



ZORGEN OM BELEID TOM E. D. VAN DER GRINTEN

*Deze publicatie betreft een afscheidscollege  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 90-77906-35-5



## ZORGEN OM BELEID

OVER BLIJVENDE AFHANKELIJKHEDEN EN VERANDERENDE  
BESTUURLIJKE VERHOUDINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

TOM E.D. VAN DER GRINTEN

## ZORGEN OM BELEID

OVER BLIJVENDE AFHANKELIJKHEDEN EN VERANDERENDE

BESTUURLIJKE VERHOUDINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Oplage 1000  
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam  
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag  
Drukwerk Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

## ZORGEN OM BELEID

OVER BLIJVENDE AFHANKELIJKHEDEN EN VERANDERENDE  
BESTUURLIJKE VERHOUDINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

REDE

In verkorte vorm uitgesproken  
bij het afscheid als hoogleraar  
Beleid & Organisatie Gezondheidszorg  
bij het instituut Beleid en Management  
Gezondheidszorg van het Erasmus MC  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam  
op vrijdag 17 november 2006

door

TOM E.D. VAN DER GRINTEN

ISBN 90-77906-35-5

© Tom E.D. van der Grinten, Erasmus MC  
17 november 2006

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

*Mijnheer de Rector,  
Leden Raad van Bestuur,  
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

## **Inleiding**

Het is niet ongebruikelijk om bij een gelegenheid als deze terug te kijken naar de ontwikkelingen op het gebied van de leerstoel gedurende de periode dat men daar zelf bij betrokken was. Voor mij zou dit betekenen dat ik terugblik en reflecteer op 35 jaar beleid en organisatie van de gezondheidszorg. Dit is wel heel erg ruim.

Ik spits dit afscheidscollege daarom toe op een thema dat mij gedurende deze hele periode in het bijzonder heeft gefascineerd en mij zowel maatschappelijk als wetenschappelijk heeft beziggehouden. Dat is het thema van de sturing van de gezondheidszorg en de instituties die hiervoor zijn opgetrokken. Hoe zijn de bestuurlijke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de gezondheidszorg verdeeld en hoe verhoudt deze verdeling zich tot de behoeften van de sector? Is dit bestuurlijke bestel wel in staat om de vernieuwingen in de zorg te accommoderen en als dit niet het geval is, wat gebeurt er dan? Reageert het bestuur op externe ontwikkelingen, beantwoordt het vooral aan een eigen bestuurlijke logica?

De relevantie van deze vragen werd mij voor het eerst echt duidelijk toen ik in het midden van de jaren zeventig betrokken raakte bij de beleidsvorming op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. Ik veroorloof me ter inleiding van deze rede een kort uitstapje naar deze periode.

## Onderzoek voor beleid, onderzoek van beleid

In 1975 trad ik in dienst van de Ziekenfondsraad, de voorloper van het huidige College voor Zorgverzekeringen, waar ik me een kleine twee jaar kon bezighouden met de voorbereiding van wat in 1982 de Riagg-verstrekking zou worden.

Mijn taak bij de Ziekenfondsraad bestond uit wat je nu 'onderzoek voor beleid' zou noemen. Ik werd geacht om, bij wijze van spreken, in de huid van de beleidsmaker te kruipen en vanuit dit perspectief beleidsdoelstellingen te analyseren -of te bedenken waar ze ontbraken-, daar geschikte instrumenten bij te zoeken en met voorstellen te komen om de uitvoering zo succesvol mogelijk te laten zijn. Naarmate ik verder doordrong in de beleidsvorming stuitte ik echter op keuzes, die als vanzelfsprekend werden gepresenteerd maar bij nader inzien helemaal niet zo voor de hand liggend bleken te zijn. Dit gold bijvoorbeeld voor de scherpe scheiding tussen de ambulante en intramurale zorg. Op mijn vragen daarover was geen bevredigend antwoord te vinden, noch bij de beleidsmakers noch in de stapel beleidsnota's die mij ter beschikking stonden. Dit bracht me bij wat we nu 'onderzoek van beleid' noemen. Hierin is het beleid zelf onderwerp van onderzoek en beleidsprocessen worden bestudeerd om de gevolgde koers, de keuzes die hierbij worden gemaakt en de factoren die daarop van invloed zijn op het spoor te komen en te verklaren. Dit onderzoek van het beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg maakte twee zaken duidelijk (Van der Grinten 1987).

Allereerst de grote betekenis van de historische dimensie van beleidsprocessen, later ook wel aangeduid als de 'padafhankelijkheid' van het beleid (Hemerijck 2001). Het beleid bleek sterk te zijn voorgestructureerd door eerder gemaakte keuzen over de inrichting en het bestuur van de zorg.

Het tweede inzicht betrof de invloed van niet-overheidsorganisaties op de publieke beleidsvorming, in het bijzonder de landelijke koepelorganisaties van de instellingen en de beroepsbeoefenaren. De overheid vervulde weliswaar zijn eigen rol, maar die bestond vaak toch vooral uit het faciliteren, overnemen, legitimeren en soms ook frustreren van wat in het private veld was bedacht en daar ook moest worden uitgevoerd. Beleid bleek het resultaat van een veel complexer bestuurlijk proces, dan men op grond van een rationele en ordentelijke staatsrechtelijke rolverdeling zou verwachten. De vragen die dit alles weer opriep hebben me sindsdien beziggehouden. Een belangrijk deel van mijn academische arbeid heb ik besteed aan het analyseren en beter proberen te begrijpen van de werking van het besturingssysteem van de gezondheidszorg. Een aantal inzichten die ik hiermee heb opgedaan wil ik in deze rede met u delen<sup>1</sup>.

Ik begin mijn terugblik met een korte schets van de manier waarop in Nederland met publieke belangen in de gezondheidszorg wordt omgesprongen. Dit brengt me bij een aantal typische afhankelijkheden tussen de overheid, de particuliere instellingen en de beroepsbeoefenaren en bij de bestuurlijke instituties die op basis van deze

afhankelijkheden zijn opgetrokken. Vervolgens licht ik deze afhankelijkheden en bestuurlijke verhoudingen nader toe aan de hand van de zgn. 'stelselherziening', het hervormingsproces dat zich gedurende de afgelopen 20 jaar in de gezondheidszorg heeft voltrokken. Uit deze beschouwing trek ik vervolgens een aantal conclusies en ik maak u deelgenoot van enkele van mijn zorgen om beleid

## Publieke belangen in de zorg

Om welke publieke belangen gaat het in de zorg? In navolging van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid kunnen we een onderscheid maken tussen maatschappelijke en publieke belangen (WRR 2000). *Maatschappelijk* zijn de belangen die voor de samenleving als geheel zijn gewenst. Deze belangen worden *publiek* als ze zonder eindverantwoordelijkheid van de overheid niet goed tot hun recht komen. Het oordeel hierover ligt bij regering en parlement. Door een belang in een politiek besluitvormingsproces te bestempelen als 'publiek' wordt het tot een doelstelling van de overheid en dit dwingt de overheid tot de ontwikkeling van beleid over de wijze waarop dit publieke belang wordt behartigd. Deze behartiging kan vervolgens op verschillende manieren plaatsvinden. De overheid kan het zelf doen, of ze kan anderen dwingen dan wel stimuleren om deze taak op zich te nemen.

Passen we dit onderscheid toe op de gezondheidszorg dan treffen we allerlei waarden aan die een evident maatschappelijke belang vertegenwoordigen, maar daarmee nog geen verantwoordelijkheid van de overheid zijn. Denk hierbij aan zorgzaamheid, zorgvuldigheid, bescherming, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. In de loop van de tijd zijn uit deze maatschappelijke belangen drie clusters van *publieke* belangen naar voren gekomen, die betrekking hebben op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg. Deze selectie is een uitwerking van de ogenschijnlijk simpele opdracht die artikel 22 van de Grondwet aan de overheid stelt: de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid (Leenen 1996). Anno 2006 wordt er van uitgegaan dat de overheid aan deze opdracht voldoet als ze het recht van de burger op een kwalitatief verantwoorde, toegankelijke en doelmatige gezondheidszorg garandeert. Hierbij is 'kwalitatief verantwoord' hetgeen door professionele standaarden wordt gedekt, 'toegankelijk' is de noodzakelijke zorg die financieel en fysiek bereikbaar is en 'doelmatig' slaat zowel op het totaal van de collectieve middelen dat voor de gezondheidszorg ter beschikking wordt gesteld, de macro doelmatigheid, als op de eis dat instellingen en beroepsbeoefenaren zuinig met deze middelen omspringen, de micro doelmatigheid.

Deze drie onderwerpen waren overigens niet altijd, en niet altijd in even sterke mate, onderwerp van overheidszorg. Bovendien veranderde hun betekenis aanzienlijk. Het

begon in de tweede helft van de 19e eeuw met de kwaliteit. Om een voldoende niveau te waarborgen ging de overheid zich met de opleiding van de beroepsbeoefenaren, hun individuele beroepsuitoefening en later ook met de organisatie daarvan bemoeien. Sinds het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw ontstond vervolgens de behoefte om zoveel mogelijk mensen van deze kwalitatief verantwoorde zorg te laten profiteren, wat zich vertaalde in de opdracht om de toegankelijkheid van de zorg te gaan garanderen. Sinds het midden van de jaren zeventig kwam vervolgens ook het financiële gevolg van deze publieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op het bordje van de overheid terecht. Namelijk de noodzaak om de hiervoor noodzakelijke collectieve uitgaven te beheersen, de macro doelmatigheid. En ten slotte heeft de overheid recentelijk ook verantwoordelijkheden gekregen op het terrein van de micro doelmatigheid, dat wil zeggen voor innovaties in de zorg, het vergroten van de keuzemogelijkheden voor gebruikers en het stimuleren van efficiency.

Hoe is de overheid met deze verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg omgegaan? Niet door zelf de uitvoering van gezondheidszorg ter hand te nemen. Evenmin, zoals vaak wel wordt gedacht, door de uitvoering van de uit deze verantwoordelijkheden voortvloeiende taken dwingend op te leggen aan de ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, artsen en andere aanbieders van zorg. De borging van de publieke belangen in de Nederlandse gezondheidszorg zit gecompliceerder in elkaar.

## Behartigers van het publiek belang

Dit wordt duidelijk als we ons verder verdiepen in de achtergronden en karakteristieken van het beleidsbestel van de Nederlandse gezondheidszorg (Van der Grinten & Kasdorp 1999). We stuiten dan op een traditie van zelfsturing en solidariteit, een private uitvoering van de zorg en een financiering via een verzekeringstelsel.

De traditie van zelfsturing is gestoeld op de opvatting dat de overheid niet moet doen wat even goed, of beter, door particuliere organisaties kan worden ondernomen. Deze opvatting zien we vervolgens terug in de manier waarop de zorg wordt uitgevoerd, namelijk niet door overheidsinstanties maar door particuliere instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Ook de financiering van de zorg weerspiegelt deze afstandelijkheid van de overheid. Het is geen financiering uit de algemene middelen (de belasting), maar uit een specifiek voor de gezondheidszorg opgezet verzekeringssysteem dat burgers recht geeft op een verzekerd pakket, waarbij de verzekeringsgelden worden beheerd door sociale verzekeringskassen en de aanwending van deze gelden geschiedt door particuliere zorgverzekeraars. Tot 1 januari van dit jaar waren dit de ziekenfondsen

en sindsdien zijn het de particuliere ziektekostenverzekeraars. Tezamen maken deze karakteristieken de positie van de overheid tot een bijzondere. Zij is namelijk niet bij machte om haar verantwoordelijkheden voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid op eigen kracht waar te maken. Weliswaar is er in de loop der jaren een massief stelsel van wet- en regelgeving opgetrokken, waarmee het veld in de tang gehouden kon worden. Maar tegelijkertijd is de overheid voor haar beleid in sterke mate afhankelijk van de inzet van ditzelfde veld.

Met andere woorden, een belangrijk kenmerk van het bestel van de Nederlandse gezondheidszorg is het ontbreken van een machtscentrum dat *materieel* voldoende is toegerust om eenzijdig en zonder medewerking van het veld in te kunnen grijpen in de zorg. Dat de overheid wel over de *formele* mogelijkheden hiertoe beschikt, betekent nog niet dat dergelijke ingrepen ook altijd effectief zijn. Eerder is het zo dat het stelsel functioneert onder de schaduw van de mogelijkheid van overheidsingrijpen. Als de omstandigheden daartoe dwingen kan de overheid op haar strepen gaan staan en haar macht gebruiken. Maar dit gebruik wordt praktisch gesproken steeds geconditioneerd door het besef dat men elkaar ook daarna nog nodig heeft vanwege de eerder aangeduide afhankelijkheden. Het is dus onjuist om overheidsregulering te plaatsen tegenóver zelfregulering, -of tegenover marktwerking als een moderne variant hiervan. Het gaat wezenlijk niet om *concurrerende* maar om *complementaire* sturingsconcepten (Helderman in druk). Dit betekent dat zelfregulering en marktwerking anders –en ik ben geneigd te zeggen: ook beter- functioneren onder de schaduw van overheidsregulering. Wanneer een effectief zwaard van Damocles ontbreekt, en we zullen straks zien dat dit in de Duitse gezondheidszorg het geval is, wordt zelfregulering een te vrijblijvende en weinig effectieve aangelegenheid.

De betrokkenheid van particuliere organisaties bij de publieke beleidsvorming was aanvankelijk georganiseerd in een aantal wettelijke organen, waar ze via hun koepelorganisaties in vertegenwoordigd waren. Deze organen hielden zich bezig met de voorbereiding en de uitvoering van het beleid op de belangrijkste onderdelen van de zorg: de sociale ziektekostenverzekering -dit was het werkterrein van de Ziekenfondsraad- de tarieven, het budget, de planning van ziekenhuisvoorzieningen, de organisatie en de kwaliteit. Deze bestuurlijke instituties zijn inmiddels opgeheven, ik kom daar zo op terug. Dat ik ze hier toch noem is, omdat ze nog tot ver in de jaren negentig een rol speelden én om duidelijk te maken welke functies het overleg tussen overheid en particuliere organisaties vervulden.

De *overheid* kon zich via het overleg op een relatief goedkope manier een beeld verschaffen van de opvattingen, wensen en verwachtingen die er leefden in het veld. Daarbij dwong het overleg de organisaties tot een zekere openheid ten opzichte van elkaar en de overheid. Tevens impliceerde overleg de bereidheid om standpunten

en eigen belangen tegen een algemener belang af te wegen en tot een vergelijk te komen: er was immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De overheid kon zich bovendien door het overleg laten voorzien van (nog) niet bij haar aanwezige kennis en expertise. Daarnaast kon zij via deze particuliere betrokkenheid maatschappelijke steun voor haar beleid mobiliseren en daarmee het draagvlak en de legitimiteit van dat beleid vergroten. Ten slotte werd door het vervullen van publieke taken door anderen dan de overheid het overheidsapparaat ontlast. Voor de *particuliere organisaties* in de gezondheidszorg boden de publieke functies de mogelijkheid om zonder kostbaar lobbywerk en afstandelijke overdrachtsmechanismen de overheid te informeren over het eigen werkveld. Dat werkveld werd op zijn beurt in een vroeg stadium geïnformeerd over de beleidsvoornemens van de overheid. Dit bood weer aanknopingspunten om het beleid beter op de specifieke problemen en omstandigheden van het werkveld te laten aansluiten en dit legitimeerde de particuliere organisaties op hun beurt weer naar hun achterban.

Op deze manier kreeg in de jaren zeventig en tachtig ook de aanbodregulering gestalte. Dat wil zeggen dat dit beleid, anders dan algemeen wordt gedacht, niet het exclusieve domein van de overheid was. Integendeel. Het veld was via haar landelijke organisaties en vertegenwoordigingen in de wettelijke adviesorganen nauw betrokken bij de vorming van dit beleid en dus ook gecommiteerd aan de uitvoering ervan. Zo konden de hiërarchische sturingsmechanismen die zo kenmerkend zijn voor aanbodregulering en kostenbeheersing, denk bijvoorbeeld aan de ziekenhuisbudgettering, toch worden gehanteerd in de private setting: ze sloten goed aan bij de interne disciplineringsinstrumenten van de traditionele koepelorganisaties en het inmiddels verstatelijkte particulier initiatief. Dit is een fraai voorbeeld van de complementariteit van de bestuurlijke instituties van zelfregulering en overheidshiërarchie en van de verschuiving van het accent in de jaren zeventig en tachtig in de richting van de laatste.

Na zo'n 60 jaar trouwe dienst – het bestel produceerde naar de toenmalige maatstaven een uitstekende gezondheidszorg – raakte deze manier van besturen echter uitgewerkt. Ze voldeed steeds minder, niet alleen vanwege een afnemende effectiviteit, en dit betrof vooral de politieke daadkracht, maar vooral ook door een afnemende legitimiteit. In een maatschappij waarin democratisering en individualisering steeds belangrijkere waarden vertegenwoordigden, werd deze manier van besturen een anachronisme. Ik citeer hier uit rapport van een parlementaire commissie waarin dit bestuurlijk onbehagen kernachtig is verwoord: als de gekozen vertegenwoordiger van de burger moet het parlement zo onbelast mogelijk kunnen beslissen; daarbij mogen onafhankelijke deskundigen optreden als leveranciers van objectieve kennis en kunnen belangenorganisaties informatie leveren over opvattingen, wensen en gevoelens in het veld; maar belangenorganisaties zijn niet gelegitimeerd, noch politiek, noch wat betreft hun deskundigheid, om een rol te spelen in het openbaar bestuur (Commissie

De Jong 1993). Dit onbehagen over de bestuurlijke vervlechtingen leefde niet alleen bij de politiek, maar ook aan de andere kant, bij de koepelorganisaties. Onder druk van een steeds opstandiger achterban ontteden ze zich van hun formele publieke verantwoordelijkheden en gingen met een beperktere statutaire opdracht verder als brancheorganisaties.

In de loop van de jaren negentig werden hier de feitelijke consequenties aan verbonden. De wettelijke adviesorganen werden ontmanteld en omgebouwd, enerzijds tot een onafhankelijk adviesorgaan, dat werd de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, anderzijds tot zogenaamde Zelfstandige Bestuursorganen. Deze laatste staan weliswaar dicht bij de overheid dan de voormalige adviesorganen, maar door hun zelfstandige status schermen ze de sector ook af van de politieke waan van de dag.

Voor een ander deel verschoof de landelijke beleidsvorming zich onder het motto van 'het herstel van het primaat van de politiek' naar regering en parlement. Overigens een misleidend motto. Met de ontwikkelingsgeschiedenis in gedachten zou een slogan als 'de verovering van de gezondheidszorg door de politiek' correcter zijn, want het primaat heeft de politiek in de Nederlandse gezondheidszorg eigenlijk nooit gehad.

Het zou een vergissing zijn om nu te concluderen dat de rol van de particuliere organisaties in de publieke beleidsvorming van de gezondheidszorg zou zijn uitgespeeld. Dit was niet het geval. Naast de overheveling naar de Zelfstandige Bestuursorganen en de politiek zien we namelijk ook een *verplaatsing* van de publieke werkzaamheid van particuliere organisaties, zowel in horizontale als in verticale richting. Op horizontaal niveau verplaatste het overleg en de advisering zich naar de SER als enig overgebleven wettelijk adviesorgaan en voor het overige naar een bonte verzameling van meer of minder incidentele landelijke beleids- en consultatienetwerken. Denk in dit verband bijvoorbeeld aan de organisatie en inhoud van de beroepsopleidingen, de ontwikkeling van kwaliteitscriteria en het onderhoud van de *Diagnose Behandel Combinaties*. In een verticale beweging verplaatste de publieke werkzaamheid van particuliere organisaties zich naar het niveau van de regio's en grote steden en, nog lager, naar het niveau van individuele de instellingen. Deze zijn zich gaan manifesteren als *maatschappelijke ondernemingen*. Dat wil zeggen particuliere organisaties die zich ook verantwoordelijk voelen voor de publieke zaak.

Deze hardnekkigheid van de private betrokkenheid bij de publieke zaak van de gezondheidszorg is ook niet zo verrassend als we ons realiseren hoe weinig de basiskennmerken van het bestel in feite zijn veranderd.

Zelfregulering en solidariteit zijn nog steeds belangrijke waarden. De zorg wordt nog steeds verleend door private organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Het verzekeringskarakter van de financiering en de afhankelijkheid van de inzet van de private zorgverzekeraars is zelfs nog versterkt. En er is onverminderd veel overheids-



verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid, waar nog steeds weinig -en misschien wel: steeds minder- *materiële* overheidsmacht tegenover staat om deze verantwoordelijkheid op eigen kracht waar te maken.

Binnen dit basispatroon verschuift het accent nu weer van een relatieve dominantie van de overheidshierarchie en een verstatelijkt particulier initiatief naar zelfregulering en marktwerking. En hier komt de stelselherziening in beeld.

## De stelselherziening

De betekenis van de hiervoor geschetste veranderingen in de bestuurlijke verhoudingen wil ik verder verduidelijken aan de hand van het verloop van de stelselherziening, een proces dat een aanvang nam na de publicatie van het advies van de Commissie Dekker in 1987 en een voorlopige afronding kreeg met het van kracht worden van de nieuwe Zorgverzekeringswet eind 2005 (Minister VWS 2005).

Laat ik, voordat we hier op ingaan, eerst nog even in herinnering roepen waar de Commissie Dekker in 1987 ook al weer mee kwam. In haar advies schetste de commissie het perspectief van meer keuzemogelijkheden, competitie en ondernemerschap in de zorg. Dit was volgens de commissie te bereiken door maatregelen, op een drietal terreinen: de financiering, het verzekeringspakket en de besturing van de zorg. Wat betreft de financiering zou meer gebruikt gemaakt moeten worden van nominale premies en eigen bijdragen ter ontlasting van de collectieve uitgaven. Vervolgens zou er één verplichte collectieve verzekering voor alle burgers, moeten komen, het zogenaamde basispakket, met mogelijkheden voor een uitruil met een vrijwillige aanvullende verzekering. En het geheel zou bestuurd moeten worden door onderling concurrerende verzekeraars, die als zaakwaarnemers van hun verzekerden zorg inkopen bij instellingen en beroepsbeoefenaren, door aanbieders die wedijveren voor een contract met de verzekeraar en door een overheid die zorgt voor faire marktcondities en toezicht op het geheel (Commissie Dekker 1987). Het concept van *gereguleerde concurrentie* bracht deze drie onderdelen in samenhang. *Concurrentie* voor de keuzen en het ondernemerschap en *regulering* om de marktimperfecties op te vangen en de publieke belangen, in het bijzonder de toegankelijkheid van de zorg, te garanderen.

Hoe is er met deze ideeën omgegaan en wat leert dit ons?

Voor een antwoord op deze vraag vergelijk ik het hervormingsbeleid van staatsecretaris Simons met dat van Minister Hoogervorst; de zogenaamde mislukking tegenover het succes. Ik vergelijk hun beleid op een viertal kritische succesfactoren: technische-organisatorische, economische, politieke en de toegepaste veranderstrategie (van der Grinten 2002; Van der Grinten & Vos 2004; Helderman, Schut et al. 2005)|<sup>2</sup>

Simons ging begin jaren negentig welgemoed aan de slag met de aanbevelingen van 'Dekker'. Maar hij liep vast in de veelheid van nog niet opgeloste technisch-organisatorische problemen, sociaal-economische tegenwerpingen en afbrokkelende politieke steun. Het maatschappelijk draagvlak voor zijn plannen bleek diffuus. Er was weinig *sense of urgency*, vooral omdat de kwaliteit van zorg toentertijd acceptabel werd geacht. Er was redelijk wat greep op de kosten en voor de meest zichtbare problemen (wachtlijsten en -tijden, bejegening, gebrek aan keuzemogelijkheden) dacht men niet meteen aan radicale ingrepen in het stelsel. Daarbij kwam dat Simons niet kon steunen op empirische evidentie, niet in Nederland noch in andere landen, waaruit zou blijken dat het voorgestelde stelsel werkelijk zou opleveren wat het beloofde. Zonder te kunnen verwijzen naar een algemeen gevoel van urgentie moest Simons het publiek en de politiek er dus van zien te overtuigen dat de gezondheidszorg toch echt in een grote crisis verkeerde. En dat het allemaal goed zou komen als het roer zou worden omgegooid in overeenstemming met de aanbevelingen van de commissie Dekker. Dat wil zeggen dat zijn beleid het uiteindelijk vooral moest hebben van zijn logische overtuigingskracht en politieke daadkracht. Hij was met andere woorden volledig aangewezen op zijn bestuurlijke mogelijkheden en de effectiviteit van zijn veranderstrategie.

Met een strak hiërarchisch besturingssysteem zou het wellicht nog zijn gelukt om zijn plan, ondanks de technische tekortkomingen en ongewisse economische gevolgen, er simpelweg door te drukken. Maar met de verplichte advisering van de adviesorganen, met een verdeeld departement en tanende politieke steun werd dat een hopeloze onderneming. In zijn veranderstrategie maakte Simons de keuze om de basisverzekering via een uitbreiding van de AWBZ te willen bewerkstelligen. Hij kon eigenlijk ook niet anders, want de convergentie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars moest feitelijk nog beginnen. Het gevolg was een reductie van de particuliere ziektekostenverzekering en eigen bijdragen, wat weer zorgde voor een stijging van de publieke uitgaven voor gezondheidszorg. Omdat er bovendien nog aan weinig voorwaarden voor gereguleerde concurrentie was voldaan, kwam in de plannen van Simons al snel het accent te liggen op een brede basisverzekering. Zijn plannen kwamen hierdoor niet alleen onder vuur te liggen van de VVD, de werkgevers en de particuliere ziektekostenverzekeraars, maar ook van de rechtervleugel van het CDA. Zij vonden dat Simons de plannen van de commissie-Dekker te veel had gesocialiseerd door een basispakket van 95% aan te bieden, in plaats van de door Dekker voorgestelde 85%. Ironisch genoeg waren met name de werkgevers bang voor marktwerking in de zorg, omdat deze gepaard zou kunnen gaan met stijgende kosten. In 1993 zegde het CDA haar steun aan het plan-Simons op en in 1994 bood Simons zijn ontslag aan.

Dat Simons zich bewust was van het belang van de bestuurlijke verhoudingen blijkt uit een opvallende opdracht die hij al bij de start van zijn hervormingsproject aan Pim



Fortuyn verstrekte, een kennis uit Rotterdam en veelgevraagd maar ook toentertijd al controversieel adviseur voor strategische vraagstukken. Fortuyn kreeg de opdracht om met ideeën te komen om het bestuur te moderniseren. Die presenteerde hij eind 1990 in een rapport met de programmatische titel 'Ordering door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid'. Hij stelde hierin voor om de belangenverstrengeling in de wettelijke adviesorganen op te heffen en de positie van de overheid en de particuliere organisaties in het bestuurlijk krachtenveld duidelijker te profileren. Anders dan men misschien zou verwachten was dit geen aanval op het 'maatschappelijke middenveld' in de zorg. Dat wil zeggen dat gebied tussen staat en burger, waar aanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers, werknemers, consumenten- en patiënten organisaties en andere particuliere organisaties in samenspraak met de overheid bezig zijn met de publieke zaak. Hij pleitte juist voor het gebruiken van de kracht en mogelijkheden van dit middenveld, "in aansluiting op het beste uit de leerstukken van de subsidiariteit, de soevereiniteit in eigen kring en de functionele decentralisatie" (Fortuyn 1990). Ook hij benaderde het bestuur van de gezondheidszorg dus niet in termen van concurrerende sturingsconcepten, maar als een verzameling van complementaire instituties.

Simons deed zelf niet zoveel met de aanbevelingen van Fortuyn. Het voorgestelde ontvlechtigingsprogramma werd onder Minister Borst uitgevoerd en het leidde tot de hiervoor besproken opheffing van de wettelijke adviesorganen. Maar bij haar aantreden in 1994 had ook zij hier nog weinig aan. Ze nam afstand van de pretenties van haar voorganger en verwierp onder algemene bijval de blauwdrukplanning van Simons. Ze zette daar een stap-voor-stap benadering voor in de plaats. Deze aanpak werd ook gebruikt om min of meer *en passant* een aantal belangrijke moderniseringsprocessen zowel in de sector van de care als van de cure op gang te brengen. Van een ambitie om het hele stelsel van de gezondheidszorg 'op de schop' te nemen was onder Paars echter geen sprake. Slechts met tegenzin reageerde het toenmalige kabinet op de steeds luider wordende roep om toch te komen met een omvattend hervormingsplan voor de gezondheidszorg. Dit plan is weliswaar nog op de valreep door het tweede Paarse kabinet opgesteld, en adviezen van de SER en de RVZ speelden hierin een voorname rol (VWS 2001), maar met de boodschap dat het volgende kabinet de uitvoering hiervan maar ter hand moest nemen.

Bornhoff kwam hier al helemaal niet aan toe tijdens zijn 87 dulle dagen durende ministerschap in 2002. In zijn – naar eigen zeggen – blinde ambitie draaide hij de geldkraan vooral verder open.

Hoogervorst pakte de handschoen weer op bij zijn aantreden in 2003. Het was feitelijk een unieke en ook slimme keuze om een voormalige minister van Financiën verantwoordelijk te maken voor één van de grootste 'spending departments'. Welke omstandigheden trof hij aan? Op het vlak van de technische en organisatorische

kwesties was behoorlijke vooruitgang geboekt, in het bijzonder op het vitale terrein van de risicovereveningsystematiek, zo belangrijk voor het voorkomen van risicoselectie door verzekeraars. Maar tal van andere voorwaarden voor gereguleerde marktwerking, zoals prestatie indicatoren, marktconforme bekostigingssystemen, deregulering van capaciteit en prijzen en consumenteninformatie moesten nog verder worden ingevuld (Schut 2003). Maatschappelijk bestond er een toenemende acceptatie van eigen bijdragen en inkomensverschillen die het gevolg zouden kunnen zijn van de invoering van het stelsel, maar macrokostenbeheersing stond weer prominent op de agenda. De *sense of urgency* voor verandering was groot, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg en er bestond een groter besef van de tekortkomingen van het 'oude' stelsel, maar onduidelijk bleef de maatschappelijke behoefte aan een nieuw stelsel. Op het punt van de empirische evidentie was de eerdere, succesvolle invoering van marktconforme elementen in het aanpalende sociale zekerheidsstelsel een belangrijke steun in de rug, maar onduidelijk bleef toch hoe dit in de gezondheidszorg uit zou pakken. Kortom, Hoogervorst was, net als Simons, in sterke mate afhankelijk van de bestuurlijke condities en de effectiviteit van zijn veranderstrategie. En in deze twee factoren worden ook de meest opvallende verschillen tussen de twee zichtbaar.

Zoals we eerder constateerden waren de formele vervlechtingen in de landelijke beleidsvorming anno 2003 grotendeels verdwenen. Hoogervorst was hierdoor redelijk vrij om zijn eigen politieke steun en medewerking uit het veld te mobiliseren. Hij kon hiervoor terugvallen op een opvallend groot aantal partijgenoten op sleutelposities: bij de Europese Commissie, de Raad voor de Volkgezondheid en Zorg, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Het was een *window of opportunity*, die hij voor zover ik dat kan overzien goed gebruikte. Bijvoorbeeld voor het politiek demonteren van de veronderstelde juridische dreiging uit 'Europa'. Spoorde het op private leest geschoeide stelsel waar Hoogervorst voor opteerde wel met de Europese regelgeving? Een brief van Euro commissaris Bolkestein ontdeed deze vraag van zijn politieke lading. In tegenstelling tot Simons kon Hoogervorst daarnaast rekenen op een behoorlijk stabiele politieke steun uit de coalitie.

Hoogervorst's veranderstrategie sloot goed bij deze condities aan. Hij zette in op een combinatie van een top-down en bottom-up benadering, ondersteund met onderzoek en projecten als Sneller Beter. Hij zocht allianties met strategisch belangrijke partijen in het veld, in het bijzonder de particuliere verzekeraars met op de achtergrond de werkgevers, dat wil zeggen de partijen die Simons zo'n tien jaar eerder lieten struikelen. Via 'gezanten-van-buiten' mobiliseerde hij daarnaast kennis en ervaring uit het bedrijfsleven voor de gezondheidszorg (over veiligheid, logistiek, zorgfuncties en ondernemerschap). Of deze inzichten echt allemaal zo nieuw en bruikbaar waren voor de gezondheidszorg valt te betwijfelen, maar daar ging het hem waarschijnlijk

ook niet om. Hij brak met deze gezanten de naar binnen gekeerde onderdelen van de zorg verder open en verschaftte zich zo ook bredere maatschappelijke legitimering voor zijn beleid. Daarnaast besteedde Hoogervorst veel aandacht aan het management en het draagvlak van zijn hervormingsproject binnen het overheidsapparaat, zowel naar collega bewindslieden als intern, binnen zijn eigen departement. Opvallend is tenslotte de robuuste en eenduidige communicatie over de stelselherziening vanuit VWS vergeleken met de periode Simons. Hoogervorst en de top van zijn departement hadden de regie strak in handen.

## Conclusies en reflectie

### Bestuurlijke condities en strategie doorslaggevend

Overzien we dit hervormingsproces, dan kunnen we allereerst nog eens vaststellen hoezeer zowel in het geval van Simons als van Hoogervorst de bestuurlijke condities en de door hen gevolgde veranderstrategie doorslaggevende factoren waren. In het eerste geval voor het falen en in het tweede voor het succes van de stelselherziening. Natuurlijk beschikte Simons toentertijd nog nauwelijks over de technische en organisatorische ingrediënten om het stelsel ook tot een succes te maken, maar in een andere, meer hiërarchische bestuurlijke setting, zoals bijvoorbeeld in de Engelse National Health Service – ik kom hier straks nog op terug – had dat uiteindelijk geen belemmering hoeven zijn. Bovendien is het stelsel technisch gesproken nog allerminst ‘klaar’ (Van der Veen 2005). De directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Martin van Rijn, stelde onlangs terecht vast dat het avontuur nu pas écht gaat beginnen (Van Rijn & Sporre 2006).

### Traagheid in besluitvorming ook nuttig

Dit brengt me tot een tweede conclusie. De beperkingen in de toenmalige bestuurlijke omstandigheden om tot een geforceerde invoering van het nieuwe stelsel te komen hebben ons denk ik behoed voor een overhaaste en onverantwoorde stelselwijziging. Zo bezien is traagheid in besluitvorming niet zondermeer verwerpelijk. Natuurlijk kan deze traagheid leiden tot het missen van kansen en het bieden van ruimte aan weerspanningen om hun verzet te organiseren. Maar ze kan evenzeer tijd opleveren om voor zulke omvangrijke en complexe projecten als een stelselherziening de technische, organisatorische en vakinhoudelijke problemen aan te pakken, ruimere mogelijkheden te verschaffen om de koers uit te proberen en weerstanden te testen, draagvlak voor het beleid op te bouwen en medewerking bij de uitvoering te krijgen (Helderman & van der Grinten 2005). Hoewel men uiteraard kan twisten over het juiste moment van doorvoeren – wanneer is het zover? – denk ik dat we achteraf het proces tussen het verschijnen van het rapport van de commissie Dekker in 1987 en het

van kracht worden van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 ook op deze manier kunnen interpreteren, namelijk als nuttig besteedde tijd. Een ondersteuning van deze stelling vind ik onder anderen bij Wynand van de Ven. Op basis van een overzicht van wat er gedurende deze periode voor én achter de schermen allemaal wél is ondernomen ter voorbereiding van de stelselherziening, spreekt hij zelfs van een *stille revolutie* in de Nederlandse gezondheidszorg. Er blijken essentiële stappen te zijn gezet, vooral op het gebied van de verzekeringstechnische en organisatorische voorwaarden, zoals de invoering van het systeem van normuitkeringen en nominale premies voor de voormalige ziekenfondsen, het loslaten van hun contracteerverplichting voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren, een toegenomen financiële zelfstandigheid en ruimte om onderling te kunnen concurreren (Van de Ven 1999). Dit plaatst ook de zogenaamde mislukking van Simons en de verwijten die aan het adres van Borst zijn geuit over haar vermeende hervormings-passiviteit in een ander licht. Hoogervorst kreeg een goede voorzet waarmee hij kon scoren.

### Publiek-private samenwerking: de zorg kan niet zonder

Ik kom tot een derde observatie. Na de eerder besproken ontmanteling van de wettelijke adviesorganen is de minister niet meer wettelijk verplicht om particuliere organisaties bij de voorbereiding en uitvoering van zijn beleid te betrekken, maar de mogelijkheid is er nog wel. Het hoeft niet meer, maar het kán wel. Het beeld van de toepassing van deze mogelijkheid tot betrokkenheid van het veld bij het beleid is vervolgens behoorlijk verwarrend. Ze is in ieder geval bij het huidige politieke establishment niet erg populair – het verwijt van ‘gepolder’ wordt gevreesd en Hoogervorst lijkt het contact en het ‘contract’ met de sector eenzijdig te hebben opgezegd, – maar achter de schermen lijkt er toch intensief gebruik van gemaakt te zijn. Voor zover ik dat kan overzien is de bestuurlijke pragmatiek in het beleid op zichzelf niet afgenomen maar wel de acceptatie hiervan. En deze twee lijken steeds verder uit elkaar te groeien; we doen nog wel het ene, maar roepen steeds harder het andere. Dit is niet alleen op den duur onhoudbaar, het biedt ook geen aanknopingspunten voor een praktische omgang met het lastige bestuurlijke dilemma van politieke onafhankelijkheid en maatschappelijke en professionele betrokkenheid op het terrein van de gezondheidszorg. Het risico dat dit dilemma simpelweg wordt genegeerd in het huidige politieke klimaat met zijn niet te stillen behoefte aan transparantie, gevoed door een grote achterdocht is beslist niet denkbeeldig. Als we dit zijn gang laten gaan, dan wordt op den duur alle politieke energie naar de presentatie en actie *frontstage* getrokken en wordt het politieke handwerk *backstage* onmogelijk (De Beus 2006). Voor de gezondheidszorg zou dit jammer zijn en ook onnodig. Want we beschikken in deze sector over een goede traditie om beleid in samenspraak met de betrokkenen in het veld voor te bereiden en uit voeren, inmiddels zónder de mogelijke politieke blokkades die dit kan veroorzaken.

## Internationaal perspectief

De betekenis hiervan krijgt verder reliëf in vergelijking met ons omringende landen, bijvoorbeeld Duitsland en Engeland.

Met het vervallen van de wettelijke verplichting tot betrokkenheid van private organisaties bij de publieke besluitvorming onderscheidt Nederland zich op een essentieel onderdeel van de situatie in Duitsland. Daar is de politiek ten aanzien van de gezondheidszorg nog steeds uitgeleverd aan de formele, wettelijk verankerde instemming van de veldpartijen met het beleid, in het bijzonder de koepelorganisaties van artsen en verzekeraars. Ook in Nederland is zoals we zagen weliswaar tijd genomen om tot een beslissing te komen, maar die kwam er en eenmaal genomen lijkt er ook een redelijk draagvlak voor te zijn. In Duitsland wordt ook veel tijd genomen voor de voorbereiding van de hervorming van de gezondheidszorg, maar tot een beslissing komt het vervolgens niet (Giaino 1995; Riemer-Hommel 2006).

In vergelijking met Engeland bevinden we ons nog steeds aan de kant van het *Rijnlands model* van besturen. In de Engelse National Health Service, de NHS, zijn de bestuurlijke condities zodanig dat 'de politiek' hervormingen nogal ongeremd kan doorvoeren. Dit levert weliswaar veel interessante organisatorische innovaties op, bijvoorbeeld op het gebied van het kwaliteitsbeleid en de toepassing van prestatie-indicatoren, ook wij laten ons hier graag door inspireren. Maar het betekent tegelijkertijd dat de Engelse gezondheidszorg wordt geteisterd door een cavalcade van elkaar snel opvolgende hervormingen die nauwelijks verwerkt kunnen worden (Moran 2003). In een terugblik op 25 jaar NHS komt David Hunter in beeldende en bijtende bewoordingen zelfs tot de slotsom dat "the NHS has been in a state of permanent revolution. Its managers have become 'change junkies' – able to deliver whatever structures or systems their political masters and mistresses demand. Yet, for all the frenetic, testosterone-charged activity over this period, paradoxically many of the problems to which these successive reorganizations and policy fixes have been directed stubbornly persist" (Hunter 2006). Zover is het in Nederland gelukkig nog niet en zover hoeft denk ik het ook niet te komen als we zuinig zijn op ons systeem van *checks and balances*.

## Marktwerking & ondernemerschap in de zorg: facts of life

Wat ten slotte opvalt is de constantheid in de doelstelling van het hervormingsbeleid, namelijk de toepassing van marktwerking en ondernemerschap in de gezondheidszorg. Hoe de politieke kleur of samenstelling van de coalitie er ook uitzag, sinds de commissie Dekker is dit beleidsperspectief niet meer veranderd.

Dit heeft naar mijn mening minder met de gezondheidszorg te maken, dan met het algemene neo-liberale klimaat in Nederland waarin marktwerking en privaat ondernemerschap dominante waarden vertegenwoordigen (Van der Kraan 2006). Dit is niet iets wat je met gezondheidsbeleid, als je dat al zou willen, kunt tegenhouden.

Bijvoorbeeld in de trant van 'marktwerking vinden we bij nader inzien toch niet zo'n goed idee, dus doen we het maar niet'. Kijk bijvoorbeeld naar Engeland, waar de Labor regering van Blair bij zijn aantreden afstand probeerde te nemen van de *internal market* in de National Health Service, een erfenis van Thatcher en Major, maar daar vervolgens praktisch toch vooral mee verder ging.

Dat in vergelijking met ons omringende landen marktwerking en ondernemerschap vervolgens zo opvallend ver door kunnen dringen in de Nederlandse gezondheidszorg, komt omdat ze zo goed aansluiten bij de traditie van zelfsturing, de particuliere uitvoering van de zorg en de verzekeringsfinanciering.

Deze kijk op beleid betekent ook dat we mogen verwachten, dat als er zich weer een ander dominant sturingsidee in de samenleving zou aandienen – ik zie dat trouwens nog niet gebeuren –, de gezondheidszorg onvermijdelijk zal volgen.

Tegen deze achtergrond vind ik een discussie voor of tegen marktwerking of ondernemerschap in de gezondheidszorg nogal vruchteloos. Relevanter is het om na te gaan hoe we deze sturingsconcepten zo goed mogelijk kunnen gebruiken voor de uitdagingen waar de gezondheidszorg voor staat, zonder de complementariteit met zelfregulering en overheidshiërarchie uit het oog te verliezen.

Een concept als *maatschappelijk ondernemerschap* spreekt me in dit verband erg aan, omdat het de ondernemingslust en het ondernemerschap als een van de drijvende krachten in onze samenleving probeert te mobiliseren voor de publieke zaak van de gezondheidszorg (RVZ 1996; De Waal 2000).

## Maatschappelijk ondernemerschap in de zorg

Ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorgorganisaties, -zij allen vertalen de druk om zich ondernemender te gedragen vooralsnog niet in een harde commerciële opstelling op geleide van het winststreven. Zij zoeken het vooralsnog in het accommoderen van een meer bedrijfsgerichte aanpak. Het zijn maatschappelijke ondernemingen, in die zin dat ze als particuliere organisaties met de hen ter beschikking staande collectieve en private middelen maatschappelijke doelen proberen te realiseren, met behulp van principes uit het bedrijfsleven. Het *ondernemende* hierin is het gebruik van de bedrijfsgerichte aanpak, in het bijzonder de gerichtheid op de gebruiker, de oriëntatie op innovatie en het dragen van individueel bedrijfsrisico. Het *maatschappelijke* van dit ondernemerschap zit hem in de typische context (het werken met collectieve middelen, naast de particuliere inkomsten, en de noodzaak om hierover rekening en verantwoording af te leggen aan een publieke autoriteit) en in de typische doelstellingen (het leveren van een bijdrage aan de realisatie van de publieke waarden van algemene toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg) (Putters 2001).

Net als dat met de vervlechtingen in het landelijk bestuur van de gezondheidszorg het geval was, is deze combinatie van publieke en private elementen in de individuele organisaties van de gezondheidszorg echter omstreven. Er is angst voor misbruik van publieke middelen voor private doelen en voor oneerlijke concurrentie. Daarbij hebben de maatschappelijk ondernemers grote moeite om hun gedrag te legitimeren. Er bestaan geen algemeen geaccepteerde waarden en normen om dit gedrag aan af te meten. Bovendien worden ze nogal eens verleid, zelfs door de overheid, om 'burgerlijk ongehoorzaam' te zijn op terreinen waar nieuwe wegen ingeslagen moeten worden maar waarvoor nog geen voorzieningen in de wet- en regelgeving zijn getroffen. Dit zagen en zien we bijvoorbeeld in de thuiszorg en bij initiatieven waarmee geprobeerd wordt de barrières tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg en huisartsenzorg te slechten, de zgn integrale of ketenzorg. Als de enthousiastelingen hier dan activiteiten in ontplooiën, dan lopen ze vervolgens de kans dat ze er voor worden afgestraft, omdat ze een of andere wet of regel overtreden blijken te hebben.

De politiek-bestuurlijke reactie op dit dilemma vertoont de vertrouwde tweeslachtigheid: drastisch in de beleidsretoriek en pragmatisch in de beleidspraktijk. Dat wil zeggen, enerzijds pleiten voor een radicale scheiding van de publieke en private elementen in de uitvoering van de gezondheidszorg, maar anderzijds blijven zoeken naar randvoorwaarden om dit maatschappelijk ondernemen mogelijk en acceptabel te maken, in ieder geval zolang er nog sprake is van afhankelijkheden. En ook hier heeft de pragmatiek voorlopig nog de overhand getuige de nieuwe spelregels voor de overheid en het veld. De overheid formuleert hierin vooraf de verwachtingen over te realiseren publieke doelstellingen, het veld legt publiekelijk verantwoording over de uitvoering hiervan af en de overheid controleert weer achteraf of de doelstellingen ook inderdaad zijn gehaald.

## Zorgen om beleid

Deze spelregels zien er aantrekkelijk uit, maar ze staan of vallen met drie cruciale voorwaarden (WRR 2004; SER 2005; RVZ 2006).

In de eerste plaats dat de politiek zich ook werkelijk houdt aan de eigen uitgangspunten van haar systeemverantwoordelijkheid. Dat wil zeggen dat ze doet wat ze moet doen –de spelregels formuleren en bewaken, zorgen voor de juiste prikkels, vaststellen van het basispakket en leiding geven aan het keuzeproces dat hieraan ten grondslag hoort te liggen-, maar vervolgens ook niet verder gaat met ingrepen in de zorg.

In de tweede plaats dat het toezicht door de zelfstandige bestuursorganen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg proportioneel is en blijft. Dat wil zeggen stimulerend en niet verlamdend voor de behartiging van de publieke belangen en het beoogde ondernemerschap in de zorg.

In de derde plaats zullen de ondernemingen zich ook werkelijk moeten inzetten voor de gevraagde toegankelijke, kwalitatieve, veilige en doelmatige gezondheidszorg. Dat wil zeggen dat ze enerzijds niet blijven hangen in, of weer teruggliden naar de passiviteit van de verstatelijkte status, of anderzijds wegdrijven naar een puur commerciële opstelling, waarbij men zich zonder een keihard contract weinig meer gelegen laat liggen aan de publieke zaak.

Het zal niet gemakkelijk zijn om aan deze voorwaarden te voldoen in de huidige situatie waarin vooral in zwart-wit termen over deze zaken wordt gesproken en maatschappelijk ondernemingen vooral worden benaderd op wat ze *niet* zijn, namelijk geen 'overheid' en geen 'markt'. Kennelijk is het moeilijk om te accepteren wat ze vooralsnog wél zijn, namelijk organisaties met een private en publieke opdracht. Het risico van deze halfslachtige houding is niet alleen dat ze tot weinig ambitie uitnodigt om werkelijk te 'gaan' voor het nieuwe beleid. Ze geeft de overheid en de toezichtsorganen ook weinig houvast om de druk tot incidentenpolitiek te weerstaan en niet te bezwijken voor de verleiding om van alles en nog wat te gaan regelen via de instrumenten van controle en toezicht.

Ik sluit mijn rede af met een bespreking van deze zorgen om beleid.

### Voorbij de incidentenpolitiek

Zoals hiervoor uiteengezet is een deel van de bestuurlijke bedrijvigheid in het landelijk beleid na de sanering van het radenstelsel in de jaren negentig overgegaan naar de politieke arena van parlement en regering. Dit heeft tot een grotere politieke betrokkenheid bij de gezondheidszorg geleid. Maar hiermee is ook een bestuurlijke dynamiek geïntroduceerd, die niet zondermeer ten goede komt aan de publieke belangen van de zorg.

Onder de vlag van het 'primaat van de politiek' worden het parlement en de minister aangesproken op alles wat er fout gaat en fout kán gaan in de zorg. Zo kan een incident op een operatiekamer, een verkeerd uitgepakt onderzoek, een uit de hand gelopen ruzie in een ziekenhuis - dat wil zeggen zaken die eigenlijk op de werkvloer opgelost moeten worden - in een afwentelingspiraal 'naar boven' bij de minister terecht komen. Gedupeerde patiënten, mondige burgers, belanghebbende hulpverleners en gretige media brengen de kwesties graag onder de aandacht van de landelijke politiek. Die reageert vervolgens met een golf van bestuurlijke drukte, waarbij de minister door het parlement wordt gedwongen om maatregelen te treffen die dergelijke incidenten in de toekomst moeten voorkomen. Hoe gerechtvaardigd de aanleiding voor een dergelijke politieke ingreep ook mag zijn, ze leidt meestal weer tot een insnoering van de aan de andere kant zo vurig gewenste ruimte voor ondernemerschap in de zorg.

Deze centralisatiereflex heeft een inefficiënte kortsluiting tot gevolg tussen het laagste managementniveau en het hoogste politieke niveau. Het zou efficiënter zijn

als de kwesties op een ordentelijke manier daar ergens tussen in afgehandeld kunnen worden in maatschappelijk gelegitimeerde “buffers”, bijvoorbeeld op het niveau van de instelling. Maar daar is voor nodig dat instellingen en hun management zelf voldoende mogelijkheden krijgen om zaken in hun bedrijfsvoering te regelen en daar ook op worden aangesproken door de toezichthoudende instanties.

### Terughoudend met controle en toezicht

**V**an die toezichthoudende instanties wordt eenzelfde mate van zelfbeheersing als van de politiek gevraagd (Van der Grinten & Meurs 2005).

Het belang hiervan is zo groot, omdat de verleiding wel eens heel sterk kan worden om de sturingsinstrumenten van het nieuwe systeem in te zetten voor ‘oud’ beleid. Immers, de enige mogelijkheid die onder de nieuwe verhoudingen nog rest om vast te stellen of het systeem ook werkelijk functioneert zoals bedoeld, is door middel van verantwoording en toezicht. Met andere woorden in plaats van het hele arsenaal aan beleidsinstrumenten dat ingezet kan worden bij het oude systeem van goedkeuring vóóraf moet de overheid het in dit sturingssysteem vooral hebben van verantwoording en toezicht áchteraf.

Dit legt een zware hypotheek op de toezichtsarrangementen van het nieuwe stelsel. Vooral in de huidige overgangsfase waarin overheid en Zelfstandige Bestuursorganen nog onwennig staan tegenover het toevertrouwen van taken aan het veld, zullen zij bij gebrek aan andere mogelijkheden, snel naar het toezichtinstrumentarium kunnen grijpen om ze te gebruiken (lees: misbruiken) om toch te proberen de uitvoering van beleid vóóraf zeker te stellen. Er wordt dan autonomie gegeven zonder vertrouwen. Dit is een wel heel ongelukkige combinatie, die niet alleen het gewenste ondernemerschap demoraliseert, maar op den duur ook de effectiviteit en legitimiteit van het toezichtinstrumentarium onderuithaalt. Dus ook hier is het devies: maak instellingen en management niet alleen verantwoordelijk, maar verschaf ze hiervoor ook werkelijk de mogelijkheden, zodat ze ook in redelijkheid op hun verantwoordelijkheid aangesproken en afgerekend kunnen worden.

### Good governance

**O**nder de banier van *good governance* is voor de organisaties in de gezondheidszorg inmiddels een heel arsenaal aan voorzieningen voor het bestuur, de controle en de publieke verantwoording bedacht om het vertrouwen ook te verdienen. Hoe belangrijk het is om dit governance stelsel goed op orde te hebben is onlangs nog eens pijnlijk duidelijk geworden door het tekortschieten van de cardiochirurgische zorgketen van het Radboudziekenhuis, waar samenwerkingsproblemen te lang konden doorzielen ten koste van de patiënten. Maar ook -of beter: juist- hier moeten we beducht zijn voor

de eigen, bureaucratische dynamiek die het kan genereren en de verraderlijke illusie dat een formeel goed functionerend governance stelsel ook voldoende is. Uiteindelijk draait het om mensen met hun persoonlijke motivatie, professionele ethiek en public spirit (Le Grand 2003). Of zoals Philip Idenburg het verwoordt in zijn inspirerende boek ‘Het gaat om mensen’: “Wie verandering nastreeft en in procestermen naar de werkelijkheid kijkt, weet dat hij weinig kan bijdragen aan creativiteit en daadkracht. Met sturing kan op zijn best de richting worden aangegeven. (). Geïnspireerde mensen accepteren regels en afspraken alleen als ze die als zinvol ervaren” (Idenburg 1999).

Hiermee ben ik terug bij de even simpele als fundamentele notie die ten grondslag ligt aan het complementaire karakter van de besturing van onze gezondheidszorg: mensen accepteren regels en afspraken en raken erdoor geïnspireerd als ze die als zinvol ervaren. En de kans hierop wordt vergroot als ze bij de opstelling van die regels en afspraken zijn betrokken. Zoals ik in het voorgaande heb betoogd wordt deze betrokkenheid nog steeds weerspiegeld in de bestuurlijke instituties van de Nederlandse gezondheidszorg. Naarmate ik hier zelf meer inzicht in kreeg, hoe meer ik onder de indruk raakte van hoe vernuftig dit bestel eigenlijk in elkaar zit. De vraag hierbij is natuurlijk of dit bestel van *checks and balances* ook toekomstbestendig is. Dat is niet vanzelfsprekend. Er zal voortdurend onderhoud nodig zijn om ervoor te zorgen dat zelfregulering, marktwerking en overheidsregulering complementair blijven en dat niet één van deze sturingsconcepties, nu bijvoorbeeld marktwerking, de anderen gaat overheersen.



## Dankwoord

Het zal halverwege de jaren '90 zijn geweest, rond de vorming van de nieuwe Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, dat de 'bouwpastoor' en eerste voorzitter Joop van Londen, mij eens vroeg waarom ik me eigenlijk zo actief met de publieke zaak van de gezondheidszorg bezighield zonder zelf een publieke functie te bekleden. Hiermee doelde hij, denk ik, niet alleen op mijn persoonlijke drijfveren, maar ook op het mandaat. Voor of namens wie doe je dit eigenlijk?

Hij zal het zeker diplomatieker hebben verwoord, en ik zal er ook wel iets diplomatieks op hebben geantwoord, want ik herinner me niet dat we hier toen verder op zijn ingegaan. Maar zijn gewetensvraag is wel blijven hangen. Het dwong me om me nog eens te bezinnen op de vraag of ik me niet exclusiever tot een van de functies moest bekennen: het openbaar bestuur of de politiek, de wetenschap of misschien de zorg? Deze keuze heb ik niet gemaakt. Ik ben blijven werken op de verbindingspunten van publiek en privaat, van wetenschap en beleid. Dit was en is niet alleen omdat ik me hier persoonlijk thuis voel. Maar vooral ook omdat ik meerwaarde zag en zie in het op elkaar betrekken van de inzichten en ervaringen uit deze verschillende werelden. Ik ben dankbaar dat ik in de gelegenheid ben gesteld om hier een bijdrage aan te mogen leveren.

Het 'verbinden van verschillende werelden' zie ik niet alleen als een maatschappelijke opdracht maar ook als een belangrijke leidraad voor ons onderzoek *voor* en *van* beleid. Ik ben daarom extra verheugd over de manier waarop verder invulling wordt gegeven aan mijn leerstoel door de (aanstaande) benoeming van Roland Bal, de komst van Kim Putters en de bestendinging van de aanstelling van Pauline Meurs. En ik ben blij dat ik hier als gasthoogleraar ook nog een steentje aan kan bijdragen.

Het bestuur van de universiteit en het ErasmusMC ben ik erkentelijk voor de medewerking die ik steeds heb ervaren, wel heel in het bijzonder toen ik, vlak na de verhuizing naar Woudestein, als voorzitter de *status aparte* van ons instituut binnen de medische Faculteit zeker moest stellen. Zonder de royale steun van de toenmalige rector magnificus Piet Akkermans en de decaan Carel Verwoerd was dat beslist niet gelukt. In de persoon van onze huidige voorzitter Frans Rutten dank ik de leiding van het iBMG voor mogelijkheden die onze sectie en de Governance groep zijn geboden. Ik betrek ook graag Robbert Huijsman, onze sectievoorzitter, bij deze woorden van dank. Met genoegen memoreer ik de vele, inspirerende collegiale contacten, zowel binnen ons instituut als met de collega's uit andere faculteiten, in het bijzonder bij Bestuurskunde.

Tenslotte veel dank aan het secretariaat, in het bijzonder Alexia Zwaan, voor de toegewijde ondersteuning. Het genoegen van ons werk hier is voor een niet onbelangrijk deel te danken aan jullie inzet.

Ik dank u voor uw aandacht en wens u verder alle goeds.

## Referenties

- <sup>1</sup> Met dank aan Roland Bal, Jan Kees Helderman, Paul Schnabel en Wynand van de Ven voor hun commentaar op een eerdere versie van deze rede.
- <sup>2</sup> Het laatste deel van deze analyse heeft uit de aard der zaak nog een voorlopig karakter.
- Commissie De Jong (1993). Raad op Maat. Tweede Kamer der Staten Generaal Zitting 1992-1993, stuk 21 427, nr. 29
- Commissie Dekker (1987). Bereidheid tot verandering. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- De Beus, J. (2006). Het glazen huis van gezag - de averechtse werking van transparantie in de democratie. *De Gids* 169 (11): 938-946.
- De Waal, S. P. M. (2000). Nieuwe strategieën voor het publieke domein: maatschappelijk ondernemen in de praktijk. Alphen aan de Rijn, Samsom.
- Fortuyn, W. S. P. (1990). Ordening door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. Den Haag, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- Giaino, S. (1995). Health care reform in Britain and Germany: Recasting the political bargain with the medical profession. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 8 (3): 354-379.
- Helderman, J.-K. (in druk). Bringing the market back in? The politics and policies of market-oriented reforms in Dutch housing and health care. Rotterdam, Erasmus University Rotterdam (dissertatie)
- Helderman, J.-K., F. T. Schut, et al. (2005). Market-oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands." *Journal of Health Policy, Politics and Law* 30 (1-2): 189-210.
- Helderman, J.-K. & T. E. D. van der Grinten (2005). De gezondheidszorg: de (on)draaglijke traagheid van een stelselwijziging Moderniteit en Overheidsbeleid. Hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken. Maarten van Arentsen & Willem Trommel. Bussum, Coutinho: 85-108.
- Hemerijck, A. (2001). De institutionele beleidsanalyse: naar een intentionele verklaring van beleidsverandering. *Handboek Beleidswetenschap* T. Abma & R. in 't Veld. Amsterdam, Boom: 83-110.
- Hunter, D. J. (2006). The National Health Service 1980-2005. *Public Money and Management* 25 (4): 209-212.
- Idenburg, P. (1999). Het gaat om mensen. Excellente veranderaars in organisaties Amsterdam, Uitgeverij Balans.
- Le Grand, J. (2003). *Motivation, agency, and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Leenen, H. J. J. (1996). *Handboek Gezondheidsrecht*. Houten/ Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Minister VWS (2005). Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet. *Staatsblad* (525): 1-74.
- Moran, M. (2003). *The British regulatory state: high modernism and hyper-innovation*. Oxford, Oxford University Press
- Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de ziekenhuiszorg*. Assen, Van Gorcum.
- Riener-Hommel, P. (2006). Paper, presented at the European Health Policy Group (EHPG), London, 21 September 2006.
- RVZ (1996). *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2006). *Zinnige en duurzame zorg*. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schut, F. T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg (Oratie)* Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- SER (2005). *Ondernemen voor de publieke zaak* Den Haag, Sociaal Economische Raad
- Van de Ven, W. P. M. M. (1999). *A decade of health care reforms in the Netherlands*. Rotterdam, Dept. Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam.
- Van der Grinten, T. E. D. (1987). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*. Baarn, Ambo.
- van der Grinten, T. E. D. (2002). Hervorming van de gezondheidszorg. Zal het deze keer wel lukken? *Beleid & Maatschappij* 29 (3): 172-176.
- Van der Grinten, T. E. D. & J. P. Kasdorp (1999). 25 jaar sturing in de gezondheidszorg. Van verstatelijking naar ondernemerschap. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van der Grinten, T. E. D. & P. Meurs (2005). *Publieke verantwoording in de gezondheidszorg. Publieke verantwoording*. Wieger Bakker & Kutsal Yesilkagit. Amsterdam, Boom: 215-244.
- Van der Grinten, T. E. D. & P. Vos (2004). *Gezondheidszorg. Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*. H. Dijkstra, P. L. Meurs & E. K. Schrijvers. Amsterdam, Amsterdam University Press: 133-182.
- Van der Kraan, W. G. M. (2006). *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse Gezondheidszorg* Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam (dissertatie)
- Van der Veen, R. (2005). *Interventie en organisatie (Oratie)* Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Rijn, M. & G. Sporre (2006). Het avontuur gaat nu pas écht beginnen. *Verzekerd!* 4 (2 november 2006): 4-6.
- VWS (2001). *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- WRR (2000). *Het borgen van publiek belang*. Den Haag, Sdu Uitgevers.
- WRR (2004). *Bewijzen van Goede Dienstverlening*. Amsterdam, Amsterdam University Press.