliteit, pakketbeheer en bekostigingssystematiek steeds meer op elkaar betrokken.

Experimenten hebben hun basis in concrete casuïstiek, casuïstiek is onderdeel van het primair proces. Het primaire proces verandert systematisch door methodisch te werken, diagnostisch te monitoren, en daarop te reflecteren. De instituties en regels zouden moeten volgen. De crux is dat deze onderlinge interdependenties alleen maar langs experimentele weg kunnen worden gevonden. De zorg is één groot laboratorium van proeftuinen en experimenten (zie ook Klein, 2013).

II. Transities in het Sociaal Domein

De tweede uitdaging die ik zie, is denk ik vele malen groter. Met de transities in het sociaal domein (Wmo, Jeugdwet, Wet Passend Onderwijs en de Participatiewet) is de verantwoordelijkheid voor ondersteunende zorg gelegd bij de gemeenten. De AWBZ heeft een plaats gekregen in de geschiedenisboeken en is per 1 januari 2015 vervangen door de Wet langdurige zorg. Achter deze transities schuilt een veel ingrijpender transformatie van onze verzorgingsstaat. De essentie van dit nieuwe sociale discours, waarvan de Wmo, de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet Passend Onderwijs de eerste codificaties zijn, is dat burgers ondersteuning behoeven bij tal van uiteenlopende levenslooprisico's, zodat zij langer en succesvoller in staat zijn om gezond deel te kunnen nemen aan de samenleving, zich te ontplooien, het 'goede' leven te leiden, en zo ook bij te kunnen dragen aan een moderne (kennis-) economie. Het karakter van de dienstverlening verandert. Wanneer burgers niet over de capaciteiten beschikken om zich te ontplooien en te ontwikkelen, om actief deel te nemen aan een steeds sneller veranderende samenleving, dan helpt een verzekeringsmodel hen daar niet bij. Waar burgers dan behoefte aan hebben is aan 'ondersteuning' en omdat het bij die ondersteuning vaak om meervoudige problematiek gaat, dienen samenwerkende dienstverleners maatwerk te kunnen leveren. De Wmo en de Jeugdwet zijn zogenaamde voorzieningenwetten, de compensatieplicht is vervangen door een maatwerk voorziening. Intergemeentelijke samenwerking is noodzakelijk voor de specialistische zorg die niet op het niveau van één gemeente kan worden georganiseerd. Voor de basis generalistische ondersteunende zorg kiezen de meeste gemeenten ervoor om met sociale (wijk)teams te werken. Voor de meer specialistische zorg wordt samengewerkt in intergemeentelijke regionale verbanden. Maar in tegenstelling tot de relatief duidelijke ordening tussen het eerste, tweede en derde echelon in de curatief somatische zorg, is de grens tussen basis generalistische zorg- en hulpverlening en specialistische zorg- en hulpverlening nog onbepaald en verschilt deze bovendien per gemeente en per sociaal domein. Waar precies die grenzen liggen, kan alleen maar vanuit een systematische reflectie op concrete casuïstiek worden ontdekt.

De grote herverking van zorg

Met de komst van de Wmo was het drieluk van bekostigingsinstituten in de Nederlandse gezondheidszorg voltooid. Door de overheveling van 1.3 miljard euro aan AWBZ gelden naar het Gemeentefonds kwam het risico voor overschrijdingen op ondersteunende zorg voortaan bij de gemeenten komen te liggen. De komst van de WMO heeft de hervorming van de AWBZ in een stroomversnelling gebracht en gaat gepaard met een ingrijpende herverking van zorg over de drie bekostigingsinstituten. De Wmo verving de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), huishoudelijke verzorging uit de AWBZ en aantal subsidieregelingen uit de AWBZ, zoals mantelzorgondersteuning, diensten bij wonen met zorg en het aandachtsgebied Openbare

Geestelijke Gezondheidszorg. De komst van de Wmo als gedeeltelijk alternatief voor de AWBZ zorgde er voor dat er veel radicaler kon worden nagedacht over de toekomst van de AWBZ. In een aantal discussienota's en adviezen was de RVZ uitermate kritisch over het voortbestaan van de AWBZ (RVZ, 2005, 2006b, 2008b). Al in 2005 stelde de RVZ dat de AWBZ door de komst van de Wmo en de nieuwe Zorgverzekeringswet eigenlijk beter kon worden opgeheven (RVZ, 2005, p.9).

In 2009 werd de ondersteunende begeleiding van de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Daarmee was en is de herverkavelingsoperatie nog altijd niet voltooid, in 2014 volgen de functies begeleiding en dagbesteding naar de Wmo. Binnen de AWBZ werden zogenaamde zorgzwaartepakketten geïntroduceerd, werd het persoonsgebonden budget ingeperkt en werden wonen en zorg van elkaar gescheiden. Zeker zo ingrijpend waren de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. In 2003 was reeds door het toenmalige kabinet besloten om de extramurale en de intramurale genezing gerichte GGZ-zorg over te hevelen van de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. In 2008 werd driekwart van het budget voor de curatieve GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. De zorgverzekeraars namen op 1 januari 2013 de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop over van de zorgkantoren. Daarna gingen de ontwikkelingen snel. De AWBZ werd op 1 januari 2015 vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). De wijkverpleging viel vanaf dat moment onder de Wlz, de dagbesteding en begeleiding gingen over naar de nieuwe Wmo. De eerder gedefinieerde prestatievelden werden in de nieuwe Wmo geschrapt. De vervanging van de AWBZ door de Wlz was er op gericht om deze weer te bestemmen waartoe ze eigenlijk was bedoeld, de bekostiging van langdurige zorg die niet binnen het actuariële op genezing gerichte verzekeringsmodel past.

De ontwikkelingen in de Jeugdzorg zijn zo mogelijk nog ingrijpender. Waar voorheen taken en bevoegdheden nog verdeeld waren over het Rijk, provincies en gemeenten, valt onder de nieuwe Jeugdwet de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor het jeugdstelsel onder één bestuurslaag: de gemeente. Het primaire doel van de nieuwe Jeugdwet is om het jeugdstelsel eenvoudiger, efficiënter en effectiever te maken. Door in te zetten op preventie en vroeg signalering en het opvoedkundige klimaat in sociale kringen te versterken (de pedagogische civil society) zou de vraag naar dure specialistische jeugdzorg beperkt kunnen worden. Integrale hulp aan gezinnen onder het motto "één gezin, één plan, één regisseur" vraagt om financiële ontschotting, maatwerk, meer ruimte voor de professional en minder regedruk. Bovendien zou de gemeente – nu ze verantwoordelijk is voor het hele jeugdstelsel – beter de verbinding moeten kunnen leggen tussen jeugdzorg, lokaal gezondheidsbeleid, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid.

De nieuwe Jeugdwet heeft tot een zo mogelijk nog ingrijpender herverkaveling van uiteenlopende vormen van dienstverlening geleid dan de Wmo. De jeugd-GGZ is overgeheveld van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ naar de gemeente. De Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen heeft de verantwoordelijkheid over de inkoop van de forensische zorg, maar voor de GGZ in het kader van het jeugdstrafrecht is de gemeente verantwoordelijk. De zorg voor verstandelijk gehandicapte jongeren is overgeheveld van de AWBZ naar de gemeenten, al valt de meest kwetsbare groep jongeren met zeer ernstige verstandelijke- of ernstige meervoudige beperkingen onder de nieuwe Wet langdurige zorg. Jeugdreclassering werd tot 1 januari 2015 uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg, onder de nieuwe Jeugdwet verzorgen door de gemeenten gecontracteerde instellingen deze uitvoering. Het Rijk heeft zich zelf in de nieuwe Jeugdwet een ondersteunende rol toebedacht: het ontwikkelen van monitorinstrumenten en het stimuleren van

kwaliteit en innovatie. Daarbij spelen ook kennisinstituten als het Nederlands Jeugd Instituut een belangrijke rol. In het Transitieplan – een gezamenlijk opgesteld document van het Rijk, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Interprovinciaal Overleg (IPO) – van mei 2013 is dit nader uitgewerkt. Volgens het Transitieplan heeft het Rijk, naast de eerder genoemde stelselverantwoordelijkheid, ook de taak om de kwaliteit te waarborgen op het gebied van jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Experimentele besturing en het Sociaal Domein

De transities in het sociaal domein behoren tot de meest ingrijpende hervormingen van de naoorlogse verzorgingsstaat. Met de Wmo en de Jeugdwet (in relatie tot de Participatiewet en de Wet passend onderwijs) wordt de verantwoordelijkheid voor ‘ondersteuningszorg’ gelegd op lokaal niveau om zo ook een betere afstemming met andere vormen van maatschappelijke dienstverlening te realiseren. Uit onderzoek van Movisie, in opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, blijkt dat het aantal gemeenten dat met sociale (wijk)teams werkt, in korte tijd explosief is toegenomen. Werden er in 2013 nog slechts 32 beleidsnota’s gevonden over sociale (wijk)teams, in 2014 gaf 69 procent van de gemeenten aan met sociale wijkteams te werken en 17 procent gaf aan daar binnenkort mee te beginnen. Hoewel de sociale (wijk)teams op uiteenlopende manieren worden vormgegeven, bestaat er een duidelijke tendens richting brede integrale teams die alle hulpvragen dienen op te pakken. De complexiteit van de hulpvraag en (enkelvoudig of meervoudig) verschilt en afhankelijk daarvan vervult het wijkteam een nulde lijn of eerste lijnfunctie. In 2014 had 70 procent van de gemeenten afspraken gemaakt met het sociaal (wijk)team over de inzet en in meer dan de helft van de gemeenten waren daarnaast ook reeds concrete afspraken gemaakt over te behalen doelstellingen in de vorm van maatschappelijke veranderingen (Van Arum en Schoorl, 2015). Maar van een systematische monitoring aan de hand van concrete casuïstiek is nog geen sprake.

Aan innovatieve ideeën ontbreekt het niet in het sociaal domein. Tom van Yperen, bijzonder hoogleraar “Monitoring en innovatie zorg voor jeugd” aan de Rijksuniversiteit Groningen en daarnaast verbonden aan het Nederlands Jeugd Instituut merkte in 2013 reeds over de Jeugdzorg op: *“We zien nu al dat deze transitie leidt tot velerlei experimenten met verschillende soorten wijkteams, initiatieven om de eigen kracht van opvoeders en sociale netwerken te versterken en het ‘bottom-up’ ontwikkelen van nieuwe aanpakken voor multiprobleemgezinnen. De bestaande jeugdzorginstellingen – waar veel ervaring aanwezig is – worden te weinig bij deze beweging betrokken (Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd, 2013). De kans is reëel dat de transitie – ondanks alle initiatieven – daarmee te weinig vooruitgang zal bieden.”* (Van Yperen, 2013, p.4).

De Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD), welke in opdracht van de Tweede Kamer de voortgang van de transities monitoort, komt in haar drie voortgangsrapportages tot soortgelijke conclusies. Hoewel de TSD veel enthousiasme en inzet ziet bij de sociale wijkteams om de beschikbare ruimte voor maatwerk te gebruiken en vraagstukken integraal op te pakken, constateert ze ook dat deze vaak botsen met oude systemen en ingehouwen wetmatigheden. Daarnaast is er nog veel onduidelijkheid of onbekendheid over de discretionaire ruimte die professionals in de wijkteams hebben. Ook het privacyvraagstuk blijkt vaak een belemmering te zijn in het werk binnen de wijkteams en wordt soms zelfs oneigenlijk gebruikt in de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders. Hier lijkt eerder sprake te zijn van wantrouwen tussen instituties dan tussen

professionals, zo constateert de TSD in haar derde voortgangsrapportage (14 september 2015). Met betrekking tot de jeugdzorg constateert de TSD dat met name de stroeve relatie tussen gemeenten en GGZ instellingen tot blokkades leidt. *“Minder machtstaal en meer samenwerking zijn nodig om het onderlinge wantrouwen in de jeugdhulp te doorbreken en tot innovatie te komen. Daarvoor moet de nieuwe rol van opdrachtnemer en opdrachtgever worden aanvaard. Evenals een herdefiniëring van de professionele autonomie van de zorgverlener.”* (TSD, 14 september 2015).

Uit eigen onderzoek in één van de vier grote Nederlandse steden doemt een zelfde beeld op. In de wijkteams in deze stad ontwikkelt zich feitelijk een geheel nieuw primair proces. Hier ontmoeten professionals elkaar die voorheen in hun eigen sectoren en organisaties werkzaam waren en die hun professionele inzichten tot nu toe ontleenden aan hun eigen opleidingen en beroepsverenigingen. Wat zich hier ontwikkelt is niets minder dan de ontdekking van een geheel nieuw primair proces. Deze nieuwe werkwijze die van onderop wordt ontwikkeld (één gezin, één plan, één regisseur), kan alleen maar een discipline worden wanneer de complexe casuïstiek waarop gehandeld moet worden, systematisch wordt gemonitord. Het aantal vragen dat wijkteamleiders en wijkteam leden in hun dagelijkse werk moeten oplossen is groot en complex. Hoe verhoudt zich bijvoorbeeld de oplossingsgerichte werkwijze van de jeugd- en gezinscoach tot de meer beschouwende werkwijze van de GZ-psycholoog, de orthopedagoog of de systeemtherapeut? Hoe verhoudt het wijkteam zich tot bestaande poortwachters, bijvoorbeeld de huisarts? Waar ligt de grens van generalistische basiszorg en waar begint de tweede lijn? Wanneer moet er worden opgeschaald en wanneer kan er verantwoord worden afgeschaald? Hoe verhoudt de zorg voor de jeugd zich tot de zorg voor volwassenen in de wijkteams? Hoe verhoudt de ondersteuningszorg zich tot het gedwongen beschermingskader in de jeugdzorg? Hoe verhoudt het werk van de wijkteams zich tot het schoolmaatschappelijk werk en de Wet Passend Onderwijs. Hoe kan er beter en meer gecoördineerd worden gehandeld op schuldenproblematiek en uithuiszettingsprocedures? Welke consequenties heeft het werk in de wijkteams voor het zorginkoop- en contracteringsbeleid van de gemeente, en andersom? Gemeenten worstelen op hun beurt met de vraag hoe zij in hun inkoopbeleid meer duurzame partnerschappen met zorgaanbieders kunnen opbouwen, hoe zij de samenwerking met gemeenten binnen de regio institutioneel moeten regelen, en met de vraag hoe de multidisciplinaire wijkteams institutioneel het beste kunnen worden verankerd.

Er zijn voorlopig meer vragen dan antwoorden. Op het meest lokale niveau, dat van de wijkteams, ontwikkelt zich een geheel nieuw primair proces en dat kan verstrekkende consequenties hebben voor het stelsel.⁹ In de terminologie van het stelsel spreken we hier over generalistische basiszorg, maar de casuïstiek bestaat vaak uit meervoudige problematiek en wat nu precies generalistische basiszorg is, is onbekend. Alleen via systematische diagnostische monitoring en verantwoording kan hier zicht op worden gekregen. Hier past bij uitstek de kunst en de wil om experimenteel te sturen. Immers, het bestaande stelsel en daarin passende professionele praktijken, maar ook bestaande richtlijnen en bekostigingsregels, bieden geen soelaas voor de vragen die in het sociale domein moeten worden beantwoord. Er ontwikkelen zich niet alleen nieuwe professies, professionele praktijken en een nieuw primair proces, maar er ontwikkelt zich ook een andere type

⁹ Vergelijk Dewey: *“Somewhere between associations that are narrow, close and intimate and those which are so remote as to have only infrequent and casual contact lies, then, the province of a state. We do not find and should not expect to find sharp and fast demarcations. Villages and neighborhoods shade imperceptibly into a political public.”* (Dewey, 1927, p.43)

verzorgingsstaat: één waarin het op inkomensoverdrachten gebaseerde sociale zekerheidsstelsel wordt ingeruild voor het recht op maatschappelijke ondersteuning.

III. De Regel die de Uitzondering onderzoekt

Experimentele besturingskunst vervangt niet de besturingsregimes die ik in het tweede deel van dit essay beschreef. Het voegt veeleer een metaperspectief toe waarmee de complementariteit tussen deze besturingsregimes kan worden gevonden. Een metaperspectief dat recht doet aan het polycentristische karakter van de systemen waarin gehandeld wordt. Het behoedt ons ook voor monocentrische oplossingen in polycentrische systemen. Onze hang naar monocentrische oplossingen is hardnekkig, evenals onze neiging om complexe besturings- en handelingspraktijken in modellen te willen gieten. Zodra een besturingsregime de status van 'model' krijgt (bijvoorbeeld het model van managed competition) krijgt het vaak mythologische eigenschappen toegedicht die nog maar weinig te maken hebben met een gedegen analyse van de vraag onder welke condities een besturingsregime complementair zou kunnen zijn aan andere regimes. Wanneer aan besturingsregimes een steeds groter probleemoplossend vermogen wordt toegedicht treedt er 'besturingsinflatie' op en erodeert ons maatschappelijk probleemoplossend vermogen. Dat maatschappelijk probleemoplossend vermogen moeten we koesteren. En gelukkig is het Pragmatisme recentelijk herontdekt als een belangwekkend filosofisch perspectief voor professionals, beleidsmakers, bestuurders, politici en sociale wetenschappers.¹⁰

Ik heb mij in dit essay beperkt tot twee uitdagingen waar een experimentele besturingskunst voor vereist is, maar het aantal uitdagingen en de toepassingsvelden die vragen om een experimentele besturingskunst is oneindig veel groter. Op het terrein van de volksgezondheid bijvoorbeeld zou intersectoraal gezondheidsbeleid (Health-in-All-Policies) gebaat zijn bij een experimentele aanpak (Bekker et al., 2016). Hetzelfde geldt ook voor de ontwikkeling en verspreiding van nieuwe medische technologieën. Via experimentele besturing kunnen de condities kunnen worden gevonden die de valorisatie en disseminatie van medisch technologische innovaties bevorderen dan wel verhinderen. En om dezelfde redenen - onder voorwaarden - zouden Health Technology Assessment en pakketadvisering (health priority setting) eveneens gebaat zijn bij een meer experimentele aanpak (Jansen et al., 2016). Feitelijk is iedere sociale en technologische innovatie gebaat bij een experimentele besturingskunst. Een experimentele besturingskunst beperkt zich niet tot vraagstuk van *formuleren*, maar gaat ook en vooral om het vraagstuk van *reguleren*. Daarmee heeft het ook

¹⁰ Met name in verschillende rapporten van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Zie bijvoorbeeld: WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, Rapporten aan de regering nr. 70, Amsterdam: Amsterdam University Press; WRR (2005) *Vertrouwen in de Buurt*. Rapporten aan de regering nr. 72, Amsterdam: Amsterdam University Press; WRR (2006) *De verzorgingsstaat herwogen*. Rapporten aan de regering nr. 72, Amsterdam: Amsterdam University Press; WRR (2006b) *Lerende overheid*. Rapporten aan de regering nr. 75, Amsterdam: Amsterdam University Press. Zie ook: H. Dijstelbloem, C.J.M. Schuyt en G.H. de Vries (2004) 'Dewey en de nieuwe politieke kwesties in de kennissamenleving.' In: E.R. Engelen en M.Sie Dhian Ho (red.) *De staat van de democratie. Democratie voorbij de staat*. WRR Verkenningen (4). Amsterdam: Amsterdam University Press; N. Marres (2005) *No Issue, No Public. Democratic Deficits after the Displacement of Politics*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam; H. Dijstelbloem en P. Meurs (2007) 'Leervermogen in een gemengd bestel'. in: E. Engelen, A. Hemerijck en W. Trommel (red.), *Van sociale bescherming naar sociale investering. Zoektocht naar een andere verzorgingsstaat*. Jaarboek Beleid & Maatschappij 2006. Den Haag: Lemma; H. Dijstelbloem (2007) *De democratie anders. Politieke vernieuwing volgens Dewey en Latour*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.

consequenties voor het werk van Inspecties en Toezichthouders (Sabel, 2004). Experimentele besturing past bijvoorbeeld bij wat door de IGZ wel thematisch toezicht werd genoemd en het past bij concepten als metaregulering of systeemtoezicht (Helderman en Honingh, 2009; Zeitlin, 2013).

Experimentele besturingskunst heeft consequenties voor verantwoordingsrelaties. Verantwoording binnen een experimenteel besturingsregime is niet gericht op afrekenen, terugkijkend, maar op het aanscherpen, bijstellen en verder uitwerken van de gemeenschappelijke ambities en standaarden, vooruitkijkend. Dat vraagt om een constante monitoring op en tussen alle niveaus van het stelsel; het bij elkaar brengen van gefragmenteerde informatie en het zoeken naar informatie en kennis tot nu toe nog helemaal niet vergaard wordt. Conditie van onzekerheid, die met risico's gepaard gaan, maar ook het feit dat innovaties per definitie *ontregelend* zijn, vereisen dat we reflexief met regels omgaan. Dat kan alleen maar in systemen waarin partijen voortdurend worden uitgenodigd (en gedisciplineerd) om zich te verantwoorden over hun eigen handelen. Niet om daar op afgerekend te worden, maar om tot leren uitgedaagd te worden vanuit de wetenschap dat de onbedoelde en onvoorziene neveneffecten van beleid altijd gecorrigeerd moeten kunnen worden. Dat is de essentie van een experimentele besturingskunst. Door monitoring en verantwoording worden we uitgedaagd ons handelen en de kwesties waarop we handelen, publiek te maken. Vandaar het accent op *reguleren* en *formuleren*. Het experiment is de regel die de uitzondering onderzoekt.

Risico's zijn veranderlijk en de instituties die ons tegen deze risico's moeten beschermen eveneens. Daarbij moet worden opgemerkt dat de precieze definitie en afbakening van sociale risico's in een democratische rechtstaat afhankelijk is van politiek democratische wilsvorming en besluitvorming. Experimentele besturing biedt niet alleen zicht op concrete aangrijpingspunten voor interventie, maar kan ook bijdragen aan een waardering of herwaardering van het 'goede', hoe fragiel dat soms ook is (Nussbaum, 1986). Ik denk bijvoorbeeld dat we voor verschillende aspecten van gezondheid en gezondheidszorg, verschillende rechtvaardigingsschema's gebruiken. We denken utilitaristisch wanneer we het hebben over grote delen van de curatief somatische zorg, maar wentelen ons wellicht liever in een 'sluier van onwetenschap' wanneer het gaat om zorg in de laatste levensfase. En voor allerlei vormen van maatschappelijke ondersteuning en gezondheidsbevordering en preventie, is het waarschijnlijk zinvoller om volgens de Capability approach te denken. De consequenties van het bestaan van die meervoudige rechtvaardigingsschema's zijn nog nauwelijks onderzocht.

Bij het slot van die drieluik, geïnspireerd door de fresco's van Ambrogio Lorenzetti en gedreven door een fascinatie met stelsels en bestuurspraktijken in de zorg, past slechts de open vraag die de Amerikaanse filosoof en Pragmatist Hillary Putnam als volgt formuleerde in zijn essay *Il Pragmatismo: Una Questione Aparte: "Kan een verlichte samenleving, een ondermijnend moreel scepticisme vermijden, zonder terug te vallen in een autoritair stelsel?"* (H. Putnam, 2001). Ik denk, om het wat stellig te stellen, dat de toekomst van onze stelsels er van afhangt.

Bibliografie

- Aligica, P.D. and V. Tarko (2012) 'Polycentricity: From Polanyi to Ostrom and Beyond'. *Governance*. Vol.25 (2): 237-262
- Amable, B. (2003). *The Diversity of Modern Capitalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Arrow, K.J. (1963). 'Uncertainty and the welfare economics of medical care'. *American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Bal, R., W.E. Bijker en R. Hendriks. (2002). *Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad 1985-2001*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking* [oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bekker, M., JK Helderma, I. Lecluijze I., M. Jansen en D. Ruwaard (2016) 'Gezonde netwerken in het Nationaal Programma Preventie Alles is Gezondheid...'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. jaargang 94 / nummer 4. Spectrum: pp. 128-130.
- Brouwer, W.B.F., M.A.J.M. Buijsen en F.F.H. Rutten. (2003). 'Op naar een Nationaal instituut voor effectiviteit en doelmatigheid in de zorg!'. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81(5): 294-297.
- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten. (2004). 'Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief'. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Bruins Slot, H.J.E. (2000). *De kunst van het overlaten: maatwerk in decentralisatie*. Gezamenlijk rapport van de Raad voor het Openbaarbestuur en Raad voor de Financiële Verhoudingen. Den Haag.
- Burau, V., D. Wilsford en G. France. (2009). 'Reforming medical governance in Europe: What is it about institutions?'. *Health Economics, Policy and Law*, 4(3): 265-81.
- Burgers, J.S. en J.J.E. van Everdingen. (2004). 'Evidence-based richtlijnenontwikkeling in Nederland: het EBRO-platform'. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 148(42): 2057-2059.
- Centrum Klantervaring Zorg. (2011). *Jaarrapportage klantervaring in de zorg 2011*. Utrecht.
- College voor Zorgverzekeringen [CVZ]. (2001). *Het basispakket: inhoud en grenzen: Rapport naar aanleiding van de evaluatie van "10 jaar pakketdiscussie"*. Amstelveen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen. (2007). *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Diemen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen. (2012a). *Stringent pakketbeheer*. Diemen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen. (2012b). *Pakketadvies 2012*. Diemen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen. (2013a). *Kosteneffectiviteit in de zorg: Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg*. Diemen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen. (2013b). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*. Diemen: CVZ.
- Commissie-Borstlap (2014) *Het rapport van de Onderzoekscommissie intern functioneren NZa*. Den Haag.
- Commissie-Dekker (1987). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties.

- Commissie-De Jong. (1993). *Raad op Maat*. Den Haag: Bijzondere commissie Vraagpunten Adviesorganen.
- Commissie-Willems. (1994). *Onderzoek besluitvorming gezondheidszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nrs. 1-2. Den Haag.
- Crouch, C. and D. Marquand (1993) *Ethics and Markets, Co-operation and Competition within Capitalist Economies*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Dean, M. (1999) *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage Publications.
- De Veer, A.J.E., M.C Smit en A.L. Francke. (2007). *Verbreiding en vernieuwing van richtlijnen. Ervaringen, wensen en verwachtingen ten aanzien van multidisciplinaire richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten*. Utrecht: NIVEL.
- Dewey, J. (1927) *The public and its problems*. Chicago: The Swallow Press.
- Dijstelbloem, H., C.J.M. Schuyt en G.H. de Vries (2004) 'Dewey en de nieuwe politieke kwesties in de kennissamenleving.' In: E.R. Engelen en M.Sie Dhian Ho (red.) *De staat van de democratie. Democratie voorbij de staat*. WRR Verkenningen (4). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dijstelbloem, H. (2007) *De democratie anders. Politieke vernieuwing volgens Dewey en Latour*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Dijstelbloem, H. en P. Meurs (2007) 'Leervermogen in een gemengd bestel'. in: E. Engelen, A. Hemerijck en W. Trommel (red.), *Van sociale bescherming naar sociale investering. Zoektocht naar een andere verzorgingsstaat*. Jaarboek Beleid & Maatschappij 2006. Den Haag: Lemma.
- Eijkenaar, F. (2012). 'Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives'. *Medical Care Research and Review*, 69(3): 251-276.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Foucault, M. (2008) *The Birth of Biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-79* (G. Burchell, Trans.). New York: Palgrave Macmillan.
- Handvestgroep Publiek Verantwoord. (2007). *Verslag van de visitatie van het College voor Zorgverzekeringen*. Den Haag.
- Helderman, J.K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten en W.P.M.M. van de Ven. (2005). 'Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands'. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1/2): 189-209.
- Helderman, J.K. (2007). *Bringing the Market Back In? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Helderman, J.K. en K.T. Paul. (2012). *Mental Health Risks and Institutional Disorders: an analysis of Dutch mental health care reforms*. Paper gepresenteerd op de 8th Transatlantic Dialogue Conference EGPA en ASPA [6-9 juni 2012]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Helderman, J.K. en M. Honingh (2009) *Systeemtoezicht. Een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren*. Den Haag: Boom Juridische Uitgeverij.
- Helderman, J.K., G. Bevan en G. France. (2012). 'The Rise of the Regulatory State in Health Care. A Comparative analysis of Britain, the Netherlands and Italy'. *Health Economics, Policy and Law*, 7(1): 103-124.
- Helderman, J.K. en S. Stiller. (2014). 'The Importance of Order and Complements. A New Way to Understand the Dutch and German Health Insurance Reforms'. Geaccepteerd voor publicatie in *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Te verschijnen in oktober/november 2014.
- Helderman, J.K., J. de Kruijf, J. Verhey en S. van Thiel (2014) *De Dijkgraaf van de Zorgpolder. Een bestuurskundige analyse van de totstandkoming van Zorginstituut Nederland tegen de*

- achtergrond van een veranderende beleidsagenda en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Hirschman, A.O. en C.E. Lindblom. (1962). 'Economic development, research and development, policy making: some converging views'. *Behavioral science*,7(2): 211-222.
- Hoogervorst, H. (2005). 'Herziening Zorgstelsel'. *Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 689, nr. 7. Den Haag.
- Immergut, E. (1992) *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Ikkersheim, D. (2013). *The Dutch health system reform: creating value* [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Jansen MP, Helderman JK, Boer B, Baltussen R. (2016) Fair processes for priority setting: putting theory into practice. *International Journal of Health Policy Management*. [forthcoming].
- Klein, R. (2013) *The New Politics of the NHS. From creation to reinvention*. Seventh edition. London: Radcliffe Publishing.
- Klink, A. (2007). 'Waardering voor betere zorg'. *Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 248, nr. 37. Den Haag.
- Klink, A. (2010). 'Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut'. *Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 31 765, nr. 19. Den Haag.
- Le Grand, J. (2007). *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Mahoney, J. and K. Thelen. 2010. A Theory of Gradual Institutional Change. In *Explaining Institutional Change*, eds. J. Mahoney and K. Thelen. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marres, N. (2005) *No Issue, No Public. Democratic Deficits after the Displacement of Politics*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2001). *Vraag aan bod*. Tweede Kamer, 27855. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2004). *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Nussbaum, M. (1986) *The Fragility of Goodness: Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD. (2000) *Economic Surveys 1999-2000. The Netherlands*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Okma, K.G.H. en A.A. de Roo. (2009). 'The Netherlands: From Polder model to modern management'. In: T. R. Marmor, R. Freeman en K.G.H. Okma (eds.) *Comparative Studies & the Politics of Modern Medical Care*. Yale: Yale University Press: 120-152.
- Onderzoeksraad voor de Veiligheid. (2011). *Vernieuwing op drift. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving in april 2009 over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper Ziekenhuis Emmen*. Den Haag: Onderzoeksraad voor de Veiligheid.
- Ostrom, E. (1998) 'A Behavioral Approach to the rational Choice Theory of Collective Action.' In: *American Political Science Review*, Vol.92, No. 1: 1-22
- Pierson, P. (2004) *Politics in Time. History, Institutions and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- Putman, H. (2001) *Pragmatisme: een open vraag*. Amsterdam: Boom.

- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. [RMO]. (2010). *Terug naar de basis: over legitimiteit van maatschappelijke dienstverlening*. Den Haag: RMO.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ]. (2000). *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2005). *Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2006a). *Zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2006b). *De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2008a). *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2008b). *Beter zonder AWBZ?* Den Haag: RVZ
- Regieraad. (2010). *Een visie op richtlijnontwikkeling in Nederland*. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer. (2002). 'Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheidscriterium'. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 146: 2254-2258.
- Sabel CF. (2004) Beyond principal-agent governance: experimentalist organization, learning and accountability. In: Engelen ER, Sie Dhian Ho M, eds. *De Staat van de Democratie. Democratie voorbij de staat*. Amsterdam: Amsterdam University Press: 173-196.
- Sabel, C.F. en J. Zeitlin (2010) *Experimentalist Governance in the European Union. Towards a new architecture*. Oxford: Oxford University Press.
- Sabel, C.F. and W.H. Simon (2011) "Minimalism and Experimentalism in the Administrative State," *Georgetown Law Journal*, Volume 100, Number 1, November 2011.
- Sabel, C. (2012) 'Dewey, Democracy, and Democratic Experimentalism' In: *Contemporary Pragmatism*, Vol.9. No.2: pp.35-55.
- Sabel, C.F and J. Zeitlin (2012) "Experimentalism in the EU: Common ground and persistent differences" *Regulation & Governance*, Vol. 6, 2012, pp. 410 - 426.
- Saltman, R.B., R. Busse en J. Figueras. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Schippers, E. (2011a) 'Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport'. *Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 620, nr.1. Den Haag.
- Schippers, E. (2011b). 'Zorg die loont'. *Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 620, nr.6. Den Haag.
- Schut, F.T. (1995). *Competition in the Dutch healthcare sector* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, F.T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg* [oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sociaal Economische Raad [SER]. (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER.
- Streeck, W. (2005). 'Requirements for a useful concept of complementarity'. *Socio-Economic Review*, 3(2): 363-366.
- Streeck, W. and K. Thelen, eds. (2005). *Beyond continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press.

- Taskforce Beheersing Zorguitgaven. (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven, ingesteld door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Zorg en de Minister van Financiën. Den Haag.
- Thelen, K. and S. Steinmo (1992) 'Historical Institutionalism in comparative politics'. In: S. Steinmo, K. Thelen and F. Longstreth (ed.) *Structuring politics. Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thelen, K. (2004). *How institutions evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States and Japan*. New York: Cambridge University Press.
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2015) *Derde voortgangsrapportage. "Mogelijk maken wat nodig is"*. Den Haag.
- Trienekens, J., G. van der Vlugt, P. Jeurissen en M. Germin. (2012). 'Analyse stijging zorguitgaven'. *Economisch Statistische Berichten*. Jaargang 97 [4643], 14 september 2014: 534-537.
- Tuohy, CH. (2003). 'Agency, contract and governance : shifting shapes of accountability in the health care arena'. *Journal of health politics, policy and law*, 28(2-3): 195-215.
- Tweede Kamer. (1993). *Toezicht door de Ziekenfondsraad*. Vergaderjaar 1992-1993, 23 211, nrs. 1-2. Den Haag.
- Tweede Kamer. (2012). *Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg*. *Memorie van toelichting*. Vergaderjaar 2011-2012, 33 243, nr. 3. Den Haag.
- Van Arum, S. en R. Schoorl (2015) *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht State of the art najaar 2014*. Utrecht: Movisie.
- Van Bottenburg, M., G. de Vries en A. Mooij (1999) *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad, 1949-1999*. Zutphen: Walburg Pers.
- Van de Bovenkamp, H., M. de Mul, J.G.U. Quarts, A.M.J.W.M. Weggelaar-Jansen en R. Bal. (2013). 'Institutional Layering in Governing Healthcare Quality'. *Public Administration*: doi: 10.1111/padm.12052.
- Van der Grinten, T.E.D. en J.P. Kasdorp. (1999). 'Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities'. *Health Policy*, 50(1-2): 105-22.
- Van der Grinten, T.E.D. (2001). 'Maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. Partners in beleid en ondernemers voor de publieke zaak'. *Bestuurskunde*, 10(1): 40-49.
- Van der Grinten, T.E.D., J.K. Helderma en K. Putters. (2004). 'Gezondheidszorg: een stelsel van stelsels'. *Beleid en Maatschappij*, 31(4): 201-210.
- Van der Grinten, T.E.D. (2006). *Zorgen om Beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Thiel, S. (2011). 'Zelfstandige bestuursorganen en de grenzen van de ministeriële verantwoordelijkheid'. In: R. Andeweg en J. Thomassen. (red.). *Democratie doorgelicht*. Amsterdam: Leiden/Amsterdam University Press: 457-475.
- Van Thiel, S. (2012). *Are you being served?: de opbrengsten van verzelfstandiging van overheidsorganisaties* [oratie]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van Thiel, S., J. Den Ridder en P. Dekker. (2013). *The democratic consequences of agencification: findings from a Dutch parliamentary inquiry*. Paper presented at the EGPA conference, 11-13 September 2013, Edinburgh.

- Van Twist, M., M. van der Steen, P.M. Karré, R. Peeters en M. van Ostaijen. (2009). *Vernieuwende verandering: continuïteit en discontinuïteit van vernieuwing van de rijksdienst*. Den Haag: NSOB.
- Van Yperen, T. (2013) *Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Vos, P. en J. Kasdorp .(2006). 'Advies en beleid: RVZ'. In: J.K. Helderma, , P. Meurs en K. Putters (red.) *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid. Besturen met rationaliteit en redelijkheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Wallenburg, I., J.K. Helderman, A. de Bont, F. Scheel en P. Meurs. (2012). 'Negotiating authority: a comparative study of reform in medical training regimes'. *Journal of health politics, policy and law*, 37(3): 439-467.
- Wallenburg, I. (2012) *The Modern Doctor. Unraveling the Practices of Residency Training Reform* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Walsh, K., (1995) *Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management*. Palgrave MacMillan.
- Weber, M. (1958). 'The three types of legitimate rule'. *Berkeley Publications in Society and Institutions*, 4(1): 1-11.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2000). *Het borgen van publiek belang*. Rapporten aan de Regering. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, Rapporten aan de regering nr. 70, Amsterdam: Amsterdam University Press;
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2005) *Vertrouwen in de Buurt*. Rapporten aan de regering nr. 72, Amsterdam: Amsterdam University Press;
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2006) *De verzorgingsstaat herwogen*. Rapporten aan de regering nr. 72, Amsterdam: Amsterdam University Press;
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2006b) *Lerende overheid*. Rapporten aan de regering nr. 75, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- White, J. (2003). 'Three Meanings of Capacity; Or, Why the Federal Government is Most Likely to Lead on Insurance Access Issues'. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28(203): 217-243.
- White, J. (2009). 'The United States: Risks for Americans and Lessons for Abroad'. In: T. R. Marmor, R. Freeman en K.G.H. Okma (eds.). *Comparative Studies & the Politics of Modern Medical Care*. Yale: Yale University Press: 24-60.
- Zeitlin, J. (2013) 'Towards Governance Based Regulation'. *Tijdschrift voor Toezicht* 2013 (4) 4, pp.10-15.
- Ziekenfondsraad [ZFR]. (1984). *Taak, samenstelling en werkwijze van de Ziekenfondsraad*. Amstelveen: ZFR.
- ZonMw. (2007). *Programmatekst Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg*. Den Haag: ZonMw.

Over de auteur

Jan-Kees Helderma is als universitair hoofddocent bestuurskunde verbonden aan het Institute for Management Research (IMR) van de Radboud Universiteit. In 2007 is hij gepromoveerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op het proefschrift *'Bringing the Market Back In? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care.'* Voor dit proefschrift ontving hij de G.A. van Poelje prijs voor het beste proefschrift in de Vlaamse en Nederlandse bestuurskunde. Hij is Associate Editor van *Health Economics Policy and Law* (Cambridge University Press) en lid van de Editorial Board van het *Journal of Health Services Research & Policy* (SAGE). Hij is coördinator van de *European Health Policy Group*, een groep van Noord Amerikaanse en Europese onderzoekers van gezondheidszorgstelsels. Op de Radboud Universiteit is Helderma voorzitter van de IMR onderzoeksgroep *Governance and Innovations in Social Services*. Een multidisciplinaire onderzoeksgroep die zich bezig houdt met innovaties in de besturing van maatschappelijke dienstverlening. Hij verricht momenteel samen met Charles F. Sabel (Columbia University, USA) onderzoek naar de decentralisatie van de jeugdzorg. Met Marleen Bekker, Dirk Ruwaard, Inge Lecluijze, Maria Jansen en Tjisse Bosch evalueert hij in opdracht van Zonmw en VWS de bestuurlijk organisatorische werking van het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid ...'.

Contact gegevens:

Radboud Universiteit
Institute for Management Research
Postbus 9108
6500 HK Nijmegen
Telefoon: 024 3612031
e-mail: j.helderma@fm.ru.nl